Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Mariana Luiza de Oliveira Fleury

Cuidado espiritual e suas representações para pessoas hospitalizadas

Rio de Janeiro
2024

Mariana Luiza de Oliveira Fleury

Cuidado espiritual e suas representações para pessoas hospitalizadas

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

S586 Fleury, Mariana Luiza de Oliveira
Cuidado espiritual e suas representações para pessoas hospitalizadas / Mariana Luiza de Oliveira Fleury. – 2024.
95 f.

Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Terapias Espirituais. 2. Representações sociais - Teses. 3. Enfermeiras - Teses. 4. Hospitais Universitários - Teses. I. Gomes, Antonio Marcos Tosoli. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. III. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Mariana Luiza de Oliveira Fleury

Cuidado espiritual e suas representações para pessoas hospitalizadas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 2 de agosto de 2024.

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof. Dr. Charles Souza Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

_____

Prof.ª Dra. Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

À minha família, que está incansavelmente ao meu lado e é fio condutor até aqui. Às mulheres enfermeiras e trabalhadoras da assistência, que enfrentam diversas barreiras para ocupar espaços, como o de pós-graduação em uma universidade pública. Aos pacientes que contribuíram voluntariamente para a pesquisa, compartilhando suas fragilidades e angústias. Por fim, dedico esse trabalho à Maria Flor, minha filha, que me escolhe como portal para sua chegada e já consegue ser força na minha vida, sendo parte de mim nesse momento. Desejo que ela ultrapasse todas as dificuldades sociais por ser mulher e ocupe todo e qualquer espaço que desejar. Nós conseguimos.

AGRADECIMENTOS

À espiritualidade amiga e ao divino, que são fontes de energia para os processos que acontecem no meu caminho.

À minha mãe, Cristiane Fleury, por ser meu maior exemplo de mulher e, mesmo cerceada de seus desejos tantas vezes outrora, luta e me impulsiona para que eu nunca seja, fazendo-me acreditar que posso alcançar qualquer coisa.

Ao meu pai Carlos Fleury, que é força, coragem e proteção, que me ensina dia após dia que eu não preciso estar só nem por um minuto e, de fato, nunca estive.

Ao meu companheiro, com quem venho dividindo a vida e que topou, há 11 anos, ser família comigo. Ele, que esteve nos momentos mais difíceis, nas noites sem dormir, e segura minha mão frente às inseguranças. Agradeço por estarmos gerando Maria Flor nesse momento e por ela ser nosso maior e mais importante projeto.

Ao meu irmão, Luis Felipe, que revisitou esse trabalho em incontáveis ocasiões e esteve ao meu lado, não deixando que eu desistisse e acreditou, mesmo quando eu já não acreditava, que seria possível chegar. Nós conseguimos, meu amor.

Ao meu irmão, Antonio Carlos, que veio antes para me receber nesse mundo e acredita que eu posso conquistar qualquer coisa, sendo parceiro e torcendo por minhas conquistas.

Às minhas cunhadas, Ester e Ravine pelos momentos de descontração e apoio nesse processo, sobretudo por estarem ao lado dos meus melhores amigos. Ester trouxe Helena ao mundo, que é luz em nossas vidas.

Ao meu orientador, professor Marcos Tosoli, pela paciência e apoio diante das dificuldades que surgiram e pelos 9 anos de contribuição para minha formação, perpassando pela Iniciação Científica, TCC, TCR e agora, o mestrado. Não foi uma orientação fácil, mas com certeza simboliza rompimento de uma barreira importante de acesso, tendo em vista meu processo de trabalho e outras nuances da vida.

À minha banca, professora Dra. Priscila Thiengo e professor Dr. Charles Souza, que se disponibilizaram em contribuir nesse momento para meu crescimento profissional e foram gentis com os prazos mais justos diante do adiantamento da

banca. À professora Priscila, agradeço ainda pelo caminho mais longo, desde a graduação, sendo grande exemplo profissional e no cuidado.

À Karen, que esteve ao meu lado desde a graduação e segue ajudando na construção das minhas empreitadas acadêmicas. Sem sua parceria, isso não seria possível.

À Juliana Brandão, que é brilhante na academia e auxiliou na análise de dados e me incentivou a concluir o trabalho.

Aos amigos e amigas do Religares por dividirem saberes e experiências.

Aos professores do programa, que dividiram conhecimento e promoveram discussões importantes, além de compreenderem as dificuldades que o trabalho impôs em muitos momentos.

À Adriana, da secretaria do programa, que disponibilizou com agilidade, os trâmites de adiantamento do processo, e à bibliotecária Diana, que sempre está disponível para dividir seu vasto conhecimento.

Aos colegas de trabalho, sobretudo à gerente Filomena, que aceitou minha chegada, mesmo com carga horária reduzida e fez de tudo para que eu pudesse comparecer às aulas semana após semana, acreditando no meu crescimento profissional. Agradeço também à Responsável técnica Karine, pela parceria e por acreditar no meu trabalho enquanto enfermeira, mesmo recém chegada e pela flexibilidade nas escalas para que eu seguisse no mestrado. Agradeço ainda à gerente Vanessa, que chegou posteriormente e esteve sozinha na unidade, por diversas vezes, para que eu pudesse manter a redução de carga horária, sem colocar barreiras para que isso acontecesse. E por fim, meu atual responsável técnico e grande amigo Jorge, que segue com sua parceria incomensurável para que eu chegasse até aqui.

Agradeço aos pacientes que participaram para construção deste estudo, sem eles, nada seria possível.

Somado a isso, agradeço aos amigos e amigas de caminhada, aos colegas de turma que dividiram as dores e delícias do mestrado e ultrapassaram diversos obstáculos para adentrarem o espaço da universidade pública, ainda tão restrito e excludente. Que bom ter vocês ! E aos amigos da vida, fora ou dentro da academia, agradeço pelos momentos de descontração e apoio.

Eu não estou interessado em nenhuma teoria.
Nem nessas coisas do oriente, romances astrais.
A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais.
Amar e mudar as coisas me interessa mais.
Amar e mudar as coisas.
Amar e mudar as coisas me interessa mais.
Antonio Carlos Belchior

RESUMO

FLEURY, Mariana Luiza de Oliveira. **Cuidado espiritual e suas representações para pessoas em processo de hospitalização.** 2024. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: A espiritualidade é uma crescente no contexto do cuidado em saúde, sendo apoio frente ao sofrimento humano. O presente estudo teve como objeto o cuidado espiritual e suas representações para pessoas hospitalizadas. **Objetivo**: analisar as Representações Sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas em diferentes unidades de um Hospital Universitário. **Metodologia**: Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado nas abordagens processual e estrutural da Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados nas unidades clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. Para obtenção dos dados foram abrdados 60 pacientes utilizando-se questionário de caracterização sociodemográfica dos sujeitos, com aplicação da Escala de Religiosidade de DUKE (DUREL), coleta de evocações livres. Foram abordados ainda 21 participantes, com os quais realizaram-se as entrevistas semiestruturadas a respeito do objeto representacional "cuidado espiritual". Para o tratamento dos dados foi construído um banco de dados com o auxílio do Microsoft® Office Excel for Windows. Os conteúdos advindos das evocações livres foram analisados com apoio do software EVOC, com a geração do análise prototípica e posteriormente a árvore de similitude, com apoio do IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). As entrevistas também foram analisadas através da análise lexical, com o suporte do IRAMUTEQ. **Resultados:** A partir da análise, observou-se o termo "oração" no primeiro quadrante do Quadro de Quatro Casas, sendo apontado com maior frequência e sendo mais prontamente evocado. Isso se intensifica ao analisar a árvore máxima, com "oração" realizando maior número de conexões. No que tange a análise das entrevistas, gerou-se dois eixos, sendo o primeiro intitulado: "A relação humana com o divino: cuidado e suporte frente ao adoecimento", composto pelas classes 2: "Perspectivas de proteção e cuidado: ligação com transcendente frente aos desafios humanos" e classe 4:" Suporte no divino e cuidado espiritual como enfrentamento do momento de internação" e eixo 2:" O cuidado espiritual e a influencia da comunidade religiosa: conceitos e exteriorização das crenças religiosas", com as classes 1: "Religião, espiritualidade e cuidado espiritual: conceitos e a relação consigo, com o outro e institucional religiosa e hospitalar" e classe 3:" Expressões da religiosidade no momento da internação: comunidade religiosa como suporte espiritual e a instituição religiosa como lugar de socorro, adoração e aprendizado". **Conclusão:** O trabalho abarcou seus objetivos e fomentou a discussão acerca do cuidado espiritual, bem como apresentou desafios no processo formador, sobretudo de profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: cuidado espiritual; representações sociais; espiritualidade.

ABSTRACT

FLEURY, Mariana Luiza de Oliveira. **Spiritual care and its representations for people undergoing hospitalization.** 2024. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Spirituality is growing in the context of health care, being a support in the face of human suffering. Thus, the importance of spiritual care has been discussed, especially during hospitalization and in dealing with chronic patients. The present study has as its object the spiritual care and its representations for hospitalized people and its general objective is to analyze the Social Representations of spiritual care for patients hospitalized in different units of a Universitary hospital. This is a qualitative study based on the procedural and structural approaches of the Theory of Social Representations. Data were collected in the clinical and surgical units of a University Hospital in Rio de Janeiro. To obtain the data, 60 patients were approached, using a questionnaire for the sociodemographic characterization of the subjects, with the application of the DUKE Religiosity Scale (DUREL), collection of free evocations. A total of 21 participants were also approached, with whom semi-structured interview regarding the representational object “spiritual care”. To process the data, a database was built with the help of Microsoft® Office Excel for Windows. The contents arising from the free evocations were analyzed with the support of the EVOC software, with the generation of the Quadro de Quatro Casas and subsequently the maximum similarity tree, with the support of IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). The interviews were also analyzed through lexical analysis, with the support of IRAMUTEQ. From the analysis, the term “prayer” was observed in the first quadrant of the Four Houses Chart, being mentioned more frequently and being more readily evoked. This intensifies when analyzing the maximum tree, with “prayer” making a greater number of connections. Regarding the analysis of the interviews, two axes were generated, the first being entitled: “The human relationship with the divine: care and support in the face of illness”, composed of classes 2: “Perspectives of protection and care: connection with the transcendent facing human challenges” and class 4: “Support in the divine and spiritual care as coping with the moment of hospitalization” and axis 2: “Spiritual care and the influence of the religious community: concepts and externalization of religious beliefs”, with classes 1 : “Religion, spirituality and spiritual care: concepts and the relationship with oneself, with others and religious and hospital institutions” and class 3: “Expressions of religiosity at the time of hospitalization: religious community as spiritual support and the religious institution as a place of help , worship and learning.” Conclusion: The study embraced its objectives and fostered the discussion about spiritual care, as well as stimulated their entry into the educational process, especially of nursing professionals.

Keywords: spiritual care; social representations. spirituality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quadro de quatro casas referente às evocações dos participantes ao termo indutor cuidado espiritual..... 48

Figura 1 - Árvore máxima de similitude das evocações ao termo indutor “cuidado espiritual..... 50

Figura 2 - Dendrograma de classificação hierárquica descendente..... 55

Figura 3 - Dendrograma de classificação hierárquica descendente por conteúdo lexical..... 56

Figura 4 - Representação social do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas..... 69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme o sexo informado..... 40
Tabela 2 - Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme escolaridade..... 41
Tabela 3 - Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme religião..... 41
Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade organizacional da escala de religiosidade de DUKE..... 43
Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade não organizacional da escala de religiosidade de DUKE..... 44
Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 3 da escala de religiosidade de DUKE..... 45
Tabela 7 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 4 da escala de religiosidade de DUKE..... 45
Tabela 8 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 5 da escala de religiosidade de DUKE..... 46
Tabela 9 - Média e Desvio Padrão de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca..... 47
Tabela 10 - Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme o sexo informado..... 53
Tabela 11 - Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme religião..... 53
Tabela 12 - Esquema de classes e categorias..... 57

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	**REFERENCIAL TEMÁTICO**	21
1.1	**O cuidado e seus entrelaces na saúde**	21
1.2	**O cuidado espiritual e a espiritualidade frente aos desafios humanos**	23
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**	28
3	**METODOLOGIA**	32
3.1	**Abordagem e tipo de pesquisa**	32
3.2	**Cenário**	33
3.3	**Participantes do estudo**	33
3.4	**Coleta de dados**	34
3.5	**Análise de dados**	36
3.5.1	Análise das evocações livres	36
3.5.2	Análise das entrevistas	37
3.6	**Aspectos éticos**	38
4	**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO CONJUNTO DOS RESULTADOS**	40
4.1	**Abordagem estrutural das representações socais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas**	40
4.1.1	Caracterização dos sujeitos	40
4.1.2	Descrição e discussão dos resultados	47
4.2	**Abordagem processual das representações sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas**	52
4.2.1	Caracterização dos sujeitos	52
4.2.2	Descrição e discussão dos resultados	54
4.2.2.1	Eixo 1: A relação humana com o divino: cuidado e suporte frente ao adoecimento	59
4.2.2.1.1	Classe 2: Perspectivas de proteção e cuidado: ligação com transcendente frente aos desafios humanos	59
4.2.2.1.2	Classe 4: Suporte no divino e cuidado espiritual como enfrentamento do momento de internação	60

4.2.2.2 Eixo 2: O cuidado espiritual e a influência da comunidade religiosa: conceitos e exteriorização das crenças religiosas..... 63
4.2.2.2.1 Classe 1: Religião, espiritualidade e cuidado espiritual: conceitos e a relação consigo, com o outro e institucional religiosa e hospitalar..... 63
4.2.2.2.2 Classe 3: Expressões da religiosidade no momento da internação: comunidade religiosa como suporte espiritual e a instituição religiosa como lugar de socorro, adoração e aprendizado..... 64
5 **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO ESPIRITUAL PARA PACIENTES: AS NUANCES ENTRE O HUMANO E O TRANSCENDENTE NO ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS DA INTERNAÇÃO**..... 67
5.1 **A inserção de debates religiosos e espirituais no espaço formador: o preconceito e seu reflexo no cuidado em saúde**..... 70
CONCLUSÃO..... 73
REFERÊNCIAS..... 76
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido 87
APÊNDICE B – Instrumento de Caracterização 89
APÊNDICE C – Evocações livres..... 91
APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada 92
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP..... 93
ANEXO B – Escala de religiosidade..... 94

INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento da pesquisa se dá ao longo da trajetória acadêmica e profissional, na troca diária com pessoas que cuidam e são cuidadas, bem como pela necessidade de extrapolar o cuidado que é desenvolvido sobre o prisma da doença.

Compreendendo a lógica biomédica enraizada nos processos de produção de saúde e buscando romper essa frente única de cuidado, enxergou-se a possibilidade de avançar no aspecto humano, discutindo o cuidado espiritual como artificio na recuperação e no tratamento de pacientes que estão enfrentando o adoecimento. É desafiador e importante poder contribuir para a incorporação de um cuidado que olhe para o humano em suas diferentes dimensões.

O interesse surgiu a partir da participação, ao longo de sete anos, no grupo de pesquisa RELIGARES, que estuda, em outros aspectos, a religiosidade e a espiritualidade na saúde, observando suas práticas e aplicabilidade no processo de cuidado. O grupo também vem discutindo o cuidado espiritual no contexto hospitalar, permitindo a imersão nesse diálogo no presente trabalho.

Diante disso, o presente estudo tem como objeto o cuidado espiritual e suas representações sociais para pessoas hospitalizadas. Este organiza-se entorno do contexto de abrangência do ser humano, entendendo-o para além de suas características biológicas.

O objeto em voga encontra sentido ao ser considerado um objeto representacional, pois envolve prática social e é tangível para os atores sociais envolvidos.

O adoecimento, principalmente quando culmina na internação em unidades hospitalares, simboliza o rompimento dos hábitos cotidianos e da convivência no seio familiar, gerando angústia, estresse e ansiedade nos usuários e em sua rede (Reis; Gabarra; Moré, 2016).

O processo experimentado durante o adoecimento ameaça e desafia a vida, colocando em voga crenças e pensamentos mais íntimos do humano. Santos *et al.* (2021) apontaram em estudo realizado com mulheres em adoecimento crônico pelo vírus *Human T-cell Lymphotropic Virus* /Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV), que adoecer é, na concepção delas, a exposição de suas fragilidades.

O campo da antropologia propõe o termo vitalismo, que diz sobre o princípio vital que rege o humano. Sob tal perspectiva, a doença acontece pela assimetria das questões físicas e espirituais. Observa-se isso mais claramente com a crescente de doenças psicossomáticas, abrangendo o ser humano, para além do corpo (Teixeira, 2017).

Percebe-se que as demandas dos sujeitos, sobretudo durante seu tratamento em saúde, não são sanadas apenas com o cuidado unilateral baseado na medicalização e na figura médica. Diante da insuficiência do olhar biológico, a espiritualidade surge como apoio frente ao sofrimento humano, atenuando fatores estressores e encorajando o sujeito (Thiengo *et al*., 2019).

A partir desse olhar, Jean Watson propôs o modelo de *Clinical Caritas* para o cuidado, que valoriza as crenças dos sujeitos, suas experiências espirituais, promoção de ambientes que possibilitem essa conexão moral e o autoconhecimento, tornando palpável a discussão na enfermagem (Manuel *et al*., 2019).

Savieto e Leão (2016) apontam que *Clinical Caritas* é como se denomina atualmente o processo construído por Watson. Este processo se constitui a partir de dez preceitos fundamentais que visam ampliar o cuidado que não deve mais ser realizado apenas em uma perspectiva biológica. Nesta ótica, a pessoa a ser cuidada deve ser considerada como integrante do universo e do divino, devendo ser reconhecida com sensibilidade, amor e delicadeza.

Os dez elementos da *Clinical Caritas* são: praticar bondade e equanimidade, inclusive para si; estar presente e valorizar o sistema de crenças do ser cuidado; cultivar práticas espirituais próprias, aprofundando o conhecimento individual; manter o cuidar autêntico por meio de um relacionamento de ajuda-confiança; apoiar expressão de sentimentos positivos e negativos; utilizar conhecimento e intuição de forma criativa na resolução de problemas; vincular-se verdadeiramente na experiência de ensino-aprendizagem; proporcionar um ambiente de restauração física, emocional e espiritual; promover alinhamento de corpo, mente e espírito a fim de atender às necessidades do indivíduo; considerar os aspectos espirituais e de vida e morte (Savieto; Leão, 2016).

O componente espiritual tem amplo significado e envolve valores do ser humano, como o amor, a sensibilidade e a humanidade. Relaciona-se intimamente com o transcendente, o contato de si mesmo com o que vai além e transborda a

dimensão física. Esse componente não está aprisionado à ritualística e seus dogmas (Koenig, 2012).

A relação dos indivíduos com as práticas espirituais tem seus marcos históricos. O primeiro deles ocorreu quando o humano passou a interagir com o mundo ao seu redor, erguendo-se em suas pernas, na pré-história, começando a ultrapassar sua concretude. Nesse sentido, a espécie começa a compreender a mística da sobrevivência e convivência (Catré *et al*., 2016).

Para compressão do cuidado espiritual, é importante definir objetivamente o que se entende por espiritual/espiritualidade. Para tal, utiliza-se a definição presente no estudo de Moreira-Almeida e Lucchetti (2016), onde espiritualidade é considerada a relação com o sagrado/transcendente, que na crença cristã, remete a Deus como figura única. Não se trata a dimensão espiritual de algo relacionado a uma religião específica, mas como forma em que o indivíduo busca viver.

Determinadas manifestações do que se considera a dimensão da espiritualidade humana. Durante muito tempo, a espiritualidade foi considerada uma patologia. Basta recordar, em uma perspectiva histórica, a Idade Média, onde poderiam ser vistas como 'bruxaria' ou transtorno mental. Em contraposição, na atualidade, a espiritualidade é vista como algo inerente à natureza humana e que faz parte da vida da maioria das pessoas (Monteiro *et al*., 2020).

Convém mencionar que a espiritualidade está implicada em desfechos positivos, sendo fator que prediz melhores resultados na recuperação em saúde. Para reforçar esse argumento, a seguir são apresentados estudos empíricos que consideraram a questão da espiritualidade.

Em estudo realizado por Ironson, Stutzie e Fletcher (2006), observou-se impacto no cenário de carga viral e CD4 em pacientes infectados com o vírus HIV. Em 45% dos 100 pacientes avaliados, houve um aumento nas práticas religiosas/espirituais e, utilizando regressão linear para avaliação, percebeu-se que esse grupo apresentou uma associação com a redução da carga viral e aumento de CD4, independentemente de variáveis como sexo, idade, medicações, suporte social e educação. Com o mesmo grupo, foi possível observar também a associação das práticas espirituais com a diminuição da taxa de cortisol urinário de 24h, bem como com a redução de sintomas de depressão.

Guimarães e Avezum (2007), em estudo que refletem sobre o impacto da espiritualidade na saúde física, apontam que a influência da

religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto positivo. A espiritualidade é defininda como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente saudável e uma eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências têm se direcionado de forma mais robusta e consistente para o cenário de prevenção; estudos independentes, em sua maioria com grande número de voluntários e representativos da população, determinaram que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25%.

Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) apontam que nos últimos anos, existe uma preocupação dos autores na área em transpor os dados dos estudos observacionais para a prática clínica. Entretanto, ainda existem questionamentos quanto à aplicabilidade desses dados e às reais evidências de intervenções que estimulem a dimensão espiritual ou religiosa. No apontamento dos autores, revisões sistemáticas que avaliaram intervenções religiosas e espirituais tiveram resultados promissores, como menor ansiedade e menor depressão (em alguns contextos específicos), menos dor, melhor funcionalidade e melhor qualidade de vida em pacientes com câncer, reforçando o papel da religiosidade e espiritualidade na prática clínica.

Na área de saúde mental, também é relevante considerar aspectos relacionados à espiritualidade. Monteiro *et al.* (2020), em um estudo de revisão realizado no Brasil sobre relações entre saúde mental e espiritualidade, apontam que, de modo geral, os estudos abordam a relevância do tema e sua relação com a saúde mental dos sujeitos, como um recurso, muitas vezes, de enfrentamento de problemas. Destacam a importância de incluir os aspectos de religiosidade e espiritualidade na formação profissional dos profissionais que atuam na área de saúde mental por considerar que os pacientes a serem cuidados possuem essa necessidade que deve ser abordada e identificada. Os autores defendem o reconhecimento que o bem-estar que esse aspecto proporciona aos pacientes como uma prerrogativa do cuidado humanizado.

Lancuna *et al*. (2021), por exemplo, em um estudo realizado com estudantes universitários, apontam que pessoas com menor atividade espiritual/religiosa demonstram-se mais sintomáticas em casos de depressão e ansiedade.

Savieto e leão (2016) defendem a importância da reflexão sobre espiritualidade para o alinhamento da prática assistencial com as reais necessidades

dos pacientes, que, segundo as autoras, não são totalmente contempladas pela abordagem biomédica exclusiva. Considerando a complexidade dos seres humanos e seus diversos aspectos – físico, mental, emocional e espiritual –, é, no mínimo, incoerente, falar sobre assistência de enfermagem voltada unicamente para o biológico.

Com o desenvolvimento social e científico, a espiritualidade ficou cada vez mais evidente, surgindo nos estudos em saúde com diversos termos e com diferentes propostas para incorporação de práticas e conhecimentos nas ações de cuidado em saúde. Caldeira (2009), traz o termo cuidado espiritual, em estudo realizado, apontando o cuidado com e para o espírito. Este termo utilizado na presente proposta, entendendo e valorizando sua amplitude e potencial para aprofundamento (Hefti; Esperandio, 2016).

Bertachini e Pessini (2010) apontam que em pacientes crônicos, como os com câncer, o cuidado espiritual parece ser central, impactando no sofrimento humano e sendo suporte no controle da dor.

A partir da compreensão da espiritualidade, é possível perceber os desafios da vida e morte como oportunidades de conexão com o transcendente, entendendo a vida como caminho. É preciso enxergar a potência de ser cuidado para além da medicalização, porque a dor não é sustentada e controlada apenas com analgesia e sim com a soma de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, sobretudo frente aos desafios impostos pela doença (Bertachini; Pessini, 2010).

Para além de acrescer conhecimento e ampliar perspectivas sobre saúde e espiritualidade, trazer a dimensão espiritual do cuidado possibilita oportunizar reflexões humanas, contemplando as diferentes formas de expressão do sujeito, sem limitar às crenças religiosas. Olhar para a espiritualidade rompe barreiras, pudores e causa impacto no sentido da vida (Toniol, 2015).

Nogueira (2019), em estudo realizado com pessoas vivendo com HIV/Aids, expõe que a espiritualidade tem influência sob a vida das pessoas ao estimular a conexão com o divino, gerando força para seguir adiante com o tratamento em saúde. Tal conexão independe da religião praticada pelos usuários e envolve recursos como orações.

O desafio que se impõe nos estudos supramencionados e na metodologia científica na área de saúde é abordar a temática do cuidado espiritual atendendo aos requisitos que o rigor científico exige. Para isso, o presente projeto de pesquisa

recorre à Teoria das Representações Sociais (TRS) na perspectiva da psicologia social.

A TRS permite uma abordagem para compreender os fenômenos sociais. Serge Moscovici, com a publicação de seu livro “La physicanalyse, son image et son public”, em 1961, iniciou o campo de estudo das representações sociais, valorizando as individualidades do sujeito, mas apreendendo ideias sociais (SÁ, 2015).

As representações sociais são elaboradas como o conjunto de crenças, justificativas e ideias que são comuns dentro de um determinado grupo de indivíduos. Elas são resultado de uma vivência social. Um dos objetivos das representações sociais é tornar familiar algo até então desconhecido, dando possibilidade de nomear novos acontecimentos e pensamentos, entendendo esses fenômenos a partir de ideias, valores e teorias já existentes e consolidadas no meio. Nessas nuances, elas servem de base para discussão da espiritualidade no grupo de pacientes contribuintes do estudo (Moraes *et al.*, 2014).

Diferentes estudos utilizam a TRS na área de saúde para compreensão de fenômenos relacionados ao cuidado (Pimentel, 2007; Tura *et al.*, 2011; Loyola, 2013; Shymizu *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, entendendo a importância de olhar o cuidado para além de sua nuance biológica, tem-se como questões norteadoras:

Quais as Representações Sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas?

Quais as práticas de cuidado espiritual das pessoas hospitalizadas com diferentes condições de saúde?

Justificativa, relevância e contribuições

O presente trabalho é relevante, pois oportuniza aprofundar na compreensão do cuidado espiritual e suas práticas. É também relevante pela possibilidade de subsidiar a prática de cuidado espiritual pautada em evidências cientificas e ser base para estudos futuros.

Este, buscando forjar os desafios do adoecimento e do cuidado do ponto de vista dos sujeitos assistidos, justificando-se pela invisibilidade das nuances do cuidado espiritual durante o tratamento e recuperação da saúde ou no processo de morte. Mesmo que avançando ao longo do tempo, conforme evidenciado nesta

pesquisa, percebe-se ainda a desvalorização do componente espiritual no cuidado ofertado frente ao diagnóstico, fragilizando a definição de ser humano, em sua profundidade. Em outras palavras, nota-se um cuidado ainda predominantemente focado na doença. Essa lacuna também se reflete na escassez de estudos que investiguem o cuidado espiritual como componente essencial da da assistência em saúde, o que ainda suas práticas.

Também se percebe no ambiente de formação desses profissionais uma falta de capacitação para essa forma de assistência, o que continua a corroborar um cuidado que não valoriza as individualidades espirituais e religiosas dos sujeitos.

O presente trabalho contribui com a proposição de um cuidado espiritual na assistência à saúde humana, fundamentado em resultados consistentes do ponto de vista de sujeitos em situação de adoecimento.

Somado a isso, é importante trazer contribuições para formação acadêmica, considerando sua fragilidade no que diz respeito ao cuidado espiritual e sua aplicação na prática profissional.

Palmeira e Lopes (2023), em um estudo realizado com profissionais de enfermagem, destacaram a inexistência dessa temática na grade curricular, o que impede o manejo adequado durante o cuidado prestado ao sujeito.

Esse trabalho, portanto, contribui não só para a assistência, mas para a formação dos profissionais que estão nesse processo e para os que ocupam a docência nas universidades e produzem pesquisa atualmente, favorecendo para robustez dessa temática, pautando-se em ciência.

Objetivo geral

Analisar as Representações Sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas em unidades clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário.

Objetivos específicos

a) Descrever os conteúdos que compõem as Representações Sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas em diferentes unidades de um Hospital Universitário;

b) Identificar os índices de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca entre pacientes.
c) Descrever as práticas de cuidado espiritual experimentadas por pessoas hospitalizadas em diferentes unidades de um Hospital Universitário;
d) Analisar as representações sociais do cuidado espiritual e suas manifestações práticas para pessoas hospitalizadas.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Diante do estudo proposto e para atender aos seus objetivos, é importante construir uma base sólida, considerando a produção científica sobre a temática. Assim, foram realizadas buscas nas principais bases de dados disponíveis, além das exploração de livros que contribuem para rede de conhecimento, integrando descobertas recentes com o conhecimento acumulado ao longo do tempo.

1.1 **O cuidado e seus entrelaces na saúde**

O cuidado e seus desdobramentos são aspectos primordiais a serem discutidos diante dos processos que atravessam a vida humana. Estão presentes nas relações estabelecidas entre pessoas, especialmente nos momentos de maior fragilidade, como na internação hospitalar. Como mencionado anteriormente, este estudo visa trazer o debate acerca do cuidado espiritual, mas à princípio, é relevante citar as características e definições de cuidado para avançar nas demais discussões.

Para Sousa *et al*. (2017), o cuidado é caracterizado pela ação de estar ao lado, disponibilizando-se para auxiliar. Implica em dispor de questões pessoais, sociais, despir-se de preconceitos e acreditar na escolha de cada indivíduo, respeitando seus anseios e limites.

Boff (2020) cita o cuidado como parte da essência da natureza humana, sendo fundamental para a assistência. O cuidado externaliza a proteção aos enfermos e empodera a vontade de curar.

Cuidado é natureza e se coloca na construção de ser e estar. Sem o cuidado desde o nascimento, não há como manter a existência humana, inclusive nos atos mais simples como alimentar-se e higienizar-se. O cuidado não se relaciona apenas com a prática profissional, mas sim com o desenvolvimento da sociedade (Boff, 2017).

Ao pensar a ação de cuidar, é necessário perceber o envolvimento cultural, social e político entorno dessa prática. O cuidado reflete a responsabilidade frente as

fragilidades e potencialidades do outro. Responsabilidade com o vínculo e confiança estabelecidos nas relações (Ayres, 2004).

O termo "cuidar" está alinhado com a ação de humanizar, que reconhece o ser humano como protagonista do cuidado e envolve o respeito, compreendendo as diversas maneiras de lidar com a vida. Cada indivíduo possui características únicas, exigindo formas de cuidado diferentes. Para cuidar de forma humana é preciso compreender as fases da vida, com capacidade de olhar para o semelhante de forma a considerar todas as suas questões. A enfermagem destaca-se na tentativa desse cuidado de maneira mais ampla, entendendo as particularidades e as dores dos atores do processo (Silva *et al.*, 2005).

Do ponto de vista profissional, há apropriação do cuidado como base obrigatória da prática da enfermagem e com isso perde-se o real sentido da palavra, que carrega as técnicas necessárias e ainda a intuição e habilidade de estar com o outro. O cuidado em si deve acontecer em sua totalidade, de forma independente e autêntica, fugindo da lógica capitalista e mecanicista da venda de serviços, como é apresentado por Heidegger (Santos *et al.*, 2017).

O cuidado remonta à época pré-profissional e não estava necessariamente ligado à saúde, mas sim à preservação da vida de forma digna (Oguisso; Campos; Moreira, 2011). Ele se manifesta em prol da preservação, com finalidade de manter o vigor humano. O cuidado está ligado à forma de contemplar a vida, observando-a como bem valioso (Borges; Ferreira; Sousa, 2017).

Como recomendam Savieto e Leão (2016), em relação ao cuidado, faz-se necessário lançar um olhar atento para as práticas de assistência relacionadas à uma reflexão permanente sobre o fazer. Isso irá contribuir para que o aprimoramento do cuidado de enfermagem ocorra de maneira constante. Apenas deste modo, o profissional de enfermagem consegue compreender a situação, modificar as interações com os pacientes e consequentemente ampliar seu campo de ação. O foco deve ser fornecer uma atenção mais completa às necessidades da pessoa que está sob os cuidados.

As autoras defendem que a presença efetiva de empatia é capaz de trazer mais qualidade aos processos assistenciais. Esses processos devem estar alinhados com referenciais teóricos que sustentem uma abordagem de cuidado humanizado, indo além de uma perspectiva puramente biológica.

A demanda por assistência além dos fatores biológicos surge devido à complexidade da hospitalização e suas consequências psicológicas, familiares e sociais. Em um estudo realizado por Reis *et al.* (2016) com pacientes hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva, foram identificadas repercussões significativas do processo de hospitalização, incluindo sentimentos de saudade em relação a pessoas queridas, objetos e rotinas diárias. Além disso, os pacientes relataram sentimentos de desesperança e nervosismo diante dos desafios enfrentados.

A perspectiva do cuidado atrelado às necessidades do sujeito, para além do tratamento da doença, corrobora com o aprofundamento da temática do cuidado espiritual, com a tentativa de ouvir essas pessoas hospitalizadas e qualificar a assistência.

1.2 **O cuidado espiritual e a espiritualidade frente aos desafios humanos**

As ações subjetivas no cuidado dos profissionais são igualmente importantes em relação às objetivas, pois é preciso lidar com a dor e com dilemas cotidianos que envolvem o paciente e sua família de forma a tocar a alma e segurar nas mãos de quem sofre (Borges; Ferreira; Sousa, 2017).

A compreensão da espiritualidade nesse contexto de cuidado em saúde tem relevância para os cuidadores e para quem é cuidado, sendo possível compreenderem juntos a rotina de hospitalização, bem como a aceitação que envolve o processo de tratamento ou morte (Tavares *et al.*, 2018).

Neste momento, assume-se a espiritualidade distinguindo-a de religiosidade. É possível trazer tal distinção nos apontamentos de Koenig (2012), um dos principais autores a trazer essas definições. Para o autor, a primeira está intimamente ligada ao transcendente, extrapolando a organização de ser no mundo. Tem caráter místico e não se atém a instituições para manifestar a fé. É a conexão com o sagrado. Já a religiosidade possui uma origem institucional, sendo constituída por dogmas e crenças e símbolos. Tem caráter organizacional.

A espiritualidade está presente, dando sentido à vida. Esta constitui-se como fator de enfrentamento, sobretudo em pacientes crônicos, como os trazidos no

estudo. É possível observar que pessoas mais envolvidas espiritualmente sofrem menos problemas físicos, recuperam-se mais rápido e sentem menos estresse no processo grave de adoecer (Farinha *al.*, 2018). Miranda *et al.* (2015), em estudo realizado com pacientes crônicos e terminais, verificou que quanto maior o bem-estar espiritual maior a qualidade de vida do sujeito. Mostraram ainda que a depressão e o bem-estar espiritual também estão correlacionados negativamente.

A dimensão espiritual é uma característica introjetada ao ser humano. Pode-se diante desde fato, escolher vivenciar a espiritualidade ou não. Com a tentativa de rompimento do modelo médico centrado, com vistas a doença, a conexão com o sagrado passa a ser uma forma de promover saúde, encontrando alternativas frente ao adoecimento (Borges; Ferreira; Sousa, 2017).

A espiritualidade, assim como a religiosidade, pode estar relacionada no desenvolvimento de atividades que fazem parte da vida do sujeito. Estão envolvidas ainda na compreensão dos fenômenos que atravessam o ser humano. A espiritualidade contribui na qualidade de vida das pessoas, repercutindo na comunidade e na escolha de estratégias de enfrentamento de problemas mais saudáveis (Fleury *et al*., 2018; Lucchetti *et al,* 2010).

A discussão da espiritualidade na prática de cuidado é uma crescente e já é abordada em teorias de enfermagem e no planejamento da assistência, a exemplo de *Nursing Interventions Classification* (NIC), que diz sobre o apoio espiritual e estímulo para seu crescimento, duas intervenções que devem ser exploradas e amplamente utilizadas (Sousa *et al*., 2017).

A interface entre espiritualidade e os processos de produção de saúde e adoecimento pode ser atribuída a uma autorregulação comportamental determinada pela afiliação e participação religiosa. Esta relaciona-se com a redução do uso de drogas lícitas e ilícitas, menor número de parcerias sexuais, entre outros. É importante inferir que o enfrentamento espiritual positivo pode proporcionar mais esperança, perdão, conforto e amor (Précoma *et al*., 2019).

Para além de fatores emocionais e psíquicos, a espiritualidade está relacionada positivamente aos aspectos fisiológicos e fisiopatológicos de situações clínicas, incluindo doenças cardiovasculares. Isso é mensurado sobretudo em pessoas hospitalizadas, com doenças graves e crônicas (Précoma *et al*.,2019).

Pensando no entrelace da espiritualidade e suas repercussões em saúde, tem avançado na literatura o termo “cuidado espiritual”, com fins a adentrar a prática profissional.

O cuidado espiritual em saúde é uma abordagem que reconhece a importância da dimensão espiritual na vida das pessoas e como ela pode influenciar o seu bem-estar físico e mental. Envolve a atenção às necessidades espirituais dos pacientes e a incorporação desses aspectos na prestação de cuidados de saúde (Conceição, 2014).

Na prática clínica, torna-se claro que não é possível diluir o sujeito em vários componentes como social, biológico, psíquico e espiritual, porque todos são interligados e podem influenciar as comorbidades, aderência aos medicamentos, sucesso ou fracasso no tratamento (Lucchetti *et al*., 2010).

A vida e a finitude estão entrecruzados diante aos desafios de viver. Desde os povos antigos até a sociedade de hoje, a complexidade espiritual não é bem explicada, sendo a morte uma certeza, que pode causar mais sofrimento se não for bem estruturada espiritualmente nas relações. Os indivíduoa, frequentente não estão preparados para isso, e percebendo essa lacuna, os profissionais são cartesianos frente a possibilidade de cuidado espiritual em saúde, protegendo-se dos incômodos que possam ser gerados (Zenevicz *et al*., 2020).

Um exemplo de cuidado espiritual ocorrido no ambiente de recuperação a saúde é a “permissão para partida”. Uma forma de respeito ao outro em seu processo de morte e morrer. Consiste na organização de um espaço seguro e tranquilo para o paciente e sua família, a fim de permitir ritos e expressão de crença. Diz sobre fortalecimento de vínculo e acolhimento ao sofrer humano, deixando transparecer em ambiente reservado suas angústias e dores. Nesse momento, ocorre o diálogo com o sagrado, mesmo dentro da instituição hospitalar (Zenevicz *et al.,* 2020).

Arrieira *et al.* (2017), em estudo desenvolvido com pessoas em cuidados paliativos, observaram que para esses indivíduos lidar com a possibilidade da morte intensifica a presença do sagrado. Muitos reconhecem que, com o adoecimento, essa dimensão se torna muito mais significativa, fazendo analogia ainda à saúde física e espiritual, que são indissociáveis. Nesse conbtexto, percebe-se, a necessidade de abordar o cuidado de forma a encontrar esse sagrado.

Ao chegar em um ambiente hospitalar, sobretudo durante internação, os usuários esperam ter sua espiritualidade reconhecida pelos profissionais cuidadores, e estes devem estar preparados. Um aspecto importante do cuidado é assumir na anamnese, durante a coleta de dados clínicos, a abordagem de aspectos espirituais, pois ela assume relevância em pacientes crônicos, contribuindo para sua melhora clínica, posteriormente (Mendes *et al*., 2021).

A prática da espiritualidade atrelada ao cuidado torna os profissionais de saúde mais sensíveis às demandas dos indivíduos, proporcionando um cuidado mais amplo e humanizado, acolhendo as necessidades espirituais das pessoas fragilizadas frente ao sofrimento ou encontro com o processo de morrer (Coughlin *et al*., 2017).

Savieto e Leão (2016) apontam que na perspectiva da *Clinical Caritas*, alguns de seus preceitos fundamentais recomendam o desenvolvimento do olhar para dimensão da espiritualidade. Por exemplo, é recomendado o cultivo de práticas espirituais pessoais com objetivo de aprofundar o conhecimento individual. Além disso, explicitamente a recomendação de considerar os aspectos espirituais presentes na vida e morte.

Thiengo *et al*. (2019) destacam que as estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade envolvem o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas geradas pela experiência dos problemas da vida. A religiosidade e a espiritualidade atribuem significado à experiência de adoecimento. Muitas vezes, são o único apoio encontrado para a compreensão e o enfrentamento das dificuldades impostas pelos sintomas e as formas de manejo das situações de estresse. Assim, o cuidado deve considerar a questão da espiritualidade para ser mais efetivo.

Arrieira *et al*. (2017) defendem a tese de que a espiritualidade e o cuidado espiritual proporcionam um encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais da equipe de saúde. Eles sugerem que essa dimensão espiritual incluída em todos os cenários da saúde. Reconhecendo que a morte faz parte da vida, em cuidados paliativos entende-se que a pessoa tem o direito de ter qualidade de vida até o último momento de sua existência e, ainda, que sua família necessita ser acolhida e acompanhada no processo de luto.

Santos, Sena e Anjos (2022) defendem a dimensão espiritual como um dos fatores que fortificam a individualidade da pessoa. Por se tratar de um tema amplo e

delicado, se faz necessário que a abordagem desta temática ocorra de maneira responsável. A compreensão eficaz do tema pode auxiliar os profissionais de saúde e levar ao desenvolvimento de uma assistência mais efetiva aos sujeitos sob cuidados paliativos. Ainda que a espiritualidade e a religiosidade tenham seus efeitos devidamente comprovados em pacientes em cuidados paliativos, a literatura mostra que tal dimensão ainda não é devidamente explorada nos planos assistenciais.

Selli e Alves (2007) em estudo realizado com pacientes crônicos/ terminais, apontam que é possível que o profissional participe no cuidado espiritual, desde que tenha vocação, ensino e treinamento adequados, incluindo preparo teológico espiritual desde a formação acadêmica.

2 **REFERENCIAL TEÓRICO**

O presente estudo baseia-se na TRS construída por Serge Moscovici. O teórico teve influência de Émile Durkheim, que mencionava o termo “Representações coletivas”, antes de 1961. Moscovici conferiu maior dinamicidade às representações, quando atribuiu o termo “social”, focando nas relações intergrupais (Sá, 2015; Spink, 1993).

A teoria estimula o conhecimento gerado a partir do senso comum e dos diferentes grupos da sociedade, desviando da ideia de influência religiosa contida nas representações coletivas, numa época mais primitiva, para valorizar a influência científica (Moscovici, 2003).

Este conhecimento possibilita um contexto propício para aprofundamento. O senso comum é visto como pós-científico e, como todo conhecimento partilhado pela confraria, entrelaçado com a linguagem comum, constituído de relações e habilidades (Sá, 2015).

Uma representação surge a partir de três fenômenos principais: dispersão da informação, enfoque e pressão para fazer inferências. Estes fenômenos se desenvolvem a partir de dois processos, denominados, por Moscovici, como objetivação e ancoragem. A objetivação está relacionada à maneira pela qual um novo objeto será simplificado, imaginado e diagramado a partir da comunicação sobre ele, naturalizando-o (Rateau; Ernst-vintila; Delouvée, 2012).

Já a ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social que já existia anteriormente. É a maneira como um objeto se localiza em um sistema de pensamento, baseado na construção de analogia, onde o novo objeto é assimilado em formas já conhecidas, sendo integrado aos sistemas de normas e valores preexistentes. Moscovici acredita que a classificação se dá mediante a escolha de um dos paradigmas, ou imagens já guardadas na lembrança, com qual comparamos o objeto e decidimos se ele pode ou não ser incluído na classe em questão (Jodelet, 2001; Rateau; Ernst-vintila; Delouvée, 2012).

Bertoni e Galinkin (2017) trazem que Moscovici adverte que as Representações Sociais não são criadas por um indivíduo isoladamente e, como consequência disso, para explicar ou se compreender uma representação, é

necessário começar com aquela, ou aquelas das quais ela nasceu. Para tanto, é preciso buscar na história o momento em que essa representação torna-se “familiar” para um determinado grupo.

Em outras palavras, é preciso compreender os processos de “ancoragem” e de “objetivação". As representações sociais, conforme apresentação de seu precursor, possui quatro funções (Abric, 2000):

a) função de saber, trazendo a realidade dos sujeitos, visto que já que se constituem como um conhecimento prático do senso comum e dão oportunidade para que as pessoas inseridas na sociedade, protagonistas desse processo, tenham conhecimentos e os integrem de maneira compreensível e palpável;
b) função identitária, valorizando a identidade dos sujeitos, permitindo que características dos grupos permaneçam e sejam enaltecidas;
c) função de orientação, pois orientam os hábitos e as práticas. As representações constituem-se um guia para a ação e são prescritivas do comportamento;
d) função justificadora, pois através delas existe a justificativa das tomadas de decisão e das relações estabelecidas.

A TRS abarca três abordagens de estudo: a abordagem processual, descrita inicialmente por Denise Jodelet, em Paris, a abordagem estrutural, idealizada e descrita por Jean-Claude Abric, abordagem essa que resultou na teoria do núcleo central, e a terceira conhecida por abordagem societal, proposta por William Doise. Porém, as abordagens derivam da mesma matriz, sendo então compatíveis e entrelaçadas entre si (Sá, 1998; Bertoni; Galinkin, 2017).

O presente trabalho pretende debruçar sobre a abordagem estrutural, trazendo a Teoria do Núcleo central e uma abordagem processual para os processos que ocorrem no grupo social estudado.

A abordagem processual é capaz de apreender a essência e a organização do pensamento no grupo social, tendo em vista o objeto analisado e a influência dele nas características e hábitos dos sujeitos. Esta se preocupa com o contexto cultural vivenciado, valorizando as individualidades e a sociedade, reconhecendo os pontos mais vulneráveis. A abordagem processual fornece subsídio para ações transformadoras e necessárias e é explorada a partir de entrevistas

semiestruturadas, na maioria das vezes, permitindo ouvir e refletir (Gomes *et al.*, 2021).

Na abordagem estrutural, Jean-Claude Abric e Claude Flament desenvolveram a teoria do núcleo central, que ajusa elucidar os contextos sociais e cognitivos originados nas organizações gerais das representações. Este núcleo central pode ser assimilado como resultado de determinantes sociais, simbólicos e históricos onde o grupo está inserido, apresentando duas características primordiais: a de estabilidade, o que assegura a permanência e durabilidade da representação, e a de ser o consenso da representação, sendo constituído da base comum que é partilhada pelo grupo (Rateau; Ernst-vintila; Delouvée, 2012).

Ao defender que “uma representação é constituída de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado objeto social”, Jean-Claude Abric descreve que qualquer representação se organiza em torno de um núcleo central que é seu fator mais fundamental e é a partir deste núcleo central que se determina o significado e a organização da representação (Bertoni; Galinkin, 2017).

O núcleo central possui duas funções essenciais: uma função geradora de significado, visto que é através do núcleo central que outros elementos representacionais ganham significado e valor específico para os indivíduos, bem como uma função organizacional, pois os outros elementos da representação se organizam em decorrência do núcleo central, estando distribuídos ao redor do mesmo. E é este elemento central que vai concretizar as relações que estes objetos representacionais mantêm entre si (Rateau; Ernst-vintila; Delouvée, 2012).

O trabalho com a teoria é uma alternativa de pesquisa e de produção de conhecimento que adquire força ao longo do tempo no contexto da saúde devido à sua importância para a vida no percurso social e à sua capacidade de esclarecimento dos processos cognitivos e das relações sociais. As representações são utilizadas, ao mesmo tempo, como produto e processos de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e construção psicossocial dessa realidade (Jodelet, 2001).

Ainda nesse contexto, as representações sociais têm como finalidade tornar a comunicação dentro de um grupo compreensível, proporcionando um grau de consenso entre os integrantes. Elas não podem emergir do estudo ou de algum conhecimento já explicitado. Elas são construídas a partir de trocas de informações,

de negociações nos diálogos, onde as pessoas conseguem se orientar para modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados específicos, dando sentido ao que surge nos diferentes grupos sociais (Moscovici, 2004).

Segundo Moscovici (2004), elas se constituem como uma maneira de se compreender a realidade do indivíduo no lugar onde ela é retratada. O autor afirma que um dos principais objetivos das representações sociais é tornar familiar algo que era desconhecido, o que possibilita nomear e classificar as ideias. As representações sociais, de fato, se comunicam com a realidade social e procuram reproduzir o mundo de uma forma significativa, incorporando percepções e organização (Jodelet, 2001).

De acordo com Bertoni e Galinkin (2017) uma das questões mais importantes das Representações Sociais é tornar convencionais os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. As representações atribuem-lhes uma forma e localizam em uma categoria, deste modo gradual, colocam como uma espécie de modelo de um determinado grupo. Os sujeitos estão, assim, rodeados de imagens, linguagem ou cultura que são impostos por representações do grupo de que fazem parte.

Para compreender em termos metodológicos o estudo das representações sociais a literatura aponta como possibilidade a análise de evocação que se realiza ao redor de dados coletados com um questionário de evocação que é respondido pelos sujeitos a partir de um termo, que é chamado de termo indutor, sobre o qual o pesquisador tem interesse em levantar as representações que são construídas sobre esse termo por um grupo ou segmento da sociedade (Bertoni; Galinkin, 2017).

A Análise de Evocação possibilita a identificação da estrutura e da organização interna das representações a partir de dois critérios fundamentais: a frequência e a ordem de evocação. É justamente o entrelaçamento desses critérios que permite a identificação da relevância dos elementos que se associam ao termo indutor. Os resultados da Análise de Evocação organizam-se em quadrantes organizados em dois eixos. Tem-se o eixo vertical que se observa a frequência de evocação das palavras e o eixo horizontal, onde é possível verificar a ordem das evocações (Bertoni; Galinkin, 2017).

3 **METODOLOGIA**

3.1 **Abordagem e tipo de pesquisa**

O estudo realizado é de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, embasado na TRS, utilizando a perspectiva da Psicologia social. Como dito anteriormente, ele foi pautado nas abordagens estrutural e processual.

Opta-se por essa abordagem para melhor analisar o fenômeno representacional e seus significados, buscando compreender uma experiencia situação sob ótica de quem vive, ou seja, busca-se entender a satisfação, emoções, sentimentos e desejos dos indivíduos inseridos em determinado grupo. Nesse sentido, valoriza-se o contexto social de inserção do sujeito. O foco não é a quantificação das variáveis, mas sim a qualidade que elas apresentam, os dados subjetivos, conseguindo extrair sentimentos (Teixeira, 2008).

O recurso mais utilizado para a coleta na abordagem qualitativa é a entrevista, sendo o pesquisador fundamental nesse momento, elo entre o estudo e o grupo social. A Enfermagem é pioneira desses estudos na área da saúde (Medeiros, 2012).

O estudo qualitativo descreve os dados a partir de sua coleta, estes são gerados sob forma de transcrições de entrevistas, leituras de imagens ou observações escritas. Este aprofunda na dinâmica de interação entre o pesquisador e o participante do estudo, incluindo acontecimentos do cotidiano, interferindo na análise dos dados (Günther, 2006).

Já a Representação Social, teoria base para o desenvolvimento do presente trabalho, é apreendida a partir do pensamento de um determinado grupo social e não está atrelada ao saber científico e sim às experiências cotidianas. É entendida como processo que influencia na formação de identidade tanto individual quanto social, surgindo da relação com o meio e com as pessoas do grupo (Sá, 2015).

3.2 **Cenário**

O presente estudo foi realizado nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. O cenário foi escolhido devido sua complexidade e diversidade, contando com pacientes menos invadidos do ponto de vista tecnológico, sendo possível interação entre pesquisadora/paciente.

O Hospital foi inaugurado em 1950 e doze anos depois passou a ser reconhecido como hospital-escola, sendo vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 1965. Tem como exclusividade de atendimento questões acadêmicas e de pesquisa, bem como acompanhamento de estudos e de situações clínicas raras. Hoje é referência no tratamento de diversas doenças e conta com 41 especialidades e espaços para assistência de média a alta complexidade (Hospital Universitário Pedro, 2023).

3.3 **Participantes do estudo**

Os participantes são 81 adultos internados com doenças crônicas, atendidos no nível terciário de atenção à saúde, distribuídos da seguinte maneira: 60 participantes responderam às evocações livres e participaram do primeiro momento do estudo e estão presentes na análise prototípica e por similitude, enquanto 21 participaram das entrevistas, sendo parte do segundo momento, integrando a análise processual.

Foram utilizados como critérios de inclusão no estudo: usuários internados em enfermarias clínicas ou cirúrgicas do Hospital Universitário, com quadro de doença crônica e que tenham necessariamente mais de 18 anos. Foram excluídos do estudo pacientes que tenham sido transferidos temporariamente para outras unidades hospitalares e não estavam presentes no momento da coleta ou com limitações de saúde para que houvesse interação com a pesquisadora.

Estes participantes foram igualmente abordados, de forma aleatória, independente de gênero, sexo, religião ou outra característica, contribuindo para o estudo as pessoas mais disponíveis no momento da abordagem.

3.4 **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2023 até fevereiro de 2024 e seguiu a base da TRS, onde foram utilizadas técnicas que podem ser divididas em dois grupos principais: interrogativas e associativas (Oliveira; Gomes; Marques, 2005). No contexto dos métodos associativos, observa-se o uso das evocações livres e no que tange as interrogativas, nota-se o uso de entrevistas.

No presente trabalho, utilizou-se quatro instrumentos: questionário de caracterização dos sujeitos, evocações livres, escala de religiosidade *Duke Religious Index (DUREL) e* questionário de entrevista semiestruturada.

O questionário de caracterização dos sujeitos tem o objetivo de investigar as condições socioeconômicas, profissionais e individuais dos participantes, para entender o contexto daquele grupo social. Esses dados foram coletados e poderão estar relacionados com as representações encontradas no grupo (APENDICE B).

A técnica de evocação livre permite o entendimento das projeções mentais, de forma clara, objetiva e espontânea. Esta técnica consiste na exposição de um termo indutor, a fim de que o sujeito diga um conjunto de termos ou palavras que surgem no momento em sua mente, sendo uma forma rápida e pouco onerosa para o sujeito e o pesquisador (Wolter; Wachelke, 2013) (APENDICE C).

A entrevista semiestruturada foi pensada tendo em vista sua flexibilidade, possibilitando contato direto do entrevistador com o sujeito, criando relações e entendendo o meio como importante cenário de interação. Entrevistar a pessoa é uma oportunidade de apreender experiencias, sensações, emoções e histórias de vida. Entrevistar alguém é ser contemplado com a maneira do outro de colocar-se no mundo. Nesta troca, pesquisador-entrevistado, a escuta ativa é a chave para o crescimento da pesquisa e alcance dos objetivos (Paredes, 2005) (APENDICE D).

Somado a isso, percebendo que a representação social é constituída por ação comunicativa, a entrevista possibilita meios, através do sujeito, para formação de ideias e representações (Silva; Ferreira, 2012).

Utilizar a entrevista associada a evocação livre procura aprofundar as histórias acolhidas, dando maior visibilidade para a importância de triangulação dos dados no contexto dos estudos em representação social (Oliveira; Gomes, 2015).

Durante a coleta, a entrevista foi adaptada conforme a necessidade dos sujeitos e isso é possibilitado por não ser uma entrevista fechada. Foram abordados aspectos que circundam o cuidado espiritual e suas práticas, com espaço de escuta para esses sujeitos, realizando-se pouca ou nenhuma intervenção durante as falas. Buscou-se compreender o que é espiritualidade, cuidado espiritual e quais práticas cotidianas desse cuidado na vida desses atores sociais.

A Escala de Religiosidade da Duke, também utilizada para enriquecer a caracterização dos sujeitos é composta por 5 itens, de autoria de Koenig *et al*. (1997) e validada para amostras brasileiras por Taunay *et. al*. (2012).

Mais recentemente, Fleury *et al.* (2021) realizaram estudo de análise fatorial confirmatória que confirmou propriedades psicométricas satisfatórias para utilização do instrumento em amostras brasileiras. Ela consegue mensurar a religiosidade em suas diferentes facetas, no que tange sua ligação com a saúde, sendo elas a religiosidade organizacional, intrínseca e não organizacional. (ANEXO A).

Os itens 1 e 2 da tabela, representando a religiosidade organizacional e não organizacional respectivamente, variam de 1 a 6, originando sua média entre esses valores. Já os itens 3, 4 e 5, variam de 1 a 5 e dizem acerca da religiosidade intrínseca, como já mencionado.

Neste momento, o instrumento é utilizado a fim de compreender o envolvimento religioso do participante e a forma que ele está no mundo frente essas questões, entendendo a influência ou não influencia no cuidado, na percepção do entrevistado.

Os participantes, de ambos os momentos do estudo, foram abordados seguindo as normas éticas em pesquisa e foram coletados os dados conforme disponibilidade do sujeito, respeitando suas manifestações de participação. Não foram escolhidos pacientes específicos e sim os que cumpriram os critérios de inclusão e que se voluntariaram. Abordou-se à beira do leito de forma individual, para que estivessem mais à vontade em concordar ou não com a pesquisa.

3.5 **Análise de dados**

A análise dos dados aconteceu de diferentes maneiras. A primeira análise foi realizada a partir da avaliação prototípica das Evocações livres, com o apoio do *software Ensemble de programms permettant l'analyse dês evocations* (EVOC), a segunda técnica de tratamento e análise das evocações livres é a análise de similitude. Posteriormente foi realizada a análise lexical das entrevistas sob suporte do software Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles* (IRAMUTEQ).

Os dados obtidos a partir da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) foram tabulados com suporte do Excel e descritos com apoio do *Software SPSS*, em sua versão 21.0. Para os dados sociais coletados, realizou-se análise e cálculo percentual após organização deles, originando tabelas com conteúdo de caracterização dos sujeitos. Os procedimentos adotados foram detalhados a seguir.

3.5.1 Análise das evocações livres

De acordo com o que já foi mencionado, a análise dos dados obtidos através das evocações livres foi realizada a partir do quadro de quatro casas com o *software* EVOC e árvore máxima de similitude, com suporte do *software* IRAMUTEQ.

A análise de evocações é uma das técnicas utilizadas para análise estrutural da representação social. É aplicada sobre os dados coletados que emergem após o estímulo do termo indutor. Quanto maior a representatividade dessa palavra, mais ela será evocada, assim os critérios de evocação de frequência e ordem se complementam formando dois indicadores coletivos para caracterizar a saliência de uma palavra num corpus gerado a partir de um grupo (Wolter; Wachelke, 2013).

O *software* utilizado para o primeiro momento de análise prototípica foi o EVOC e apoia os cálculos a serem obtidos, informando a frequência simples de cada termo mencionado, a média ponderada de ocorrência de cada palavra e a média ponderada em função da ordem de evocação. Com estes dados, foi possível obter o quadro de quatro casas, evidenciando o núcleo central, os elementos de contraste, a 1ª periferia e 2ª periferia (Oliveira *et al.*, 2005).

Nos termos de Bertoni e Galinkin (2017), o primeiro quadrante diz respeito aos elementos ou palavras que aparecem de forma primária na evocação e com frequência elevada quando comparadas com outras palavras ou expressões que se associam ao termo indutor. As palavras que são evocadas com maior frequência pelos sujeitos, muito provavelmente, compõem o núcleo central das representações.

O segundo e terceiro quadrantes tratam-se dos elementos evocados com menor frequência e posteriormente daqueles presentes no primeiro quadrante, são por esse motivo, consideradas menos importantes na estrutura de representação, porém ainda importantes na organização. São a periferia próxima, em outras palavras constituem provável elemento constitutivo do sistema periférico das representações.

O quarto quadrante apresenta elementos pouco frequentes e pouco evocados. Trata-se de evocações mais individuais, que não foram repetidas.

Seguindo o tratamento e análise das evocações livres, foi utilizada a análise similitude por co-ocorrência e seu resultado indica a conexidade entre as palavras, sendo suporte para identificação da estrutura representacional (Moura *et al.,* 2015). Nesse processo, o software utilizado foi o IRAMUTEQ, como mencionado anteriormente. Segundo Oliveira *et al*. (2005), com a análise de similitude observa-se a ordem de valores das ligações entre os termos e o sentido de cada um deles em relação aos demais que estão conectados. Além disso, tal análise consegue confirmar ou questionar a hipótese de centralidade vinda do Quadro de Quatro Casas, sendo mais um meio de explicitação da estrutura representacional.

A análise a partir do Quadro de Quatro Casas (prototípica) e árvore máxima de similitude se deu após tabulação dos dados obtidos com os 60 sujeitos participantes da primeira fase do estudo, ou seja, o mesmo grupo está presente na análise prototípica e de similitude.

3.5.2 Análise das entrevistas

A análise lexical é um tipo específico de análise de dados, pois trata-se de dados obtidos a partir da linguagem, mostrando-se relevante no que tange os

estudos acerca de pensamentos, crenças e formação popular e comum de ideias (Camargo; Justo, 2013).

Os conhecimentos trazidos com as entrevistas foram analisados com apoio do *software* IRAMUTEQ. Este instrumento informatizado não é pago, o que viabiliza diferentes tipos de análise de dados em forma de texto e maior acesso dos pesquisadores. A tecnologia do programa proporciona a distribuição dos termos de forma compreensível, com o intuito de ampla divulgação dos resultados, alcançando público acadêmico ou não (Camargo; Justo, 2013).

No estudo, para análise das 21 entrevistas, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a qual é capaz de analisar um grande volume de textos e segmentos de textos. Com a utilização de algoritmos já programados, agrega em classes os principais assuntos abordados, contribuindo para sua compreensão (Santos; Romão, 2022).

> Nas análises lexicais clássicas, o programa identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE); identifica a quantidade de palavras, frequência média e número de hápax (palavras com frequência um); pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização); cria dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares. Na análise de especificidades, é possível associar diretamente os textos do banco de dados com variáveis descritoras dos seus produtores; é possível analisar a produção textual em função das variáveis de caracterização. Trata-se de uma análise de contrastes, na qual o corpus é dividido em função de uma variável escolhida pelo pesquisador. Por exemplo, é possível comparar a produção textual de homens e mulheres em relação a determinado tema (Camargo; Justo, 2013, p. 515).

3.6 **Aspectos éticos**

O presente estudo é pautado na Resolução 510/2016, de 7 de abril de 2016, que diz sobre pesquisas e testes que são realizados em seres humanos, constituída por diretrizes e normas regulamentadoras com grande importância para o desenvolvimento da ciência e que cumpridas nos projetos de pesquisa. A citada resolução concretiza o direito humano de dignidade, bem como a preservação de sua integridade no que tange a participação em pesquisas científicas, além de

solidificar sua autonomia. “A ética é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural” (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

A resolução em vigor é clara e objetiva, visando proteger os direitos dos seres humanos quando submetidos a pesquisas científicas, sendo experimental ou não, entendendo o participante como ativo no processo e que deve ser informado sobre a pesquisa e seus benefícios e possíveis riscos.

O presente trabalho obteve aprovação no CEP, com parecer anexado (ANEXO A) e transcorreu de maneira coerente com o proposto no comitê. Parecer: 5.577.958 e CAAE: 61184022.3.0000.5282.

No estudo foram respeitados os critérios éticos em pesquisa, protegendo o participante e o informando acerca dos aspectos pesquisados, bem como seus riscos. Ele teve a oportunidade de ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A), podendo concordar ou não em prosseguir.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, sendo-lhes assegurado o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo.

Os riscos são mínimos e referem-se a possíveis desconfortos, constrangimentos ou ansiedade. Neste caso, poderá interromper sua participação na pesquisa. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da espiritualidade no cuidado.

A participação nesta pesquisa consistiu em responder uma entrevista semiestrutura com perguntas abertas nas enfermarias clínicas ou cirúrgicas, que foram gravadas em aparelho eletrônico, bem como responder aos demais instrumentos, como Evocações livres, escala de religiosidade e caracterização dos sujeitos. Os dados obtidos por meio desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de participação.

4 **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO CONJUNTO DOS RESULTADOS**

4.1 **Abordagem estrutural das representações socais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas**

4.1.1 Caracterização dos sujeitos

No que tange aos participantes do estudo, 60 sujeitos contribuíram no primeiro momento da pesquisa, conforme descrito no percurso metodológico. Todos apresentavam quadros crônicos, experimentando, no momento da coleta, um período de internação no cenário apontado. Visando compreender as representações sociais do grupo, realizou-se análise estatística de suas características gerais, entendendo assim quem são esses sujeitos, bem como sua relação com o objeto estudado, que influenciam na construção das representações.

Durante a pesquisa, nem todos os sujeitos responderam aos itens propostos, apresentando variação nas tabelas descritivas, bem como no N das evocações, que diverge do número de sujeitos participantes. Expõe-se a seguir (Tabela 1) a distribuição conforme o sexo.

Tabela 1- Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme o sexo informado

Sexo	**Número**	**%**
Feminino	36	60
Masculino	24	40
TOTAL	**60**	**100**

Fonte: A autora, 2024

No que tange à variável sexo, tem-se predominância de mulheres, representando 60% da amostra, com 40% de homens.

Foi avaliada a variável escolaridade com objetivo de apreender o grau de instrução e compreensão dos sujeitos frente ao processo de adoecimento e sua relação com a pesquisa (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme escolaridade

Escolaridade	**Número**	**%**
Superior	31	51,7
Fundamental	20	33,3
Média	9	15
TOTAL	**60**	**100**

Fonte: A autora, 2024

Durante a distribuição da variável escolaridade, percebeu-se que a maioria possui nível superior, representando 51,7% da amostra. Em contrapartida, 33,3% possui nível fundamental e 15% possui ensino médio.

Na avaliação das características dos sujeitos, também é relevante olhar para a religião, tendo em vista as possíveis nuances presentes nas evocações e no entendimento dos resultados.

Tabela 3 – Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme religião

Religião	**Número**	**%**
Evangélica	26	43,33
Católica	19	31,66
Sem religião	9	15
Espírita Kardecista	4	6,66
Candomblecista/umbandista	2	3,33
TOTAL	**60**	**100**

Fonte: A autora, 2024

De acordo com o perfil religioso, a maior parte dos sujeitos participantes nesta primeira etapa é evangélica, com 43,33%, com católicos em seguida (31,66%), sem religião (15%). Espíritas kardecistas representam 6,66% da amostra e candomblecistas ou umbandistas com 3,33%, menor percentual nessa população.

Percebeu-se que as pessoas com religiões não tradicionais, como espíritas, umbandistas e candomblecistas mostravam-se mais retraídos durante a abordagem, com falas mais discretas, demonstrando maior receio no que tange a aceitação.

Com o intuito de enriquecer a caracterização dos sujeitos e mensurar sua religiosidade e espiritualidade foi utilizado o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). A escala aplicada possui 5 itens, avaliando três dimensões da compreensão religiosa que podem estar por trás dos desfechos na saúde. Estas são: religiosidade organizacional (RO), dizendo sobre frequência em espaços religiosos, mais ligada à instituição, religiosidade não-organizacional (RNO), adentrando aspectos individuais da expressão religiosa. Os últimos 3 itens são referentes à religiosidade intrínseca (RI), com a busca pela experiência religiosa, interiorizando seus conceitos e práticas (Koenig *et al*.,1997).

Como já descrito na metodologia do estudo, a escala avalia índices que variam de 1 a 6, nas duas primeiras questões, e de 1 a 5 nas questões subsequentes e a partir da análise, obteve-se a média da RO, RNO e RI. Para facilitar a compreensão dos dados, foi realizada inversão numérica dos itens negativos na análise. Ou seja, no que diz respeito à religiosidade organizacional, quanto mais próximo de 6 estiver a média, maior é a religiosidade organizacional dos sujeitos, o mesmo para religiosidade não-organizacional. Para religiosidade intrínseca, quanto mais próxima de 5, maior é essa característica nos sujeitos.

A citada escala foi validade em sua versão brasileira em 2012, com confiabilidade teste-reteste, e após comprovação de sua consistência, sugerida para aplicação em amostras nacionais e amplamente utilizada em estudos agregados à saúde (Taunay *et al*., 2012).

Abaixo (Tabela 4), é possível verificar os participantes da pesquisa de acordo com a frequência nos templos religiosos, primeiro item da escala.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade organizacional da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, 2024

Item 1 (Religiosidade Organizacional)	Número de participantes	Média	Desvio-Padrão
Mais do que uma vez por semana	17		
Uma vez por semana	15		
Duas a três vezes por mês	11		
Algumas vezes por ano	11	4,47	1,32
Uma vez por ano ou menos	5		
Raramente ou nunca	0		
Não respondeu	1		
Total	**60**		

Fonte: A autora, 2024.

No que tange à religiosidade organizacional, pode-se observar nos dados acima que 17 pessoas da amostra declararam frequentar instituições religiosas mais que uma vez na semana e 15 pelo menos uma vez na semana. 11 pessoas têm essa prática duas a três vezes por mês, 11 participantes algumas vezes por ano, enquanto 5 dos respondentes frequentam o templo religioso uma vez por ano ou menos. Na aplicação da escala, 1 sujeito não respondeu. Todos sujeitos da amostra frequentaram em algum momento no período de 1 ano alguma instituição religiosa.

A média da religiosidade organizacional para o grupo da primeira etapa da pesquisa é de 4,47. Esta tende a alta e corrobora com a característica religiosa dos sujeitos, que tradicionalmente frequentam igrejas para manifestação da fé e comunhão com os demais frequentadores.

Na Tabela 5, verifica-se a dedicação para atividades individuais, que não necessariamente ocorrem em templo religioso. Este é o segundo item da escala e auxilia para verificação da religiosidade não organizacional, aprofundando nas características do grupo.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade não organizacional da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, 2024

Item 2 (Religiosidade não Organizacional)	**Número de participantes**	**Média**	**Desvio-Padrão**
Mais do que uma vez por dia	7		
Diariamente	38		
Duas ou mais vezes por semana	7		
Uma vez por semana	0	4,57	1,23
Poucas vezes por mês	6		
Raramente ou nunca	2		
Total	**60**		

Fonte: A autora, 2024.

Discutindo a religiosidade não organizacional, 7 sujeitos dedicam seu tempo em atividades religiosas individuais mais de uma vez ao dia, essas práticas envolvem oração, leitura da bíblia, ouvir louvores, rezas, entre outras. 38 pessoas, diariamente, constituindo a maior parte da amostra, 6 participantes praticam essas atividades poucas vezes por mês e 2 raramente ou nunca. A média da religiosidade não-organizacional ficou em 4,57, tendendo para alta no grupo estudado, com desvio padrão de 1,23. Ou seja, esses sujeitos introjetaram práticas religiosas no seu dia a dia, vivendo de acordo com os preceitos aprendidos.

Na segunda parte da escala de religiosidade, a intenção é apreender características da religiosidade intrínseca dos participantes, compreendendo o envolvimento das crenças e experiências no cotidiano. Esta é composta por 3 questões, com afirmativas que são apontadas pelos respondentes.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 3 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, 2024

Item 3 (Religiosidade Intrínseca)	Número de participantes	Média	Desvio-Padrão
Totalmente verdade para mim	48		
Em geral é verdade	7		
Não estou certo	1		
Em geral não é verdade	2	4,62	0,94
Não é verdade	2		
Total	**60**		

Fonte: A autora, 2024.

Quando realizada a afirmação: “Em minha vida eu sinto a presença de Deus ou Espírito Santo”, 48 pessoas disseram que ela é “totalmente verdade”, constituindo a maioria da população do estudo. Ao observar as demais respostas, 7 sujeitos referiram que “em geral é verdade” e 1 responderam que “não estou certo” , 2 pessoas falaram que “em geral não é verdade” ou ainda “não é verdade”, representando a mesma quantidade da amostra.

Em seguida, será apresentada na Tabela 6 afirmativa referente à quarta questão, bem como as respostas correspondentes.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 4 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, 2024.

Item 4 (Religiosidade Intrínseca)	Número de participantes	Média	Desvio-Padrão
Totalmente verdade para mim	23		
Em geral é verdade	17		
Não estou certo	10		
Em geral não é verdade	5	3,80	1,27
Não é verdade	5		
Total	**60**		

Fonte: A autora, 2024.

Na tabela acima observa-se a resposta à afirmação “As minhas crenças religiosas estão por trás de toda a minha maneira de viver” e 23 sujeitos colocaram-na como “totalmente verdade”, 17 como “em geral é verdade”, 10 pessoas afirmaram como “não estou certo” e 5 como “em geral não é verdade”, seguido com o mesmo número de “não é verdade”.

Na questão 5 (Tabela 8), apresenta-se, aos sujeitos, a afirmação:” Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida”.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 5 da escala de religiosidade de DUKE. Rio de Janeiro, 2024.

Item 5 (Religiosidade Intrínseca)	**Número de participantes**	**Média**	**Desvio-Padrão**
Totalmente verdade para mim	21		
Em geral é verdade	17		
Não estou certo	10		
Em geral não é verdade	5	3,71	1,31
Não é verdade	6		
Não respondeu	1		
Total	**60**		

Fonte: A autora, 2024.

Neste momento, 21 pessoas responderam “totalmente verdade”, 17 colocaram “em geral é verdade”, 10 disseram “não estou certo” e 5 sujeitos como “em geral não é verdade”. 6 indivíduos acusaram que “não é verdade”, com 1 não respondente na amostra.

Para melhor visualização das características dos sujeitos no que tange a escala de religiosidade, apresenta-se na Tabela 9 as médias referentes à Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade não-organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI).

Tabela 9 – Média e Desvio Padrão de Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca. Rio de Janeiro, 2024

Dimensão	Média	Desvio Padrão
Religiosidade Organizacional	4,47	1,32
Religiosidade Não Organizacional	4,57	1,23
Religiosidade Intrínseca	4,05	1,04

Fonte: A autora, 2024.

Retomando as características dos sujeitos, é importante inferir que a amostra se constitui majoritariamente de evangélicos e católicos. Ao comparar a religiosidade organizacional e não-organizacional, é possível perceber que ambas são equiparadas e tendendo à alta, corroborando com as características da amostra. Os sujeitos apresentam alta religiosidade intrínseca, conhecida como subjetiva, demonstrando que introjetam os preceitos religiosos nas suas relações e práticas diárias, bem como exercem suas práticas religiosas individuais sem necessariamente estarem no ambiente religioso, como dedicação na leitura de livros sagrados, oração e canto de louvores.

4.1.2 Descrição e discussão dos resultados

Conforme descrito anteriormente, no percurso metodológico, utilizou-se, na primeira etapa do estudo, a técnica de evocações livres. Neste momento, foi solicitado que os participantes (N=60) evocassem cinco palavras ao termo indutor “cuidado espiritual”, objeto do estudo. Para análise, apoiou-se no *software Ensemble de programms permettant l’analyse dês evocations* (EVOC), com tabulação anterior no Excel.

Adotou-se a frequência mínima de 3 e média de 7. Já a OME foi de 2,5, respeitando o padrão para uniformidade do quadro. A partir da análise, gerou-se o quadro de quatro casas descrito a seguir, referente à estrutura das representações sociais do cuidado espiritual (Quadro 1):

Quadro 1 – Quadro de quatro casas referente às evocações dos participantes ao termo indutor cuidado espiritual. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024

Rang < 2,50			**Rang ≥ 2,50**			
Freq.Méd.	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME
>= 7	Amor Espírito Oração	9 7 15	2,444 2,286 2,400	Deus Ter-fé	13 8	2,846 2,500
<=6	Espírito-santo Respeito	3 3	2,333 1,333	Bíblia Cuidado Espiritualidade Pastor Paz Proteção	3 6 3 3 4 3	3,000 2,500 2,667 2,667 4,500 3,000

Fonte: A autora, 2024

No Quadro de Quatro Casas exposto acima (Quadro 1), percebe-se a estrutura representacional de cuidado espiritual, com os termos distribuídos em primeiro quadrante ou provável núcleo central, primeira periferia, zona de contraste e segunda periferia. É importante inferir, para melhor leitura dos dados, que os elementos do primeiro quadrante, que constituem o provável núcleo central, surgem da combinação de mais prontamente evocados e maior frequência. Já os de segundo quadrante ou primeira periferia são tardiamente evocados, mas possuem alta frequência. Os elementos periféricos ou de segunda periferia são tardiamente evocados e possuem baixa frequência. A zona de contraste traz termos prontamente evocados, porém com baixa frequência (Vergés, 1992).

No provável núcleo central, encontram-se elementos que remetem ao cuidado em sua dimensão transcendental, presente nos cognemas “espírito” e “oração”, bem como a dimensão afetiva, observável no termo “amor”. Estes combinaram a frequência maior que 7 e ordem média de importância menor que 2,50. Este núcleo, compreendido no primeiro quadrante, é composto por elementos estáveis, ou seja, menos modificáveis no grupo social. Tais elementos são normativos e funcionais ao passo que o primeiro diz sobre os valores sociais que permeiam o grupo e o segundo, refere-se ao objeto representacional propriamente dito (Machado e Aniceto, 2010).

Na primeira periferia, estão os elementos “Deus” e “ter-fé”, trazendo a dimensão do transcendente com o termo “Deus” e da crença, com “Ter-fé”. “Deus”

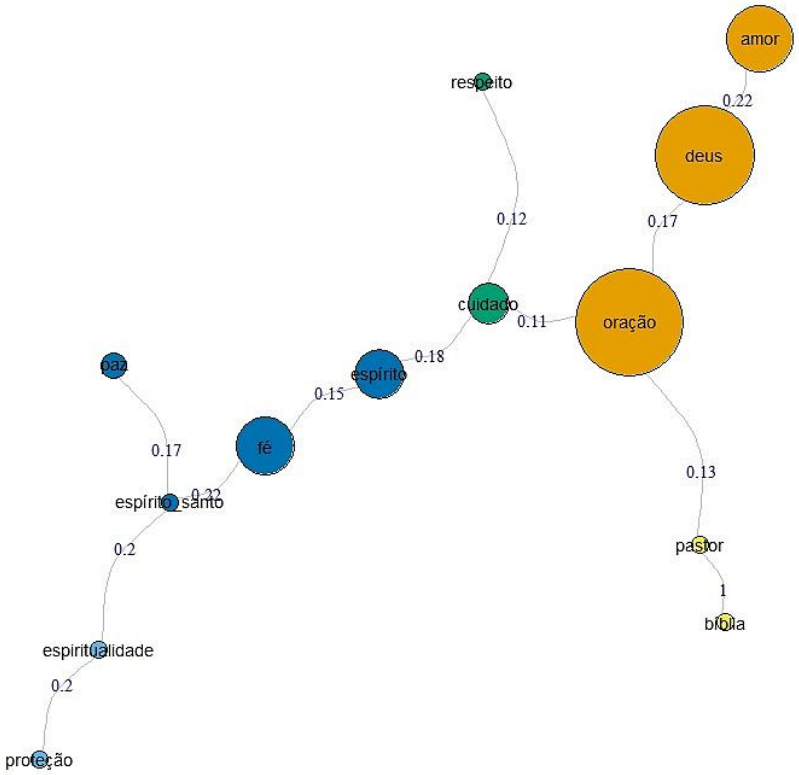
teve alta frequência, ou seja, foi repetido mais vezes pelos sujeitos durante as entrevistas, mas não esteve entre os mais prontamente evocados e por isso não compõe a provável zona de núcleo.

. Na segunda periferia, encontram-se os termos “Bíblia”, “cuidado”, “espiritualidade”, “pastor”, “paz” e “proteção”, ligadas às dimensões gregária e institucional, porém tais termos são menos prontamente evocados e com menor frequência.

Seguindo para zona de contraste, os termos “Espírito-santo” e “respeito” emergem. O primeiro ligado a ideia de cuidador e o segundo, relacionado à dimensão comportamental.

No que tange ao interesse em aprofundar a compreensão das representações sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas, elaborou-se, com apoio do software IRAMUTEQ, a árvore máxima de similitude (Figura 1), para facilitar a visualização das co-ocorrências entre os termos evocados.

Figura 1 – Árvore máxima de similitude das evocações ao termo indutor “cuidado espiritual” (N=60)



Fonte: A autora, 2024.

Observa-se, na figura 1, três eixos temáticos que trazem sentido para representação do cuidado espiritual para esse grupo, que são “Espírito Santo”, “cuidado” e “oração”. O termo “oração”, com três conexões realizadas, já havia sido apontado como central no Quadro de Quatro Casas, onde obteve o maior número de evocações, sendo também prontamente evocado. Este apresenta conexão por ordem de índice de similitude com os termos “deus” (0,17), “pastor” (0,13) e “cuidado” (0,11).

Gutz e Camargo (2013), em estudo de representações sociais realizado com idosos mais velhos, mostram que as mulheres trazem a oração como um dos recursos de fé para comunicação com o sagrado e que o enfrentamento pautado nesses preceitos é menos comum em homens.

“Espírito-santo” e “cuidado” também estabelecem três conexões na árvore máxima de similitude. Embora os termos não estejam no possível núcleo central do

Quadro de Quatro Casas e sim na zona de contraste e segunda periferia, respectivamente, estes, além de maior número de conexões, também demonstram altos índices de similitude.

“Espírito-Santo”, presente na zona de contraste, demonstra-se importante para os sujeitos, tendo em vista sua ordem de evocação e isso reforça com a demonstração de similitude. “Espírito Santo” estabelece o maior índice de similitude da análise, conectando-se com “fé” (0,22) e segue com forte ligação ao termo “espiritualidade” (0,2) e “paz” (0,17). Ao analisar o vocábulo, ele adquire característica positiva e faz parte da dimensão transcendental. Essa aparição encontra a característica dos sujeitos, que são cristãos, com religiões tradicionais, permeadas pelo aspecto espiritual atribuído ao “Espírito-santo”.

“Cuidado” relaciona-se com “espírito” (0,18), “respeito” (0,12) e “oração” (0,11) e traz elementos que extrapolam o adoecimento físico. Nesse momento, é possível observar as características do cuidado para os sujeitos. O cuidado em sua face moral, ao evidenciar o termo “respeito” e em seu aspecto espiritual, ao ligar-se a “espírito”, entendendo o ser humano de forma ampliada e complexa. O termo “oração” aparece como expressão prática do cuidado espiritual para esse grupo, direcionando, em mais um momento, para sua centralidade no estudo.

Observa-se, na organização da árvore máxima, as dimensões do cuidado espiritual. No caminho entre “respeito” e “proteção”, há a dimensão do transcendente e nessa perspectiva existem ligações importantes, destacando-se a existente entre “fé” e “Espírito-santo” (0,22), “Espírito-santo” e “espiritualidade” (0,2) e entre “espiritualidade” e “proteção” (0,2). Essa dimensão corrobora com o perfil cristão do grupo, onde “Espírito Santo” tem a representação da espiritualidade e está presente como parte da Santíssima trindade (Deus, Jesus e Espírito Santo). Essa dimensão está fortemente ligada à crença. Por ser um grupo vivenciando o adoecimento e a internação, essa crença tem aspecto positivo.

Silveira e Azambuja (2018) apontam que a crença é uma força poderosa frente à recuperação na experiência de doença, bem como no reestabelecimento da confiança, reforçando o propósito da vida.

As ligações compreendidas entre “amor” e “deus” (0,22), e “deus” e “oração” (0,17) evidenciam forte dimensão relacional do cuidado espiritual. Por mais que

“amor” não faça mais conexões, liga-se fortemente ao termo “deus” e esteve relacionado ao provável núcleo central, demonstrando relação entre os aspectos transcendental e relacional/afetivo.

É importante inferir ainda que o termo “deus” tem alto índice de similitude com “amor” e embora esteja na primeira periferia, teve alta frequência de evocação, indicando sua migração para o núcleo central. Evidencia-se ainda a dimensão institucional ao analisar as ligações entre “oração” e “pastor” (0,13) e entre “pastor” e “bíblia” (0,1). Essa dimensão é compatível com a característica religiosa dos sujeitos, com maioria protestante.

“Oração”, tanto na análise prototípica, com sua alta frequência e destaque no provável núcleo central, quanto na análise de similitude, apresentando um maior número de conexões, bem como estando como eixo nas dimensões do cuidado espiritual, demonstra que para o grupo social estudado é elemento que conecta o homem ao divino de forma afetiva e íntima, como prática do cuidado espiritual.

Com a análise de similitude não é possível afirmar a centralidade dos elementos de uma representação, porém considera-se um segundo indicador da provável participação dos elementos no núcleo central (Pecora; Sá, 2008).

4.2 **Abordagem processual das representações sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas**

4.2.1. Caracterização dos sujeitos

Neste momento da pesquisa, participaram 21 sujeitos, contribuindo através de entrevistas semiestruturadas, conforme descrito anteriormente. Esses dados foram coletados com apoio de gravador e transcritos posteriormente. Os participantes são adoecidos crônicos e estão internados em clínicas médicas e cirúrgicas, com estabilidade clínica e capacidade cognitiva de participação. Foram coletadas variáveis como sexo e religião com a finalidade de caracterizá-los, bem como compreender seu reflexo nos resultados.

Na Tabela 10 observa-se sua distribuição conforme o sexo dos participantes.

Tabela 10 - Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme o sexo informado

Sexo	**Número**	**%**
Feminino	18	90
Masculino	3	10
TOTAL	**21**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

Na segunda etapa do estudo, a amostra é composta majoritariamente por mulheres, , representando 90%, sendo 10% do sexo masculino. Em seguida, a Tabela 11 demonstra a distribuição conforme a religião, com a expectativa de avaliar sua influência ou não influencia na avaliação dos dados.

Tabela 11 – Distribuição do número e percentagem dos sujeitos conforme religião

Religião	**Número**	**%**
Evangélica	12	60
Católica	6	30
Sem religião	2	10
Candomblecista/umbandista	1	5
Espírita Kardecista	0	0
TOTAL	**21**	**100**

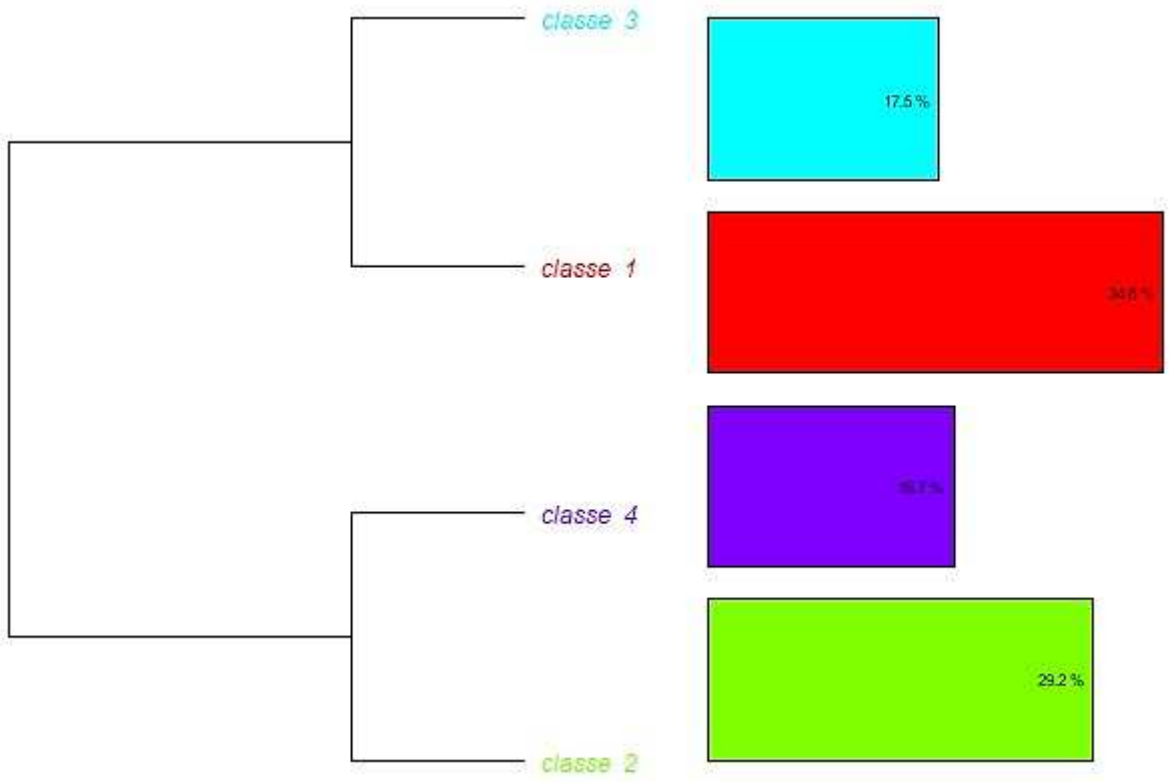
Fonte: A autora, 2024.

Nessa etapa, observa-se maioria evangélica, representando 60% da amostra, com 30 de católicos. 10% sem religião e 5% de candomblecistas/umbandistas. Este cenário retrata uma característica brasileira, com ascensão do protestantismo frente ao declínio católico, que vem sendo observado, mais especificamente, a partir de 2010, com apontamento da crescente evangélica, sobretudo da Assembleia de Deus, com mais de 12,3 milhões de adeptos (Mariz; Graciano, 2013; Souza, 2019).

4.2.2 Descrição e discussão dos resultados

Na segunda etapa da coleta de dados, foram realizadas 21 entrevistas em profundidade, conforme descrito no percurso metodológico, contendo perguntas acerca do cuidado espiritual, envolvendo ainda o processo vivenciado, bem como características do cuidado. O conteúdo do material, após tabulado com apoio do Word, foi analisado com suporte do *software* IRAMUTEQ Obteve-se a partir da análise aproveitamento de 81,39% do corpus, com 593 Unidades de Contextos Elementares (UCE). O número de textos manteve-se em 21, conforme o número de entrevistas realizadas, com 736 segmentos de texto, 2571 de formas distintas e 25196 de ocorrências. A lematização das palavras foi de 1596, com 1447 formas ativas. A partir da análise, formou-se o dendrograma de CHD, com 4 classes.

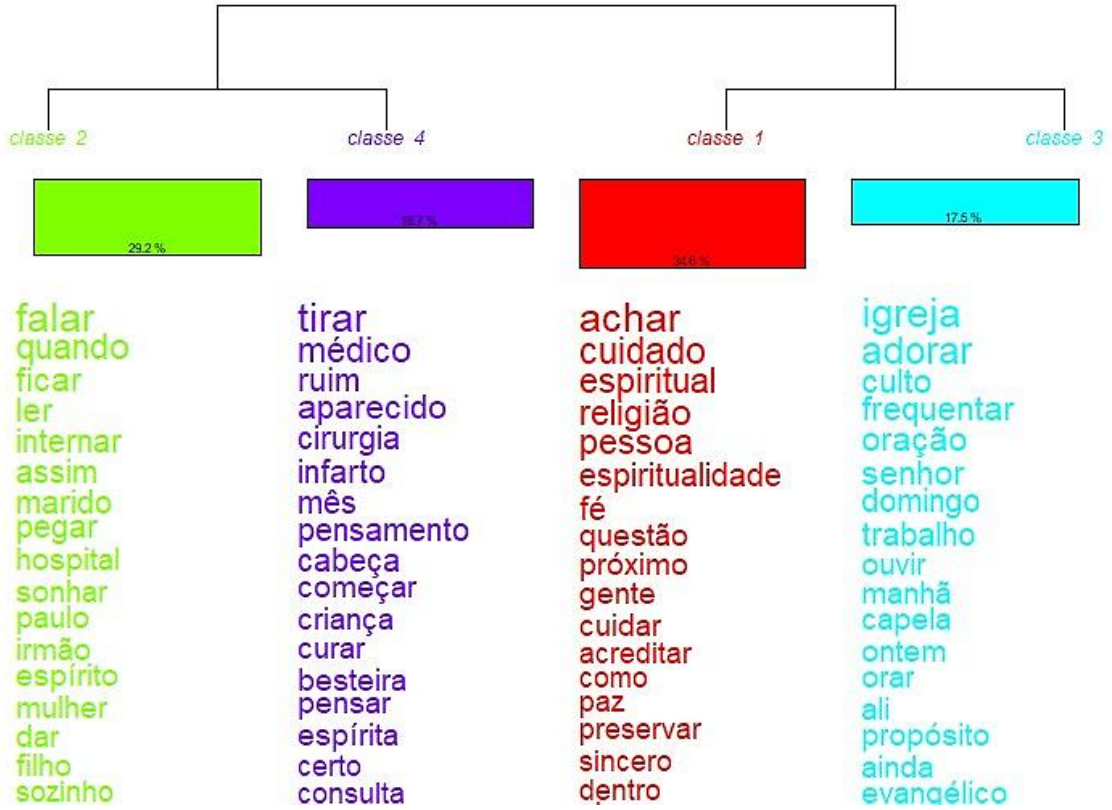
Figura 2 – Dendograma de classificação hierárquica descendente



Fonte: A autora, 2024

Para melhor entendimento acerca da emersão das classes e seu conteúdo lexical, apresenta-se a Figura 3, com o intuito de organização desses resultados com possibilidade de melhor compreensão.

Figura 3 – Dendograma de classificação hierárquica descendente por conteúdo lexical

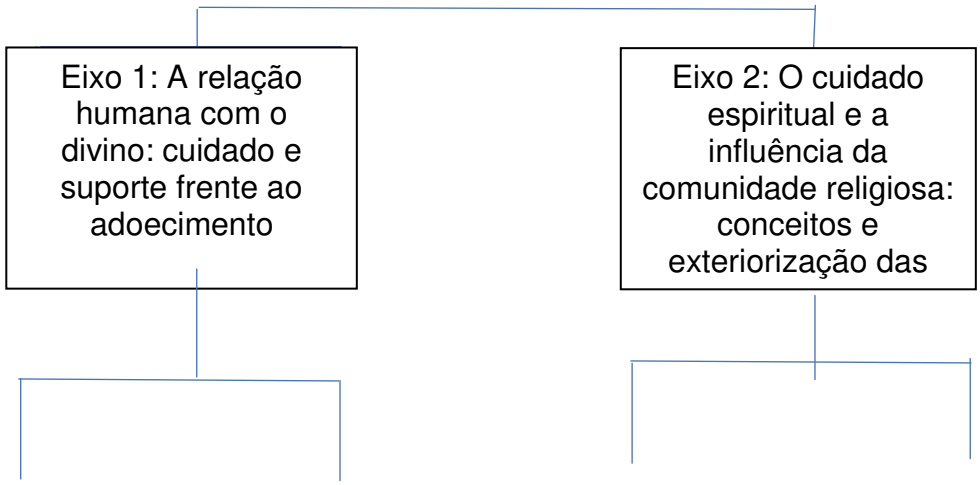


Fonte: A autora, 2024

Conforme exposto no dendrograma acima, o material analisado dividiu-se em dois blocos temáticos. O primeiro originou as classes 2 e 4 e reúne um conteúdo marcado pela relação humana com o divino no processo de adoecimento, abordando o cuidado e o suporte experimentado. O segundo bloco comporta as classes 1 e 3 aborda a questão do cuidado espiritual propriamente dito e a influência exercida pela comunidade religiosa. As classes agrupadas em seus respectivos eixos apresentam conteúdo homogêneo e por isso não sofreram novas divisões em subeixos.

A estrutura da exposição das classes e suas divisões nos eixos é mais bem compreendida no esquema a seguir (Tabela 12), contendo as informações de forma clara e concisa. Na sequência, observa-se a descrição do material.

Tabela 12 - Esquema de classes e categorias



CLASSE 2: Perspectivas de proteção e cuidado: ligação com transcendente frente aos desafios humanos
175 UCE – 29,22%

CLASSE 4: Suporte no divino e cuidado espiritual como enfrentamento do momento de internação.
112 UCE – 18,7%

CLASSE 1: Religião, espiritualidade e cuidado espiritual: conceitos e a relação consigo, com o outro e institucional religiosa e hospitalar.
207 UCE – 34,56%

CLASSE 3: Expressões da religiosidade no momento da internação: comunidade religiosa como suporte espiritual e a instituição religiosa como lugar de socorro, adoração e aprendizado.
105 UCE – 17,53%

Palavras de maior associação:

Palavra	X²
Falar	51.8
Quando	32
Ficar	29,4
Ler	25,5
Internar	22,1
Assim	21,8
Marido	21,1
Pegar	19,6
Hospital	18,8
Sonhar	17,1
Paulo	17,1
Irmão	16,9

Palavras de maior associação:

Palavra	X²
Tirar	79,4
Médico	49,6
ruim	43,1
aparecido	39,7
cirurgia	38,4
infarto	35,2
mês	34
pensamento	33,6
cabeça	33,6
começar	29,2
curar	26,3
besteira	21,9

Palavras de maior associação:

Palavra	X²
Achar	54,6
Cuidado	39,5
Espiritual	39,1
Religião	35,8
pessoa	33,8
Espiritualidade	24,2
fé	24
questão	21,2
próximo	21,2
Gente	17,9
cuidar	15,9
acreditar	14,8

Palavras de maior associação:

Palavra	X²
Igreja	79,9
Adorar	72,3
culto	46,1
frequentar	41,5
oração	40,3
senhor	40,2
domingo	37,5
trabalho	36,6
ouvir	27,9
manhã	27,9
capela	27,4
ontem	27,4

Fonte: A autora, 2024.

Com intuito de facilitar a compreensão da análise e seu conteúdo, nomeou-se cada classe, a partir da divisão em dois eixos, conforme exposição anterior, que representam blocos temáticos distintos entre si. Esses eixos também foram nomeados. O eixo 1 é intitulado: “A relação humana com o divino: cuidado e suporte frente ao adoecimento” e o eixo 2: “O cuidado espiritual e a influência da comunidade religiosa: conceitos e exteriorização das crenças religiosas”. As classes foram divididas e agruparam-se nos eixos, de acordo com sua semântica, conforme foi apontado na tabela anterior. Estas serão descritas a seguir.

a) Eixo 1:” A relação humana com o divino: cuidado e suporte frente ao adoecimento”

   - Classe 2: “Perspectivas de proteção e cuidado: ligação com transcendente frente aos desafios humanos”

   - Classe 4: “Suporte no divino e cuidado espiritual como enfrentamento do momento de internação”

b) Eixo 2: “O cuidado espiritual e a influência da comunidade religiosa: conceitos e exteriorização das crenças religiosas”

   -Classe 1: “Religião, espiritualidade e cuidado espiritual: conceitos e a relação consigo, com o outro e institucional religiosa e hospitalar”

   -Classe 3:” Expressões da religiosidade no momento da internação: comunidade religiosa como suporte espiritual e a instituição religiosa como lugar de socorro, adoração e aprendizado”

A partir da compreensão dos conteúdos semânticos dos eixos e classes, busca-se, com apoio da literatura, discutir e adentrar as representações sociais obtidas no grupo estudado.

4.2.2.1 Eixo 1: A relação humana com o divino: cuidado e suporte frente ao adoecimento

4.2.2.1.1 Classe 2: Perspectivas de proteção e cuidado: ligação com transcendente frente aos desafios humanos

Na classe 2, observa-se a ligação com o divino e a proteção sentida frente ao sofrimento. No decorrer das falas dos sujeitos, que foram agrupadas nessa classe, são trazidos elementos que atribuem ao divino a capacidade de emergir de diversas maneiras, sendo responsável por bons resultados diante dos desafios que surgem na vida. O divino, nesse momento, é citado de diversas formas, como Deus, Jesus e Espírito Santo. Estes representam a Santíssima Trindade, característica forte do cristianismo, que condiz com a população estudada.

A classe é responsável por 29,22% das UCE e os principais elementos elencados foram: falar (x^2 51,8), quando (x^2 32), ficar (x^2 29,4), ler (x^2 25,5), internar (x^2 22,1). Outros termos também emergem na classe, como sonhar (x^2 17,1) e irmão (x^2 16,9).

O divino possui características sob ótica humana e no fragmento a seguir é possível apreender uma delas, que se constitui como sua onipresença, ou seja, o divino é capaz de estar em todos os momentos e em todos os lugares, sobretudo diante das adversidades. Ele tudo vê:

> Parece Deus mesmo. O vigilante não vê, mas o espírito está lá. O Espírito Santo protege voc, é assim, entende? Meu irmão também ficou muito mal no hospital (Participante 4, sexo feminino, evangélica, x^2 190.91)

No discurso surge ainda o Espírito Santo como constituinte desse divino, representando seu espírito, que aparece para proteção e apoio nas situações de desequilíbrio. Espírito Santo representa o consolador nesse momento. Tal proteção espiritual não acontece somente ao indivíduo, dissemina para família, como enviado de Deus para cuidado dos que precisam.

A proteção divina também é sentida pelos sujeitos a partir de outras concepções, trazendo a ideia de intimidade entre humano e transcendente. Na fala

abaixo é possível observar essa relação através do sonho, com a permissão de anteceder situações que podem acontecer consigo mesmo ou com o outro, sob ótica dos sujeitos.

> Porque Deus me dá as coisas em sonho, Deus me dá muita coisa em sonho, eu lembro também de uma colega que ela falou que queria muito sair da casa que ela morava eu sonhei que ela estava numa casa bonita (Participante 20, sexo feminino, evangélica, x^2 182.30).

> O senhor entregou na minha mão, eu peguei e falei bem assim, falei para o meu esposo,eu acho que deus vai dar uma casa para nós, eu sonhei ele me dando uma chave (Participante 20, sexo feminino, evangélica, $x^2$172.92)

A oração surge, na perspectiva cristã, como prática de solicitação da presença divina frente às dificuldades, com a finalidade de convocar a proteção e o cuidado. No fragmento destacado a seguir, a oração é elo entre o humano e o divino.

> Mas ali a gente fazia aquela oração, a gente louvava, a gente adorava o senhor e ali foi um processo tão lindo, tão lindo, que no término do trabalho ele aceitou jesus, ele aceitou jesus, ele parou de beber (Participante 5, sexo feminino, evangélica, x^2 228.55)

A oração pode ser entendida como busca pela conexão com o que o sujeito considera sagrado, consigo mesmo e com o outro. A oração favorece o afastamento do problema, propiciando a aproximação do divino (Esperandio; Ladd, 2013).

4.2.2.1.2 Classe 4: Suporte no divino e cuidado espiritual como enfrentamento do momento de internação

O suporte frente ao sofrimento humano é importante para recuperação da saúde, sobretudo em momentos de internação, onde o sujeito é afastado de seu convívio social e de outras coisas que o caracterizam. A busca do divino parece atenuar as dificuldades enfrentadas e dá força para continuar. O cuidado espiritual, que valoriza a espiritualidade de cada sujeito, faz parte do processo de rompimento do foco na doença e passa a perpetuar o foco no indivíduo e tem sido uma demanda dos pacientes.

A referida classe representa 18,7% das UCE e reúne palavras como: tirar (x^2 79,4), médico (x^2 49,6), ruim (x^2 43,1), cirurgia (x^2 38,4), infarto (x^2 35,2), mês (x^2 34), pensamento (x^2 33,6), cabeça (x^2 33,2), começar (x^2 29,2) e curar (x^2 26,3).

É possível observar que a força para seguir em recuperação durante o momento da internação é requerida ao divino e pode modificar a atitude do sujeito frente às dificuldades.

> A pessoa tem que pedir forças a Deus e deixar entrar só as coisas boas na nossa mente. Meu cuidado espiritual estava meio ruimaqui o hospital porque eu fiquei pensando besteira, o médico veio dizer que eu ia ter que ficar dois meses aqui (Participante 2, sexo feminino, católica, x^2 303.14)

Deus, nessa percepção, possui aspecto relacional e afetivo, que permite o diálogo com humano, ouvindo as angústias e concedendo esperança durante o momento da internação. Neste momento, Deus é apontado como responsável por transformar os pensamentos facilitadores da doença em crença, ampliando as perspectivas de melhora.

O cuidado espiritual surge, nesse contexto, como parte do processo de internação e é atribuído aos bons pensamentos, tornando o ambiente favorável para o tratamento. As necessidades do cuidado espiritual podem se expressar em decisões, reflexões e planejamentos futuros. A ansiedade e negação também podem estar envolvidas (Góes e Cosseti, 2020).

Na fala, é expresso ainda o sentimento de resiliência frente à internação, contando com a força que abastece o sentido da vida.

Ao analisar as falas dos sujeitos, percebem-se estratégias e práticas de cuidado espiritual adotadas frente à doença, que são associadas ao cuidado biomédico na perspectiva de melhora do quadro.

> Na época eu fiz cirurgia espiritual e pareve até que eu fiquei melhoe mesmo (Participante 8, sexo feminino, espírita, x^2 110.42).

As cirurgias espirituais surgem como forma de cuidado espiritual e estão respaldadas sobre a fé e caminham junto aos cuidados tradicionais ofertados pelos profissionais de saúde. Essa fé pode estar vinculada ao divino ou ao humano, a depender da perspectiva (Brandão *et al.*; 2022).

Na discursividade dos sujeitos, o divino cuida detalhadamente da vida humana, exercendo o poder da regeneração frente ao adoecimento.

> Jesus me curou desse câncer, não tirei nada debaixo do braço, não tinha nada ruim debaixo do braço, fiz no início e agora essa doença também eu estava pensando amputar minhas pernas (Participante 15, sexo feminino, católica, x² 224.03)

Formigosa, Costa e Vasconcelos (2018), em estudo realizado com pessoas enfrentando câncer de cabeça e pescoço, mostram que para religiosos cristãos tradicionais, como católicos e evangélicos, a cura de doenças que não são reversíveis se dá pela graça do divino, que realiza coisas impossíveis. A fé, nesse sentido, representa a esperança dos sujeitos frente aos diagnósticos, com a crença no êxito físico e espiritual.

> Chorei muito deitada aqui, eu falei acredito no senhor que eu não vou tirar minha perna, todos eles chegavam a marcar para tirarem, aí chegou um médico aqui olhou e falou vamos botar essa perna boa eu falei vamos (Participante 15, sexo feminino, católica, x² 185.34)

> A gente começou a orar, buscar a deus, pedir a deus, pedir ao pai eterno.Ele curou minha mãe. Até os médicos na hora lá ficaram todos bobos que disseram que minha mãe não ia mais precisar da cirurgia (Participante 2, sexo feminino, evangélica, x²182,81)

O divino aparece como comandante da vida, controlando e permitindo que que tudo aconteça da melhor maneira. É enfatizada ainda sua característica representacional de onipotência, detentor de todo poder.

> Eu tenho um filho pequeno e eu estou aqui viva, vou passar pela cirurgia que sou pecadora, mas ele já está no controle. O jeito que ele me tirou desse infarto vai me tirar da cirurgia também (Participante 2, sexo feminino, católica, x² 211.65)

> São meus três filhos e meu marido, são todos unidos graças a deus. Eu tenho fé em deus e na nossa senhora aparecida que eles vão agendar essa cirurgia. Ela já botou a mão e ela vai me tirar daqui sã e salva (Participante 9, sexo feminino, católica, x² 193.94)

4.2.2.*2* Eixo 2: O cuidado espiritual e a influência da comunidade religiosa: conceitos e exteriorização das crenças religiosas

4.2.2.2.1 Classe 1: Religião, espiritualidade e cuidado espiritual: conceitos e a relação consigo, com o outro e institucional religiosa e hospitalar

Na classe 1 é possível observar 34,56% das UCE, com maior representatividade quando comparada às demais classes. Os elementos destacados a partir da análise são: achar (x^2 54,6), cuidado (x^2 39,5), espiritual (x^2 39,1), religião (x^2 35,8), pessoa (x^2 33,6), espiritualidade (x^2 24,2), fé (x^2 24), questão (x^2 21,2), próximo (x^2 21,2) e traz, em sua maioria, substantivos, nomeando suas relações e sentimentos, bem como trazendo conceitos para a discussão.

A classe traz conceitos da espiritualidade, cuidado espiritual e religião sob a percepção do grupo estudado. Aborda ainda aspectos relacionais entre as pessoas e no que toca as instituições envolvidas no processo, tanto hospitalar quanto religiosa.

A experiência da internação traz implicações na vida do sujeito, que podem ser atenuadas com o cuidado para além do tratamento da doença. É preciso entender a necessidade de ampliação desse cuidado diante da complexidade humana.

O cuidado espiritual é entendido como possibilidade de um modelo focado no sujeito, valorizando suas crenças e práticas religiosas e espirituais.

Em estudo desenvolvido por Edwards *et al* (2010), em cuidados paliativos, demonstra que o cuidado espiritual auxilia o sujeito na descoberta de si, da sua identidade e do seu autoconhecimento. Este é capaz de promover ainda as relações interpessoais. O cuidado espiritual reduz os níveis de ansiedade, produz conforto e proporciona bem-estar e paz interior. Este, quando bem conduzido, estabelece relação com o transcendente, auxiliando na luta contra o medo. Promove esperança para lidar com o adoecimento.

Esse olhar, com estabelecimento de confiança e maior conforto, pode ser observado nas falas a seguir.

> É o maior cuidado mesmo aqui. Eu gostei de estar aqui e estou sendo bem cuidada. Cuidado espiritual acho que a gente tem que passar na igreja, cuidar da nossa espiritualidade (Participante 6, sexo feminino, católica, x^2 215.72)

> Eu acho que é atenção, é cuidar e se importar, cuidando de você, você terá cuidado com o próximo, ajudar, eu acho que as pessoas têm que ter cuidado espiritual principalmente as pessoas que estão com doença (Participante 18, sexo feminino, católica, x^2 213.38)

> Eu acho que cuidado espiritual é você primeiramente estar em paz consigo mesmo e depois orar a deus (Paciente 20, sexo feminino, $x^2$161.07)

A espiritualidade e a religiosidade/religião surgem como parte do processo de cuidado e muitas vezes são definidas com o mesmo sentido, a exemplo da fala a seguir, onde a espiritualidade e religião aparecem atribuídas à fé pelo sujeito.

> Sou evangélico, mas não sou um cara que segue muito. Para mim, religião é uma questão de fé, acho que a gente tem que se apegar a alguma coisa. Espiritualidade é fé mesmo, para a gente acreditar em alguma coisa (paciente evangélico, sexo masculino, x^2 213.11).

Esse entrelace de definições não é incomum. Nogueira *et al* (2023), em estudo realizado com pessoas que vivem com HIV, apontam que a espiritualidade e a religião (atribuída a religiosidade) emergem como sinônimos na maioria das vezes, embora tenham definições distintas.

A religiosidade diz sobre práticas e rituais que estão relacionados às diferentes religiões. Tem sentido institucional e compreende a comunidade religiosa (Koenig, 2012). Para Gomes et al (2023), a espiritualidade está relacionada com uma busca pessoal para compreensão da vida, é relacional no que tange o transcendente e pode estar ou não implicada no processo ritualístico da religião.

4.2.2.2.2 Classe 3: Expressões da religiosidade no momento da internação: comunidade religiosa como suporte espiritual e a instituição religiosa como lugar de socorro, adoração e aprendizado

Nessa classe, tem a representação de 17,53% das UCE e possuem elementos que trazem a instituição religiosa como apoio e prática espiritual. Observa-se esse contexto nos termos: igreja (x^2 79,9), com alta representação na

classe, seguido por adorar (x^2 72,3), também com alto índice. Expõe-se também as palavras culto (x^2 46,1), frequentar (x^2 41,5), oração (x^2 40,3), senhor (x^2 40,2), domingo (x^2 37,5), trabalho (x^2 36,6), ouvir (x^2 27,9), manhã (x^2 27,9), capela (x^2 27,4).

A comunidade religiosa está presente na vida dos sujeitos, sendo importante em seu convívio social. A instituição religiosa é espaço de auxílio no enfrentamento de dificuldades e estar no momento de internação, frente ao adoecimento, simboliza o rompimento da rotina religiosa, bem como as práticas e interação sociedade. Simboliza a interrupção brusca da gregária presente na religião.

É possível observar nas falas seguintes, que constituem a classe, a rotina institucional religiosa estabelecida antes da internação, bem como as relações com os demais frequentadores e lideranças.

> Sou evangélica e vou muito para igreja, sempre estou presente nos trabalhos, nos cultos semanais. Nos domingos, nas quartas, nas terças, nas quartas e sextas temos orações e sábado de manhã, consagração (Participante 5, sexo feminino, evangélica, x^2 316. 37)
>
> Sou católica, adoro jesus cristo, adoro Deus, adoro a igreja católica adoro cantar, adoro os santinhos, nossa senhora de fátima, santa bárbara. Evangélico não crê em santo e em imagem (Participante 15, sexo feminino, católica, x^2 231.58).
>
> Eu era evangélica da igreja batista, esse tempo era bom. Eu frequentava as vezes. Eu frequentava essa igreja batista evangélica, só ouvia os pastores e às vezes tinha o culto lá em casa (Participante 13, sexo feminino, evangélica, x^2 247.84).
>
> Domingo de dez até meio_dia é a celebração, é culto, mas é a coisa mais linda. Tem louvor, adoração, eles oram pelos necessitados e tem pregação da palavra (paciente 21, evangélica, $x^2$156.05)

A partir disso, é importante inferir, que estar no ambiente hospitalar, submetido ao processo de rompimento da rotina religiosa, pode trazer implicações para o tratamento. Isso reafirma a importância de valorizar e possibilitar práticas religiosas e espirituais dos sujeitos como parte do cuidado prestado.

Araújo *et al* (2022) demonstram, em estudo realizado em ambiente hospitalar com pacientes crônicos, que a manutenção de uma rotina religiosa em ambiente hospitalar mostra repercussão na qualidade de vida global das pessoas, que conseguem entender que seus valores e crenças são respeitados, ao passo que conseguem experimentar sentidos para a vida. Isso pode mostrar importante evolução de seu quadro e ainda como enfrentam o processo de adoecimento.

É importante destacar essas expressões do ponto de vista das religiões não tradicionais e que não foram maioria no presente estudo, de acordo com a caracterização dos sujeitos. Muitas vezes essas pessoas sentem-se amedrontadas e não realizam suas práticas religiosas e espirituais de cuidado no ambiente hospitalar ou ambiente público no geral.

> Então eu acho que eu estou errada. Por não usar, por não enfrentar as pessoas. Mas eu não consigo. É uma coisa velada. Não expõe muito. São coisas veladas, você vê aqui, ali, numa atitude, num hino da igreja, alguma coisa que vai fazer. Escuto no meu fone de ouvido os meus pontos (...) As vezes a gente sente como se não existisse outra religião (paciente 14, candomblecista, x^2 146.12).

Na perspectiva anterior, é apontado o medo na exposição de suas práticas de cuidado espiritual e que há o sentimento de exclusão e intolerância mesmo no ambiente hospitalar. Ela sente o cristianismo imposto, como se estivesse errada em professar sua fé.

A busca pela hegemonia doutrinária, o conservadorismo e a propagação religiosa cristã de alguns grupos têm gerado práticas excludentes e intolerantes frente à outras crenças religiosas/espirituais (Silva; Serejo, 2017).

5 **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO ESPIRITUAL PARA PACIENTES: AS NUANCES ENTRE O HUMANO E O TRANSCENDENTE NO ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS DA INTERNAÇÃO**

Nesse momento, após análise das evocações livres e entrevistas acerca do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas, bem como suas representações, propõe-se realizar uma síntese, trazendo aspectos relevantes abordados ao longo do trabalho, bem como reflexões geradas com sua construção e leitura.

Como descrito, no primeiro momento a intenção foi analisar estruturalmente as representações sociais do objeto para os sujeitos, percebendo elementos elencados e seus significados, a partir das vivencias do grupo social. Essas representações foram compostas por análise prototípica, com o quadro de quatro casas, demonstrando os quadrantes e a posição dos termos evocados. Também foi realizada análise de similitude, entendendo o comportamento e correlação entre os elementos, com a intenção de apreender dimensões do cuidado espiritual e como elas se organizam no pensamento social.

Na estrutura das representações sociais, a partir da análise prototípica, tem-se como provável núcleo central os cognemas “Oração”, “amor” e “espírito”. Estes foram elementos com maior frequência e maior OME, ou seja, foram mais prontamente evocados a partir do termo indutor.

É preciso ressaltar que “Deus” surge na primeira periferia com alta frequência, porém menos prontamente evocado, o que sugere possível migração entre o núcleo central e os demais quadrantes periféricos, esse fenômeno é apontado por Sá (1996), sugerindo elementos que transitam entre os quadrantes.

Diante dos dados que apontam possível centralidade para estes elementos, ao analisar a árvore de similitude, ela demonstra “oração” como termo central nessa representação, com três conexões e entre elas, sua conexão com “deus”, elemento que transita no quadro de quatro casas, com alta frequência.

Diferente da análise prototípica, a árvore máxima mostra centralidade nos termos “cuidado” e “espírito-santo”, ambas com três conexões. “Cuidado”, ao longo da análise, é visto como possível espelhamento do objeto, não parecendo uma representação e sim um elemento repetido pelos participantes por estar no termo indutor.

Já o termo “Espírito-Santo”, além de possuir três conexões, apresenta forte co-ocorrência com os termos “fé” e “espiritualidade”. Esse termo é a leitura do divino para os sujeitos, o elo com o humano e vem como consolador, tendo em vista suas características vinculadas ao cristianismo. Ele está na zona de contraste no quadro de quatro casas. É importante inferir que a zona de contraste demonstra a existência de subgrupos que consideram outros elementos com significado dentro da representação (Bezerra *et al.,* 2018).

Somado a isso, observou-se, na construção da árvore, três dimensões do cuidado espiritual, conforme a associação das palavras ao termo indutor, como foi citado ao longo da descrição, são elas a transcendental, relacional e institucional. Ou seja, há o contato entre o humano e o divino no que tange ao cuidado espiritual e esse contato é permeado por sentimentos e práticas cristãs. Oração, como elemento possivelmente central, surge como acesso do humano para o sagrado.

É importante dizer que os resultados refletem um contexto permeado pelo cristianismo tradicional, que caracteriza os sujeitos da amostra estudada e que por mais que a abordagem tenha sido aleatória dentro do cenário de estudo, são maioria, corroborando com o perfil brasileiro.

Na abordagem processual, as características dos sujeitos mantêm o padrão da estrutural, mesmo não contando com os mesmos respondentes. São pessoas cristãs tradicionais, maioria com religião evangélica.

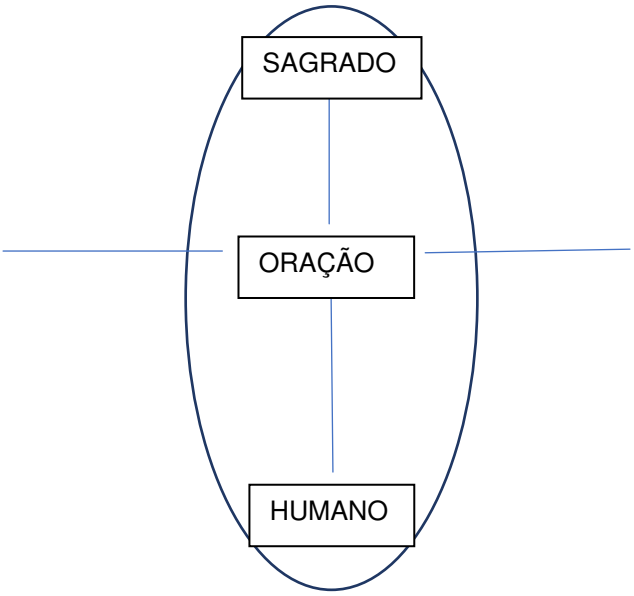
Nesse momento, com a análise das entrevistas, surgiram dois eixos e quatro classes que se ajustaram conforme sua aproximação de sentindo, auxiliando na leitura das representações para essas pessoas.

Com a análise dos dados estruturais (abarcando prototípica e de similitude) e processuais, mesmo se tratando de sujeitos distintos, observam-se as mesmas nuances das representações sociais do cuidado espiritual. Com respaldo nessas análises, confirma-se a importância do componente espiritual como parte do cuidado na assistência, extrapolando o momento da internação e encontrando os demais momentos da vida desses pacientes. Suas práticas de cuidado espiritual muitas vezes resgatam esses atores sociais e simbolizam acolhimento e esperança.

A representação social do cuidado espiritual para esse grupo envolve a relação entre o sagrado e o humano, que ocorre por meio privilegiado da oração, elemento prático e central na vida desses sujeitos. Ela surge como expressão da prática do cuidado e é forma de comunicação, aproximando o que é humano e o que

é divino. Para melhor explorar e exemplificar essa representação, criou-se a Figura 4.

Figura 4 - Representação social do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas



Fonte: A autora, 2024.

Gonçalves, Nascimento e Santos (2018) já abordam a oração justamente como aliança entre ser humano e o divino e como estratégia utilizada para alcance da cura diante do adoecimento, demonstrando a potência da comunicação entre os dois extremos.

A análise das representações sociais nesse contexto reafirma o trazido pelos autores em 2018, com a oração enquanto prática de aproximação entre o sagrado e o humano, privilegiando esse contato.

Nogueira *et al* (2023), em estudo realizado com pessoas vivendo com HIV, apontam que a relação entre o homem e Deus vem a partir da construção de intimidade e proximidade, sendo mediada, entre outros fatores, pela oração. O grupo estudado também buscava esse contato através da oração, como prática religiosa intrínseca.

Essa discussão pode trazer luz aos profissionais de enfermagem, com a intenção de melhorar a assistência, entendendo que essa relação com o sagrado é suporte frente aos desafios e que a oração é uma prática de cuidado que simboliza esse processo para os sujeitos.

5.1 **A inserção de debates religiosos e espirituais no espaço formador: o preconceito e seu reflexo no cuidado em saúde**

Com a discussão acerca das representações sociais do cuidado espiritual para pessoas internadas e suas práticas, percebeu-se que ela resulta do perfil dos sujeitos, seguindo a lógica brasileira religiosa, que versa sobre a hegemonia cristã tradicional. No entanto, é importante refletir acerca da participação dos sujeitos das demais religiões, sobretudo religiões de matriz africana, como umbandistas e candomblecistas.

Observou-se durante a coleta, que os pacientes que possuíam a religiões não tradicionais, colocavam-se de forma mais retraída e demonstravam incomodo em falar sobre suas práticas religiosas no ambiente hospitalar.

Essa perspectiva é reflexo do que é vivenciado por essas pessoas ao longo da internação e para além dela, em seu cotidiano, como pode ser olhado na fala a seguir:

> Eles ainda não aceitam essas religiões. Isso. Mas ainda não aceitam essas religiões. Que nem estava te falando que a pessoa viu, ela viu. Ela não ouviu, ela só viu que estava escrito no meu telefone. Quando ela vinha me dar medicação, ela vinha cantando o hino da igreja. Toda vez que estava me dando medicação, ela cantava o hino da igreja. Eu aceito tudo, eu não esquento (Mulher, 43 anos, candomblecista)

O fragmento de texto acima não foi trazido na análise anterior sob apoio do IRAMUTEQ e sim através do resgate das entrevistas e traduz o sentimento de exclusão religiosa, bem como reflete uma assistência em saúde que não identifica a necessidade de valorizar o componente espiritual.

Na entrevista, a paciente aborda questões relacionadas à sua prática religiosa, que não são aceitas no ambiente hospitalar e que sente medo de usar elementos que considera como proteção, a exemplo da guia. Na ocasião descrita, uma profissional de enfermagem, que ao perceber que ela tinha uma religião distinta do que acreditava ser correto, passou a atendê-la ao leito propagando uma religião cristã tradicional e não valorizando sua prática individual.

Fernandez, Silva e Sarcado (2018), em estudo realizado com profissionais enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde, apontam que nenhuma das pessoas entrevistadas diz conhecer características das

religiões afro-brasileiras, como umbanda e candomblé. Apontam que os profissionais desconhecem demandas específicas dessas pessoas no cuidado e que não utilizam do conhecimento religioso para prática profissional e ainda que essa questão traz um desconforto na equipe, com certa discriminação ao falar sobre a entrada dessas religiões no ambiente de saúde, referindo-se com expressões: “Aí vão vir uns bichos assim, uns pais de santo”.

Nessa perspectiva, analisando os dados trazidos até agora, é válido refletir acerca da formação profissional e a inserção da temática do cuidado espiritual nesse ambiente formador, sobretudo para os profissionais do cuidado, a mencionar os profissionais de enfermagem.

A partir da educação é possível romper barreiras e desconstruir tabus. Um desses tabus é a intolerância religiosa, especialmente acerca das religiões de matriz africana. Para tratar temáticas como essa, que levam à estigmatização, é necessário olhar para o preconceito oriundo dos próprios docentes e para necessidade do desenvolvimento formador desses profissionais, com o investimento em capacitação (Klemz; Silva, 2022).

Com o preparo de docentes, é possível formar profissionais assistenciais de maneira mais humana, valorizando o cuidado espiritual e extrapolando a lógica biomédica, ainda predominante até aqui, como citado diversas vezes ao longo do trabalho. Já é possível observar trabalhos promissores nesse sentido, com o envolvimento docente e consequente formação mais qualificada dos profissionais assistenciais.

Na Universidade Federal da Fronteira Sul, em 2017, viu-se a necessidade da criação de um projeto extensionista, tendo em vista o contexto de despreparo dos profissionais de enfermagem em lidar com os pacientes em cuidados paliativos, do ponto de vista espiritual. O objetivo foi justamente sensibilizar e promover alívio da dor e das angústias frente ao adoecimento e possibilidade diante da morte. A partir disso surgiu o cuidado espiritual de enfermagem intitulado “Permissão de Partida”, que se configura como uma tecnologia de cuidado espiritual que busca assegurar livre expressão de sentimentos, crenças e ritos religiosos/espirituais na situação de terminalidade. A vivência docente com pacientes-família-profissional foi pano de fundo para criação desse projeto e tem sido importante na assistência (Zenevicz, 2020).

No que tange o profissional de enfermagem, cabe inferir que do cuidado surge uma relação entre ele e o paciente, visto que ambos são influenciados pelas histórias, ambiente e o fenômeno do cuidado em si e que ao partilhar dessa relação, ultrapassa o processo físico do adoecimento, adentrando seu estado espiritual (Afonso *et al*, 2024).

Essa perspectiva reafirma a necessidade do cuidado despido de preconceitos e munido de conhecimento técnico-científico desde a formação profissional.

CONCLUSÃO

Ao caminhar pela temática do estudo, o objetivo foi analisar as representações sociais do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas em unidades clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário. Para alcance desse objetivo, utilizaram-se duas técnicas de coleta de dados, em dois momentos distintos, que possibilitaram perceber a compreensão dos sujeitos acerca do objeto. Dessa forma, realizou-se uma análise estrutural, com respaldo nas evocações livres e processual, com análise das entrevistas, além de uma investigação minuciosa das características dos atores sociais e índice de religiosidade, que refletiram na discussão dos dados.

A característica religiosa dos sujeitos seguiu padrão brasileiro, com maioria pertencente às religiões cristãs tradicionais (católicos e evangélicos) e a transição entre elas, de maioria católica para o crescimento nacional de evangélicos.

Com os sujeitos da primeira etapa do estudo, a partir da coleta da escala de religiosidade de Duke, percebeu-se alto índice de religiosidade intrínseca, demonstrando suas práticas religiosas individuais e entre elas, a oração, citada diversas vezes ao longo da coleta. Esta contribui para capacidade de ressignificar. A religiosidade organizacional também tende à alta, corroborando com a característica cristã, que visa a comunhão institucional. Já a religiosidade não-organizacional também apresenta tendência elevada, refletindo a religiosidade no cotidiano dos sujeitos, com preceitos e práticas já introjetados.

No resgate dos dados estruturais, com análise prototípica, percebeu-se, como provável núcleo central, os termos “oração”, “amor” e “espírito”, sendo o primeiro com maior frequência. É importante citar ainda que “Espírito-santo” encontra-se na zona de contraste com alta frequência, sugerindo importância para um subgrupo dentro dos sujeitos estudados.

Com a análise de similitude, “oração” surgiu com maior número de ligações, indicando novamente sua centralidade. “Espírito Santo também teve o mesmo número de ligações, reforçando a hipótese de centralidade para uma parte dos sujeitos. Ambos com correlações fortes e importantes no contexto do cuidado espiritual.

Ainda refletindo sobre a ótica da árvore máxima, destacaram-se três dimensões do cuidado espiritual. A dimensão transcendental que aborda características do sagrado, perpassando pelo respeito, cuidado, espiritualidade, proteção e espírito santo como central, representando o divino consolador e amoroso. Seguindo para dimensão afetiva desse cuidado e culminando na dimensão institucional, reflexo da religiosidade organizacional dos sujeitos.

A avaliação dos dados processuais, obtidos com as entrevistas, demonstraram também a relação entre o humano e o sagrado e as práticas e experiências de cuidado espiritual que circundam essa relação. Ao decorrer das classes, a análise trouxe vivencias do momento da internação e fora dele, refletindo o cotidiano dos sujeitos, bem como a forma que olham para o adoecimento e para o cuidado recebido. Trazem ainda conceitos valorizados pela TRS, que fazem parte do senso comum, oriundos dos conhecimentos do grupo social.

A representação social do cuidado espiritual para pessoas hospitalizadas encontra-se na relação do ser humano com o divino, citado como Deus, Jesus ou Espírito Santo e acontece pelo meio favorecido da oração, sendo elemento prático desse cuidado espiritual.

Levantando o conteúdo das representações sociais e do cuidado espiritual, percebeu-se a fragilidade na assistência frente ao adoecimento humano, que ainda não exalta as práticas espirituais e religiosas dos sujeitos, perpetuando um cuidado biomédico, centrado na doença e nas intervenções físicas.

Percebeu-se ainda a fragilidade na produção científica acerca do cuidado espiritual, o que mostra a potencialidade nos estudos que olham para essa temática e estimula uma produção mais robusta, com possibilidade de propostas futuras para um modelo de atendimento e implementação do cuidado espiritual na assistência de enfermagem.

A somar-se a isso, traz-se a necessidade de fomentar discussões para o desenvolvimento do processo formador , iniciando por docentes na área da saúde, tendo em vista o desconhecimento acerca de preceitos religiosos e espirituais, propiciando ambientes hospitalares intolerantes e hostis, sobretudo no atendimento com pessoas oriundas de religiões não tradicionais na perspectiva brasileira.

É possível extrapolar os limites biomédicos, ofertando um cuidado espiritual como direito dos sujeitos, entendendo seu papel frente ao adoecimento. O estudo evidencia o pensamento do grupo social, colocando em voga questões importantes

como o reflexo do preconceito religioso no contexto hospitalar, bem como seu contraponto, com os benefícios da utilização desse cuidado amplo e humano.

Diante do contexto apresentado, houve alcance dos objetivos propostos. É preciso citar as limitações durante sua produção, como o número de sujeitos, limitados por conveniência, bem como a necessidade da realização de testes de centralidade para confirmar o núcleo central. Entretanto, mesmo com essas limitações, o trabalho fomentou discussões inéditas e importantes para o cuidado de enfermagem e seus desdobramentos. Espera-se, a partir disso, a provocação para estudos robustos na área, bem como estabelecimento de um modelo assistencial de cuidado espiritual.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais: *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-37.

AFONSO, Shirley da Rocha; PADILHA, Maria Itayra; NEVES, Vanessa Ribeiro; ELIZONDRO, Noe Ramirez et al. Análise crítica da produção científica sobre a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*S.l.*], v. 77, p. e20230231, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/jSspfsdqZWDtBmrC8yXC74G/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 mar. 2024.

ARAÚJO, Lucivaldo da Silva, GOMES, Larissa Rachel Costa Macedo; MELO, Thays Cristina Palheta. Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [*S.l.*], v. 30, p. e3203, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadbto/a/FyCHYqdJPz9PKhBNRSkzhMM/. Acesso em: 21 jan. 2024.

ARRIEIRA, Isabel C. de O. *et al*. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 38, n. 3, e58737, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/L84NfxSpsCVm5jxbJP3cKyQ/. Acesso em: 27 nov. 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/. Acesso em: 14 mar. 2024.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 315-323, 2010. Dissponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bic-3574. Acesso em: 26 fev. 2024.

BERTONI, Luci Mara; GALINKIN, Ana Lúcia. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, Leila Pio; COUTO, Maria Elizabete Souza; ASSIS, Raimunda Alves Moreira de (org). **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação**: concepções e trajetórias. Ilhéus, BA: Editus, 2017. p. 101-122.

BOFF, Leonardo. O cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. **Ciência & saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 392, fev. 2020. https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgZ4QfffRgC6HgRY3Ppxzfw/. Acesso em: 9 maio 2024.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2017.

BORGES, Pedro Pereira; FERREIRA, Rafael Sousa; SOUSA, Isabela Diamante Teixeira de. **A saúde permeada pela espiritualidade**. Multitemas, Campo Grande, MS, v. 22, n. 51, p. 7-21, jan./jun. 2017. Disponível em: https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/1309. Acesso em: 13 mar. 2024.

BEZERRA, Elys Oliveira; PEREIRA, Maria Lucia Duarte; MARANHÃO Thatiana Araújo; MONTEIRO, PriscilaVasconelos et al. Análise estrutural das representações sociais sobre a aids entre pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [*S.l.*], v. 27, p. e6200015, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/D66PVCfKR3CnjR8cZ3s3D7g/?lang=pt. Acesso em: 23 jun. 2023.

BRANDÃO, Juliana. de Lima., GOMES; Antonio Marcos. Tosoli; MELO, Laercio Deleon. de *et al*. Social representation of spiritual surgeries in Umbanda: culture, religion and contributions of nursing theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*S.l.*], v.76, n. 6, e20220787, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0787. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/dpzyLP3d4Vggj9qs9KKb4cy/. Acesso em: 17 out. 2023.

CALDEIRA, Sílvia. Cuidado espiritual: rezar como intervenção de enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva, v. 3, n. 2, p. 157-164, jul./dez. 2009. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14975/1/rezar_2009.pdf. Acesso em: 22 dez. 2023.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia,** Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. Acesso em: 11 dez. 2023.

CATRÉ, Maria Nazarete Costa; FERREIRA, Joaquim Armando; PESSOA, Teresa; CATRÉ Acácio *et al*. Espiritualidade: contributos para uma clarificação do conceito.**Análise psicológica,** Lisboa, v. 34, n. 1, p. 31-46, 2016. Disponível em: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/877. Acesso em: 17 jan. 2024.

CONCEIÇÃO, Ana Paula da. **A competência para o cuidado espiritual em enfermagem**. 2014. 328 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2014. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18292. Acesso em: 22 maio 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. O plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua quinquagésima nona reunião extraordinária [...]. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p.44, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 22 set. 2024.

COUGHLIN, Katherine; MACKLEY, Amy; KWADU, Rachel; SHANK, Vanessa. et al. Characterization of spirituality in maternal-child caregivers. **Journal of Palliative Medicine**, [*S.l.*]*,* v. 20, n. 9, p. 994-997, 2017. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2016.0361. Acesso em: 10 nov. 2021.

DA SILVA FORMIGOSA, Julie Ane; DA COSTA, Leonardo Silva; VASCONCELOS, Esleane Vilela. Social representations of patients with head and neck cancer before the alteration of their body image/Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [*S.l.*]*,* v. 10, n. 1, p. 180-189, 2018. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6022. Acesso em: 11 jan. 2024.

DE ABREU GONÇALVES, Hortência; NASCIMENTO, Kathia Cilene Santos; SANTOS, Ana Paula Alves Lima. Espiritualidade e religiosidade: A fé cristã e o papel da oração no processo de enfrentamento da doença. **PARALELLUS Revista de Estudos de Religião-UNICAP**, [*S.l.*]*,* v. 9, n. 20, p. 085-102, 2018. Disponível em: https://www1.unicap.br/ojs/index.php/paralellus/article/view/960. Acesso em: 12 jan. 2023.

EDWARDS, Adrian; CHAN, Cecília. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. **Palliative medicine**, [*S.l.*]*,* v. 24, n. 8, p. 753-770, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20659977/. Acesso em: 22 set. 2022.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; LADD, Kevin Lee. Oração e Saúde: questões para a Teologia e para a Psicologia da Religião. **Horizonte: revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religiao**, [*S.l.*]*,* v. 11, n. 30, p. 627-656, 2013. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2013v11n30p627. Acesso em: 12 jan. 2023.

FARINHA, Francely Tineli BOM, Gesiane Cristina; VON KOSTRISCH, Lilia Maria; PRADO, Priscila Capelat et al. Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. **Rev. Bioét.,** Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 567-573, Dec. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/ybh5BgdDzWGHpW3b3LHx3qf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 mar. 2023.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; SILVA, Rafael Afonso da; SACARDO, Daniele Pompei. Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. **Saúde e Sociedade**, [*S.l.*]*,* v. 27, p. 1058-1070, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VWg43ZLDFKvDBJZKBL86WNr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 out. 2023.

FLEURY, Luis Felipe de Oliveira; GOMES, Antonio; FORMIGAM Nilton Soares; FRANÇA, Luiz Carlos Moraes.. Propriedades psicométricas da escala de religiosidade de Duke: estudo com estudantes universitários. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [*S.l.*]*,* v. 22, n. 2, p. 645-658, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353609732. Acesso em: 11 maio 2023.

FLEURY, Luis Felipe de Oliveira; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; ROCHA, Julio Cesar C. Cruz; FORMIGA, Nilton Soares. Religiosidade, estratégias de coping e satisfação com a vida: verificação de um modelo de influência em estudantes universitários. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [*S.l.*]*,* n. 20, p. 51-57, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099218. Acesso em: 16 set. 2023.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli. A teoria das representações sociais e sua abordagem processual: reflexões, desafios e possibilidades. *In*: OLIVEIRA, Jeane Freitas de *et al.* (org.). **Representações sociais e saúde:** teoria, pesquisas e práticas. Salvador: Devires, 2021. p. 21-33.

GÓES, Martha Georgina.Oliveira.; CROSSETTI, Maria da Graça de Oliveira. Developing a spiritual care model for patients and their relatives in illness. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** [*S.l.*]*,* v. 41, n. spe, p. e20190150, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/pdGWZyfwtjNSWM5dJBx5y3R/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 maio 2024.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física**. Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 88-94, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/HCc9kdndvxXFjdXZtfpdGyP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 30 abr. 2023.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [*S.l.*]*,* v. 22, n. 2, p. 201-209, maio 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/. Acesso em: 12 mar. 2023.

HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual: uma abordagem holística de cuidado ao paciente. **Horizonte,** Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, jan./mar. 2016. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/download/P.2175-5841.2016v14n41p13/9373/. Acesso em: 2 abr. 2024.

IRONSON, Gail; STUETZLE, Rick; FLETCHER, Mary Ann. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **Journal of General Internal Medicine**, Switzerland, v. 21, n. 5, p. 62-68, 2006. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924782/. Acesso em: 23 set. 2023.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUerj, 2001. p. 17-44. Disponível em: https://www.pucpress.com.br/wp-content/uploads/2021/11/rep_sociais_mundos_de_vida.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

KOENIG, Harold G.; PARKERSON JR., George R.; MEADOR, Keith G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, Washington, DC, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9167530/. Acesso em: 22 maio 2023.

KOENIG, Harold G. Religião e saúde. *In*: KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012. p. 54-67.

KLEMZ, Charles; SILVA, Roberval Rubens**.** Formação docente e religiões de matriz africana: necessidades e possibilidades**. Davar Polissêmica**, [*S.l.*]*,* v. 16, n. 1, p. 151-158, 2022. Disponível em: https://revista.fbmg.edu.br/index.php/davar/article/view/57. Acesso em: 11 fev. 2024.

LANCUNA, Alex Cezar et al. Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da ansiedade, estresse e depressão**. Brazilian Journal of Health Review**, [*S.l.*]*,* v. 4, n. 2, p. 5441–5453, 2021. Disponivel em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26330. Acesso em: 22 jan. 2024.

LOYOLA, Maria Andréa. Representações sociais e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2176–2176, ago. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/i/2013.v18n8/. Acesso em: 22 set. 2023.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessndra Lamas; BASSI, Rodrigo Modena; LATORRACA, Rafael et al.. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev. Bras. Clin. Med.,** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

MACHADO, Laêda Bezerra; ANICETO, Rosimere de Almeida.. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [*S.l.*]*,* v. 18, n. 67, p. 345–363, abr. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ensaio/a/k74M4V3f8qpPMNfRJdhRQwB/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 22 set. 2023.

MANUEL, Domingos da Silva; NASCIMENTO, Jaqueline da Silva; PERERIA, Paloma Santana; SPENAZI, René doa Santos. A espiritualidade no cuidado paliativo em insuficiência cardíaca, à luz da Teoria de Jean Watson. **Revista Pró-univerSUS,** Vassouras, v. 10, n. 2, p. 64-69, jul./dez. 2019. Disponível em: https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/download/1904/1294/8385. Acesso em: 22 jan. 2023.

MEDEIROS, Marcelo. Pesquisas de abordagem qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 224-229, 2012. Disponpivel em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13628. Acesso em: 22 set. 2023.

MENDES, Isabela Simões; SILVA, Teófilo Tavares; ALMEIDA, Pedro Guido; VERTELO, Guilherme Augusto Detome *et al*. Revisão narrativa acerca da influência da espiritualidade na saúde cardiovascular. **Brazilian Medical Students,** São Paulo, v. 6, n. 9, 2022. Disponível em: https://bms.ifmsabrazil.org/index.php/bms/article/view/279. Acesso em: 11 jul. 2023.

MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW; Jeverson Rogério Costa; SAIS, Elenice de Freitas; FERNANDES, Fernanda de Souza. Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Bol. - Acad. Paul. Psicol**., São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponpivel em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2020000100014. Acesso em: 11 ago. 2023.

MORAES, Patrícia Regina de; SOUZA. Indira Coelho; PINTO Denise Almada de Oliveira; ESTEVAM, Sebastião José *et al*. A teoria das representações sociais. **Direito em foco**. Amparo, ano 2014, p. 17-30, 2014. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/teoria_representacoes.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PEREZ, Mário F; ALOE, Flavio; LOTUFO NETO, Francisco et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Rev. Psiq. Clín**., São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/t3PsWnRFSRGTQ8d3GprHMkz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 nov. 2023.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult**., São Paulo, v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016. Diponível em: https://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016. Acesso em: 23 jun. 2023.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOURA, Samuel Ricardo Batista; MARQUES JUNIOR, Marcos Alcino Soares Siqueira; MEDQUIRA, Gerardo Vasconcelos; BRITO, José Nazareno Pearce de Oliveira. Análise de similitude dos fatores associados à queda de idosos. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 167-173, 2015. Disponível em: https://assets.uninovafapi.edu.br/arquivos/old/arquivos_academicos/jornada/MODELO-DE-RESUMO-2015-ANALISE-DE-SIMILITUDO-.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

NOGUEIRA, Virginia Paiva Figueiredo. **As representações sociais da espiritualidade e da religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids**: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem. 2019. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/17952. Acesso em: 22 fev. 2023.

NOGUEIRA, Virginia Paiva Figueiredo; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; WOLTER, Rafael Moura Coelho Pecly; APOSTOLIDIS; Themistoklis et al. Espiritualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS e suas representações sociais: encontro com Deus e a religião. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá , v. 41, n. 1, 11, Apr. 2023 .Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242023000100011&lng=en&nrm=iso. Epub July 15, 2023. Acesso em: 12 jun. 2024.

OGUISSO, Taka; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; MOREIRA, Almerinda. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em foco**, Brasília, DF, v. 2, n. supl., p. 68-72, 2011.Disponpivel em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85. Acesso em: 11 fev. 2024,

OLIVEIRA, Denise Cristina de. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. *In*: PAREDES, A. S. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, Denise Cristina.; GOMES, Antonio Marcos Tosoli.; MARQUES, Sergio Corrêa. Análise estatística de dados textuais na pesquisa de representações sociais: alguns princípios e uma aplicação no campo de saúde. *In*: OLIVEIRA, Denise Gomes.; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; MARQUES, Sergio Corrêa. **Experiência e representação social.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PALMEIRA, Aline Fernandes Araújo.; LOPES, Camila Takáo; NEVES, Vanessa Ribeiro. Nursing professionals' education on the spiritual dimension of critical patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e20220069, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/tvzKZPTZShwj89ghcJ9kwXh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 ago. 2023.

PAREDES, Eugênia Coelho. Entrevista: anotações para pesquisadores principiantes. *In*: MENIN, M. S. S; SHIMIZU, A. M. (org.). **Experiência e representação social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 131-156. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/3675?articlesBySimilarityPage=22. Acesso em: 22 maio 2024.

PIMENTEL, Thiago Duarte. Representação social na área de gestão em saúde: teoria e prática. **Revista de Administração Contemporânea**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 269–272, jul. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rac/a/qwht5JVTbFHv7RVDv8wQmmr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; GRABOIS, Victor; TRAVASSOS, Cláudia. Matriz linha de cuidado covid-19 na rede de atenção à saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, [Rio de Janeiro], 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42324. Acesso em: 29 nov. 2024.

PRÉCOMA, Dalton Bertolim; OLIVEIRA, Glaucia Maria Moraes de. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 113, p. 787-891, 2019. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

RATEAU, Patrick; ERNST-VINTILA, Andreea; DELOUVÉE, Sylvain. Michel-Louis Rouquette et le modèle de l'architecture de la pensée sociale. **Psicologia e saber social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 53-65, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/3245. Acesso em: 23 abr. 2024.

REIS, Larissa Cabral Crespi; GABARRA, Letícia Macedo; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2016000300003. Acesso em: 22 fev. 2024.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUerj, 1998.

SÁ, Celso Pereira de. **Estudos de psicologia social**: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EdUerj, 2015.

SANTOS, Ana Clarissa Cerqueira dos; SAMPAIO, Daniela Carneiro; OLIVEIRA, Lavinya Lima Cordeiro; RIBEIRO, Dhynar Alves dos Santos *et al.* Impacto do adoecimento crônico em mulheres com Vírus Linfotrópico T Humano (HTLV). **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 10, n. 2, p. 197-204, 2021. Disponpivel em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3740. Acesso em: 11 abr. 2024.

SANTOS, Ariane Gomes dos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; TEIXEIRA, Benevina Maria Vilar; BENÍCIO, Daniella Avelino Vasconcelos et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Revista Cubana de Enfermería,** Havana, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529. Acesso em: 26 maio 2024.

SANTOS, Jonas Caetite; SENA, Adriana da Silva.; ANJOS, Jelber Manzoli. Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, p. 382–390, abr. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/rYP5VsCckqr3sZhLhhMHv3P/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 22 jun. 2024.

SANTOS, Claudio Henrique Fontenelle; ROMÃO, Ana Lúcia. Acesso à informação no Brasil e ciência de dados: classificação hierárquica descendente em pedidos realizados à Prefeitura de São Paulo de 2012 a 2019. **Revista da CGU**, [*S.l.*]*,* v. 14, n. 26, 2022. Disponivel em: https://revista.cgu.gov.br/Revista_da_CGU/article/view/544. Acesso em: 22 jun. 2024.

SAVIETO, Roberta Maria.; LEÃO, Elisth Ribeiro. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia**. Escola Anna Nery**, [*S.l.*]*,* v. 20, n. 1, p. 198–202, jan. 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-775714. Acesso em: 22 fev. 2024.

SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Bioethikos**, [*S.l.*]*,* v. 1, n. 1, p. 43-52, 2007. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf. Acesso em: 11 mar. 2024.

SHIMIZU, Helena Eri; REIS E SILVA, Jessica; MOURA, Luciana Melo; BERMÚDEZ; Ximena Pamela Dias et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, set. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rC8Q6M8zdZjJ7kmkVP9vbtk/. Acesso em: 22 set. 2023.

SILVA, Itana Carlos Nunes; Santos, Milena Vaz Sampaio;MANGABEIRA, Campos, Milena; Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. e03314, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/t3BfzTpJG8KWfGdnxKbSxxw/abstract/?lang=pt. Acesso em: 22 ago 2023.

SILVA, Artenira da Silva. da S. e; SEREJO, Jorge Alberto Mendes. A Intolerância Religiosa Contra as Religiões Afro-Brasileiras e os Impactos Jurídicos do caso “Edir Macedo”. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir./UFRGS**, [*S. l.*], v. 12, n. 1, 2017. DOI: 10.22456/2317-8558.72817. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/72817. Acesso em: 1 jul. 2024.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; FRANCIONE, Fabiana Ferreira; SENA, Edite Lago da Silva; CARRARO, Telma Elisa et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 471-475, jul. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/LL8jXjvRjg8Gm5gyrHtGnNM/. Acesso em: 23 jul. 2023.

DOS SANTOS SILVEIRA, Patrícia; AZAMBUJA, Luciana Schermann. A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença. **Psicologia.Pt**, [*S.l.*], 2018. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1214.pdf. Acesso em: 18 abr. 2023.

SOUSA, Fernanda Fernandes de Paiva Ribeiro Dantas; FREITAS; Susy Maria Feitosa de Melo; FARIAS, Ana Gesselena da Silva; CUNHA, Maria da Conceição dos Santos Oliveira et al. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**., Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 45-51, jan./mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762017000100007&script=sci_abstract. Acesso em: 22 mar. 2023.

SOUZA, André Ricardo de. Pluralidade cristã e algumas questões do cenário religioso brasileiro. **Revista USP**, São Paulo, n. 120, p. 13–22, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i120p13-22. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/155528.. Acesso em: 2 abr. 2024.

SPINK, Mary Jane P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, set. 1993. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/3V55mtPK8KXtksmhbkcctkj/abstract/?lang=pt.Acesso em: 23 set. 2023.

TAUNAY, Tauily Claussen D'Escragnolle; GONDIN; Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniela Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexsandra *et al*. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n 4, p. 130-135, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/?format=pdf&lang=pt12 nov; 2023.

TAVARES, Marilei de Melo; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; BARBOSA, Diogo Jacintho; ROCHA, Julio Cesar C.C et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Rev. enferm. UFPE on line,** Pernambuco, v. 12, n. 4, p. 1097-1102, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/%20article/view/234780. Acesso em: 11 mar. 2022.

TEIXEIRA, Elizabeth (org.). **Abordagens qualitativas**: trilhas para pesquisadores em saúde e enfermagem. São Paulo: Martinari, 2008. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-591600

TEIXEIRA, Marcus Zulian. Antropologia médica vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano**. Revista de Medicina,** São Paulo, v. 96, n. 3, p. 145-158, 2017. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/110789. Acesso em: 22 jan. 2024.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; DAS MERCÊS, Magno C. Conceição; COUTO, Pablo Luis S et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e58692, p. 1-12, 2019. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692. Acesso em: 22 set. 2023.

TONIOL, Rodrigo. Espiritualidade que faz bem: pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. **Sociedad y religión**, Buenos Aires, v. 25, n. 43, p. 110-143, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v25n43/v25n43a05.pdf. Acesso em: 29 mar. 2024.

TURA, Luiz Fernando Rangel; . BURSZLYN, Ivani; CARVALHO, Diana Maul; ARRUDA, Angela; SSILVA, Antonio Oliveira. *et al*. Representações sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 743-752, out. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/XgVcfZ3dsm3cnR8BWRsK7Sq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 11 fev. 2024.

VERGÈS, Pierre. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de psychologie**, [*S.l.*]*,* v. 45, n. 405, p. 203-209, 1992.

ZENEVICZ, Leoni Terezinha; BITENCOURT, Julia Valéria de Oliveira Vargas; LÉO, Marcela Martins F; MADUREIRA, Valéria Silvana F. et al. Permissão de partida: um cuidado espiritual de enfermagem na finitude humana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, p. 1-5, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/h3HZVPqJcz6vC3nxRVZVG8j/?lang=pt. Acesso em: 11 ago. 2023.

WOLTER, Rafael Pecly; WACHELKE, João Rech. Índices complementares para o estudo de uma representação social a partir de evocações livres: raridade, diversidade e comunidade. **Revista Psicologia**: teoria e prática, v. 15, n. 2, p. 119-129, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200009. Acesso em: 22 set. 2023.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: o cuidado espiritual e suas representações para pessoas em processo de hospitalização desenvolvida pela mestranda Mariana Luiza de Oliveira Fleury, com apoio do grupo de pesquisa Religares, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), sob a orientação do Professor Antonio Marcos Tosoli Gomes. Pretende-se como objetivo geral analisar o cuidado espiritual e suas representações para pessoas em processo de hospitalização.

O estudo integra o projeto de investigação:" Os cuidados espiritual e religioso e suas representações para pacientes hospitalizados e enfermeiros", do gruo de pesquisa Religares, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). E para a sua construção, a coleta de dados será realizada em três etapas: **1ª Etapa: Caracterização dos participantes, Evocações livres e escala de religiosidade e 2ª Etapa: Entrevista semiestruturada**.

Destaca-se a possibilidade de desconforto e risco mínimo para os participantes, em virtude de tratar de assunto particular às crenças de cada um, no entanto, a pesquisadora se responsabilizará e fornecerá suporte aos envolvidos em todas as etapas da pesquisa. Justificam-se tais possíveis riscos pelos benefícios pretendidos com os resultados do estudo, ao abordar temática com pouca atenção na área da saúde, mas que apresenta potencial para ser trabalhada em conjunto.

Após a leitura deste documento e das explicações recebidas, estou de **pleno acordo** em **participar** deste estudo, respondendo às questões propostas, bem como em autorizar que os dados fornecidos sejam apresentados em estudos subsequentes de cunho científico.

Portanto, **estou ciente e de acordo** que:

a) posso desistir da participação em qualquer fase do estudo;
b) não terei nenhuma despesa financeira na participação;
c) serei orientado sempre que tiver qualquer dúvida;

d) não serei obrigado a qualquer tipo de procedimento, além dos já mencionados acima para a coleta dos dados;
e) tenho o direito de rever, corrigir e alterar o texto da entrevista concedida, em qualquer momento;
f) estou resguardado quanto ao anonimato;
g) os dados da entrevista serão apresentados em eventos e periódicos científicos e trabalhados por alunos de diferentes níveis de formação e outros pesquisadores.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 20___.

_____	_____
Participante do estudo	Pesquisador Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Uerj Tel: (21) 2587-6335

APÊNDICE B – Instrumento de caracterização dos sujeitos

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Identificação

Questionário nº _____ Data: _____/_____/_____

Gênero :

Idade: _____

2. Dados sociais

Situação de moradia:

( ) Mora sozinho

( ) Mora com amigos

( ) Mora com a família

( ) Mora em habitação coletiva. Qual?_____

Estado conjugal e marital atual:

( ) solteiro(a)/ não possui namorada(o) ou companheira(o)

( ) casado(a)/vive com companheira(o)/união estável

( ) possui companheira(o) fixa(o), mas não vive com ela(e)

( ) Viúvo (a)

Filhos: ( ) Não ( ) Sim. Quantos? _____

Cidade de Moradia: _____

Se mora no Rio de Janeiro, qual o bairro? _____

Escolaridade:

( ) Primeiro segmento do Ensino Fundamental (1o ao 5 o ano)

( ) Segundo segmento do Ensino Fundamental (6o ao 9 o ano)

( ) Fundamental completo e Médio incompleto

( ) Médio completo e Superior incompleto

( ) Superior completo

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

( ) Outros. Qual?_____

Religião:

( ) Sem religião Se não possui religião, acredita em Deus: ( ) Sim ( ) Não

( ) Católica

( ) Espírita (conhecida como Kardecista)

( ) Umbanda

( ) Candomblé

( ) Evangélica, denominação: _____

( ) Outra religião, especificar: _____

( ) Em caso de outra prática religiosa além da apontada acima, especificar:

_____

Profissão: _____

3. Dados relacionados à Saúde

Diagnóstico médico (Por que está aqui?)

_____

Há quanto tempo possui este diagnóstico? _____

Quantas vezes já foi internado(a)? _____

Quais medicamentos usa regularmente? _____

APÊNDICE C – Evocações livres

INSTRUMENTO PARA COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES

Instrumento nº _____ Data: _____/_____/_____

COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES

Evocação de Cuidado Espiritual

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer cinco palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à seguinte expressão indutora: Cuidado espiritual. O registro das respostas deverá ser feito pelo entrevistador no quadro abaixo, respeitando a ordem em que tenham sido evocadas.

Ordem	Evocação
1	
2	
3	
4	
5	

Após as evocações, adotar os seguintes procedimentos:

a) solicitar ao participante que justifique cada palavra evocada;
b) registrar as justificativas com o uso do gravador.

APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada

1) O que é espiritualidade para você?
2) Diga o que entende sobre cuidado espiritual.
3) Você possui práticas de cuidado espiritual? Discorra sobre suas práticas.
4) É possível vivenciar suas práticas espirituais dentro do contexto hospitalar? Fale sobre isso.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS CUIDADOS ESPIRITUAL E RELIGIOSO E SUAS REPRESENTAÇÕES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS E ENFERMEIROS

Pesquisador: Antonio Marcos Tosoli Gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61184022.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.577.958

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos abaixo foram transcritas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1987648.pdf", do projeto de pesquisa e de seus apêndices.

Co-participação: do Hospital Universitário Pedro Ernesto e do Hospital Municipal Abdon Gonçalves de São João de Meriti

Tem como objeto de estudo "o cuidado espiritual e o cuidado religioso e suas representações sociais para enfermeiros e pessoas internadas no contexto de instituições hospitalares de média e alta complexidade"

Não apresenta como Questão Norteadora.

Abordagem metodológica: "Trata-se de um estudo misto com coletas e análises qualitativas e quantitativas de dados. Composto de três etapas, a primeira se refere à análise prototípica e de similitude, a segunda à identificação do núcleo central e a terceira aos processos representacionais. Todas as etapas serão desenvolvidas em enfermarias de clínicas médicas de dois hospitais, um do Rio de Janeiro e outro de sua região metropolitana. Os participantes serão dois grupos sociais distintos, os enfermeiros que ali trabalham e os pacientes internados. Na primeira etapa serão englobados 100 enfermeiros e 100 pacientes por instituição hospitalar, com os quais serão coletadas informações da caracterização, incluindo a escala de religiosidade, e evocações livres aos termos indutores espiritualidade, religiosidade, cuidado religioso, cuidado

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br

ANEXO B – Escala de religiosidade

ESCALA – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas.
Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de
viver.
1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade