UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem

Laís Machado Freire

ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS DO CONFORTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA ATENDER A PEDIDOS DE ORAÇÃO

Belo Horizonte
2021

LAÍS MACHADO FREIRE

ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS DO CONFORTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA ATENDER A PEDIDOS DE ORAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Elysangela Dittz Duarte

Coorientadora: Profa. Dra. Mariana Bueno

Belo Horizonte

2021

Freire, Lais Machado.
F866e Estudo de métodos mistos do conforto de estudantes de enfermagem para atender a pedidos de oração [manuscrito]. / Lais Machado Freire. - - Belo Horizonte: 2021.
123f.: il.
Orientador (a): Elysangela Dittz Duarte.
Coorientador (a): Mariana Bueno.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Espiritualidade. 2. Estudantes de Enfermagem 3. Religião. 4. Enfermagem. 5. Dissertação Acadêmica. I. Duarte, Elysangela Dittz. II. Bueno, Mariana. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 87

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 678 (SEISCENTOS E SETENTA E OITO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LAÍS MACHADO FREIRE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 21 (vinte e um) dias do mês de julho de dois mil vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação *"A ORAÇÃO COMO UM RECURSO PARA O CUIDADO ESPIRITUAL: O CONFORTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA ESTA PRÁTICA"*, da aluna ***Laís Machado Freire***, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Dittz Duarte (orientadora), Mariana Bueno, Isabela Silva Cancio Velloso e Silvia Maria Alves Caldeira Berenguer, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

( ) REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS DO CONFORTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA ATENDER A PEDIDOS DE ORAÇÃO"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 21 de julho de 2021.

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte _____
Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Mariana Bueno _____
(co-orientadora)

Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso _____
(EE/UFMG)

Profª. Drª. Silvia Maria Alves Caldeira Berenguer _____
(Universidade Católica Portuguesa)

Andréia Nogueira Delfino _____
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **LAÍS MACHADO FREIRE**.

As modificações foram as seguintes:

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 03/09/2021

NOMES	ASSINATURAS
Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte	
Profª. Drª. Mariana Bueno	
Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso	
Profª. Drª. Silvia Maria Alves Caldeira Berenguer	

Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 23/07/2021, às 14:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Mariana Bueno, Usuário Externo**, em 26/07/2021, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Chefe de departamento**, em 26/07/2021, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer, Usuário Externo**, em 05/08/2021, às 19:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 05/08/2021, às 20:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0853789** e o código CRC **8FD5748B**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98 SEI nº 0853789

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03/09/2021

RESUMO

MACHADO FREIRE, L. **ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS DO CONFORTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA ATENDER A PEDIDOS DE ORAÇÃO**. 2021. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

INTRODUÇÃO: A oração é uma prática espiritual ancestral e amplamente difundida no Brasil e no mundo. Ainda que o ato de orar seja uma prática religiosa, quando solicitada pelo paciente pode se mostrar como um caminho para o cuidado espiritual e o atendimento às necessidades espirituais. No entanto, pode haver desconforto relacionado a essa prática quando esta é considerada pelo profissional de saúde como uma atividade além do cuidado. Esse desconforto pode interferir na prática do cuidado espiritual e o uso da oração como estratégia de acolhimento, de modo a provocar uma não aceitação desse pedido. A oração no cuidado em saúde pode ser influenciada por experiências individuais dos envolvidos, formação e crenças religiosas ou espirituais e pelo fato de o profissional sentir-se confortável ou não em relação a esta prática, como parte da sua função de cuidador. OBJETIVO: Explorar o conforto de acadêmicos de enfermagem com a solicitação de oração iniciada pelo paciente em diferentes cenários simulados. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de métodos mistos realizado com 90 estudantes matriculados no curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais no segundo semestre de 2020. Os estudantes responderam ao questionário sociodemográfico, ao Questionário de Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente (Prayer and the Registered Nurse-PRN) e ao instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB). RESULTADOS: Verificou-se predominância de estudantes do gênero feminino, de cor branca e parda, com média de idade de 25 anos e que se reconhecem majoritariamente como católicos e evangélicos-protestantes. A maior parte dos participantes referiu conforto e disponibilidade em atender ao pedido de oração. Não se observou associação entre gênero, período do curso e identificação com as religiões católica e evangélicos-protestantes e o conforto dos estudantes para orar com pacientes e seus familiares. Já a experiência anterior em orar com um paciente ou familiar, idade maior que 23 anos, a identificação com alguma religião e maiores níveis de espiritualidade se mostraram associadas ao conforto em realizar a oração. A partir dos dados qualitativos, identifica-se que, o atendimento ao pedido de oração esteve relacionado a compatibilidade de crenças entre o estudante e o paciente, a ambientes que garantem

privacidade para o atendimento ao pedido, ao conhecimento acerca do cuidado espiritual, à empatia e à capacidade de se conectar e atender às necessidades do indivíduo. CONCLUSÃO: O conforto para o cuidado espiritual e atendimento ao pedido de oração se relaciona com a aceitação ou não aceitação do pedido de oração realizado pelos pacientes. Identificar os fatores predisponentes para a tomada de decisão acerca desse pedido fornece subsídio para que a formação profissional, a pesquisa, a política e a prática possam fortalecer o que favorece o atendimento ao pedido e enfraquecer aquilo que conduz ao não atendimento. Por sua vez, para que essa realidade seja transformada, faz-se necessário a implementação de políticas de saúde pública e educacionais, além de um suporte das organizações e serviços de saúde voltados para o cuidado espiritual.

Palavras-chave: Espiritualidade; Estudantes de Enfermagem; Religiosidade; Enfermagem; Estudos observacionais; Questionários.

ABSTRACT

MACHADO FREIRE, L. **MIXED METHODS STUDY OF NURSING STUDENTS COMFORT TO ANSWER PRAYER REQUESTS**. 2021. 123 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

INTRODUCTION: Prayer is an ancient and widespread spiritual practice in Brazil and around the world. Although the act of praying is a religious practice, when requested by the patient, it can be shown as a path to spiritual care and meeting spiritual needs. However, there may be discomfort related to this practice when it is considered by the health professional as an activity beyond care. This discomfort can interfere with the practice of spiritual care and the use of prayer as a welcoming strategy, in order to provoke non-acceptance of this request. Prayer in health care can be influenced by the individual experiences of those involved, training and religious or spiritual beliefs and by the fact that the professional feels comfortable or not in relation to this practice, as part of their role as a caregiver. OBJECTIVE: To explore the comfort of nursing students with patient-initiated prayer request in different simulated scenarios. METHODOLOGY: This is a mixed methods study carried out with 90 students enrolled in the undergraduate Nursing course at the Federal University of Minas Gerais in the second half of 2020. The students answered the sociodemographic questionnaire, the Nursing Student Comfort Questionnaire face to a Prayer Request by the patient (Prayer and the Registered Nurse-PRN) and to the instrument of Quality of Life/spirituality, religion and personal beliefs (WHOQOL-SRPB). RESULTS: There was a predominance of female students, white and brown, with a mean age of 25 years and who mostly recognize themselves as Catholics and Evangelical-Protestants. Most participants reported comfort and willingness to respond to the prayer request. There was no association between gender, period of the course and identification with the Catholic and Evangelical-Protestant religions and the students' comfort to pray with patients and their families. Previous experience in praying with a patient or family member, over 23 years of age, identification with a religion and higher levels of spirituality were associated with comfort in praying. From the qualitative data, it is identified that the fulfillment of the prayer request was related to the compatibility of beliefs between the student and the patient, to environments that guarantee privacy for the service of the request, to knowledge about spiritual care, to empathy and the ability to connect and meet the individual's needs. CONCLUSION: Comfort for spiritual care and answering the prayer request is related to the acceptance or non-acceptance of the prayer request made by the patients. Identifying the

predisposing factors for decision-making about this request provides support so that professional training, research, policy and practice can strengthen what favors the fulfillment of the request and weaken what leads to non-compliance. In turn, for this reality to be transformed, it is necessary to implement public health and educational policies, in addition to support from health organizations and services focused on spiritual care.

Keywords: Spirituality; Religiousness; Nursing; Nursing Students; Observational studies; Questionnaires.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes. n=90 39

Tabela 2 - Crenças religiosas dos participantes. n=90 40

Tabela 3 - Agrupamento da experiência anterior em orar com um paciente ou familiar do paciente. n=90 41

Tabela 4 - Caracterização do Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiar. n=90 42

Tabela 5 - Resultado final do WHOQOL-SRPB por experiência anterior em orar com um doente ou família. n=90 44

Tabela 6 - Associação entre o resultado final do WHOQOL-SRPB por itens sobre Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90 .. 46

Tabela 7 - Experiência anterior em orar com um paciente ou familiar e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90 50

Tabela 8 - Identificação com alguma religião e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiares. n=90 54

Tabela 9 - Identificação com alguma religião e conforto de estudantes de enfermagem que recusaram um pedido de oração pelo paciente nos três cenários. n=07 71

Tabela 10 - Identificação com alguma religião e conforto do estudante de enfermagem que atenderam ao pedido de oração nos 3 cenários. n=83 77

Tabela 11 - Período do curso e experiência anterior de alunos que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários. 83

Tabela 12 - Idade e atendimento ao pedido de oração nos 3 cenários..... 84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados quantitativos e qualitativos de estudantes de enfermagem que recusaram o pedido de oração feito pelo paciente na análise do discurso de três cenários simulados. n=07 69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
EE/UFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ENADE	Exame Nacional de Avaliação de Desempenho de Estudantes
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LIASE	Liga de Saúde e Espiritualidade
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NASCE	Núcleo Avançado de Saúde, Ciência e Espiritualidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRN	Prayer and the Registered Nurse

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 A espiritualidade no cuidado 13
1.1.1 Aspectos históricos do cuidado espiritual na Enfermagem 14
1.1.2. Oração como cuidado espiritual 16
1.1.3 Prática do cuidado espiritual para o profissional de enfermagem 18
1.2 Educação profissional para o cuidado espiritual 20
1.2.1. A espiritualidade na educação profissional em enfermagem 21
1.2.2 Estratégias de educação para o cuidado espiritual 24

2 OBJETIVOS 29
2.1 Objetivo geral 29
2.2 Objetivos específicos 29

3 METODOLOGIA 30
3.1 Cenário de estudo 31
3.2 População e amostragem 32
3.3 Coleta de dados 32
3.3.1 Instrumentos de coleta de dados quantitativos 33
3.3.2 Instrumento de coleta de dados qualitativa 34
3.4 Tratamento e análise de dados 35
3.4.1 Dados quantitativos 35
3.4.2 Dados qualitativos 36
3.4.2 Mixagem dos dados quanti-quali 36
3.5 Considerações éticas 37
3.5.1 Utilidade e exequibilidade do estudo 37
3.5.2 Equipe de investigação 37
3.5.3 Esclarecimento aos participantes 37
3.5.4 Pedidos de autorização institucional 38
3.5.5 Divulgação dos resultados 38
3.5.6 Apoio e financiamento 38

4 RESULTADOS 39
4.1 Resultados quantitativos 39
4.2 Integração de resultados quantitativos 43
4.3 Resultados qualitativos 59
4.3.1 1º Cenário: Pedido de oração de um paciente estável e sozinho 59
4.3.2 2º Cenário: Pedido de oração de um paciente instável diante de outros profissionais 62
4.3.3 3º Cenário: Pedido de oração de paciente com crença religiosa diferente 64
4.4 Integração de resultados quantitativos e qualitativos 65

5 DISCUSSÃO 85

6 CONCLUSÃO 102

REFERÊNCIAS 104

APÊNDICE 1 - Questionário Sociodemográfico 112

APÊNDICE 2 - Questionário de Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente..... 114

APÊNDICE 3 - Questões abertas do questionário 115

APÊNDICE 4 - Questionário WHOQOL-SRPB do questionário 116

APÊNDICE 5 - E-mail convite para participação de pesquisa..... 119

APÊNDICE 6 - Autorização da autora do estudo original para utilização dos cenários a serem utilizados na coleta dos dados 120

APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... 121

1 INTRODUÇÃO

1.1 A espiritualidade no cuidado

A religião, a religiosidade e a espiritualidade se inserem na vida humana desde os registros históricos mais antigos, como uma estratégia de superação do sofrimento, sendo também evidenciada em um consistente corpo de literatura científica como fator predisponente para melhores resultados de saúde (WEN *et al.*, 2019).

Apesar da semelhança entre religião, religiosidade e espiritualidade, destaca-se que a religião estabelece edificações teóricas, cerimônias e símbolos e se atrela a dogmas que trazem impactos no coletivo; a religiosidade é a vivência prática, social e coparticipativa da religião; finalmente, a espiritualidade é algo inerente ao ser humano em toda história da humanidade, nem sempre necessita de uma religião estabelecida e é a procura por experiências transcendentais subjetivas, pessoais e não necessariamente atreladas a entidades religiosas (BOFF, 2017).

De acordo Koenig (2012, p. 46)

> A espiritualidade se distingue de outras coisas - humanismo, valores, moral e saúde mental - por sua conexão com o transcendente. O transcendente é aquilo que está fora de si, mas também dentro de si - e nas tradições ocidentais é chamado de Deus, Alá, HaShem ou um Poder Superior e nas tradições orientais é chamado Verdade ou Realidade Suprema, Vishnu, Krishna, ou Buda. A espiritualidade está intimamente ligada ao sobrenatural e à religião, embora também se estenda além da religião (e comece antes dela). A espiritualidade inclui a busca pelo transcendente e, portanto, envolve viajar ao longo do caminho que leva da não consideração à decisão de não acreditar, ao questionamento à crença à devoção à entrega.

A partir dessa definição, ressalta-se que a espiritualidade é o caminho que o indivíduo encontra para transcender o sofrimento, as perdas e o vazio existencial por meio da busca por uma transcendência e envolve qualquer crença ou até mesmo a decisão pela não crença, visto que essa também se mostra como a procura por explicação de uma necessidade interna e que, apesar de se solucionar na decisão agnóstica, ainda assim repercute na vida humana (REINERT; KOENIG, 2013).

Se a espiritualidade é a essência do nosso ser e dá sentido e propósito à nossa própria existência, então o cuidado espiritual pode ser visto como uma importante contribuição dos profissionais de saúde àquelas pessoas que vivenciam catástrofes pessoais e sofrimento (NARAYANASAMY, 2014).

1.1.1 Aspectos históricos do cuidado espiritual na Enfermagem

Ao investigarmos o contexto histórico da participação dos profissionais de saúde no acolhimento do sofrimento humano, observa-se que importante parte da história da Saúde Pública Ocidental se deu pela atuação de grupos religiosos no cuidado à saúde da população. Através da iniciativa de ordens religiosas houve a criação de serviços de assistência hospitalar, no qual freiras e clérigos assumiam os cuidados dos desabastados adoecidos que não tinham acesso a assistência domiciliar (KOENIG, 2015).

Nesse cenário, ainda que o cuidado não fosse sistematizado, a figura do cuidador responsável pelo alívio do sofrimento emerge no contexto religioso da Idade Média, construindo assim uma associação entre o cuidado de enfermagem e a religião (DONOSO; DONOSO, 2016).

Por sua vez, a imposição religiosa ocorrida nesse cenário fez com que, após o seu término, houvesse uma importante separação entre ciência e religião, de modo que a condição de saúde fosse assumida exclusivamente como ausência de doenças e a discussão sobre a religião e a espiritualidade fossem suprimidas, inclusive da investigação científica e do cuidado profissional principalmente em países desenvolvidos (KOENIG, 2012).

No cuidado de enfermagem, essa discussão é inaugurada por Florence Nightingale ao reconhecer a transcendência e transitoriedade do ser, no qual a estrutura corpórea é tida como o abrigo para o espírito; e a espiritualidade como o ápice da consciência viável para fertilizar a essência divina, essência essa que é representada pelo amor (NIGHTINGALE, 2021).

Anos mais tarde, na década de 1920, sob influência da separação entre a religião e a ciência iniciadas no Renascimento, a escolas de enfermagem sem afiliação religiosa viam a responsabilidade pelo desenvolvimento moral e espiritual como um atributo individual do aluno (CATANZARO; MCMULLEN, 2001). Por sua vez, instituições de ensino que mantinham associação religiosa continuaram considerando a religião como uma dimensão importante do desenvolvimento espiritual e moral do estudante de enfermagem, mas nem sempre com abertura para a espiritualidade (CALLISTER *et al.*, 2004).

Por volta da metade do século XX essa preocupação praticamente desapareceu da literatura da enfermagem e, quando presente, tratava das necessidades espirituais dos pacientes particularmente quando essas se relacionavam às preferências religiosas dos profissionais e pouco abertas a manifestações da espiritualidade não religiosas (CHUNG; WONG; CHAN, 2007).

Já na década de 60, com o desenvolvimento das teorias de enfermagem acerca das necessidades holísticas e dos cuidados ao corpo, mente e espírito do indivíduo é que a espiritualidade ressurgiu na enfermagem (MEYER, 2003).

A partir desse estímulo, na década seguinte, houve aumento no interesse pela espiritualidade como dimensão essencial do cuidado de enfermagem, de modo que a espiritualidade foi assumida pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), Joint Comission, Royal College of Nursing, Jean Watson, Margareth Newman, Martha Rogers, Wanda Horta, Rosemary Parse e como arquétipo intrínseco do ser humano, independente do seu credo ou da ausência dele e de abordagem fundamental para o cuidado de enfermagem (SILVA; AQUINO; SILVA, 2016).

Atendendo à necessidade de abordagem de cuidados espirituais pela enfermagem, em 1978 a NANDA publicou o primeiro diagnóstico de enfermagem relacionado à espiritualidade, denominado "Sofrimento Espiritual". Classificado domínio de "Princípios da vida" e atribuído a classe "Coerência entre valores/crenças/atos", o diagnóstico de "Sofrimento espiritual" tem como definição "Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior" (NANDA INTERNACIONAL, 2018).

Também assumindo a espiritualidade como um cuidado de enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu o cuidado espiritual como dever ético do profissional, a ser oferecido a todos em cuidado paliativo. Esta revisão está no parágrafo único do artigo 48 da resolução 564 de 2017 a seguinte proposição:

> **CAPÍTULO II – DOS DEVERES**
>
> ...
>
> **Art. 48** Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.
>
> **Parágrafo único.** Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal [...]" (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Ainda que o Art. 48 do CEPE associe o cuidado espiritual como dever ético exclusivo ao cuidado paliativo, ressalta-se que a necessidade espiritual abrange todas as dimensões da

vida, sendo reconhecido como um componente da saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao afirmar que saúde é um estado de bem-estar biológico, psíquico, social, cultural e espiritual (MOMENNASAB *et al*., 2019) documentado inclusive como diagnóstico de enfermagem para aplicação no processo de enfermagem. Essa necessidade é evidente na fase de coleta de dados, sendo esse executado por meio da análise da saúde espiritual, diagnósticos associados, prescrição de enfermagem que envolvam ações de escuta terapêutica, atenção global às necessidades, bem como a intervenção farmacológica conforme a estrita necessidade; e por fim a avaliação dos resultados com atenção e o respeito ao credo de cada indivíduo em todas as etapas do processo de enfermagem (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

O cuidado espiritual pode ser definido como uma mistura de ser e fazer, no qual a presença do enfermeiro, a capacidade de escuta e toda a comunicação verbal e não verbal nutrem um relacionamento terapêutico e intervenções específicas também devem ser fornecidas, como orar, tocar, ler, solicitar a presença do capelão (CALDEIRA *et al.*, 2016). Dessa forma, todas as intervenções que os enfermeiros realizarem podem considerar adequadas quando conhecem o paciente e suas preferências.

O cuidado espiritual pode ser considerado como uma estratégia capaz de estabelecer íntimas relações entre o cuidador e o ser cuidado, de modo que suas necessidades sejam melhor atendidas (TAVARES, 2020).

1.1.2. Oração como intervenção de enfermagem para o cuidado espiritual

Entre as ações relacionadas ao cuidado espiritual o ato de orar, além de ser uma das intervenções espirituais mais antigas e mais difundidas do mundo, pode ser também reconhecida como intervenção de enfermagem capaz de ofertar conforto, sobrevida digna e humanização da morte (ARRIEIRA *et al*., 2018). Essas ações podem também auxiliar a equipe e os pacientes na compreensão do processo de terminalidade e na busca de sentido no sofrimento advindo do adoecimento.

A partir da origem latina a palavra “oração” pode significar *orar*e, *prex* ou *precis*, que têm como significado “pronunciar uma fórmula ritual, uma oração, uma defesa em juízo”; além de traduzir o sentido de súplica e/ou desejo de conexão com um ser superior que transcende o espaço material (CABRAL, 2009). Em relação ao ato de orar observa-se que na cultura brasileira há uma distinção com o ato de rezar, visto que esse termo é precedente do latim que tem como significado *recitare*, que na língua portuguesa assume o significado de recitar ou “ler em voz alta e clara”.

A diferenciação entre rezar e orar se mostra prevalente na religião católica e protestante, visto que o ato de rezar não faz parte das práticas religiosas protestantes, diferentemente do catolicismo que assume ambas as práticas de forma ampla.

Além disso, existem várias formas de oração descritas, como a oração intercessora (ato de pedir que Deus interceda por algo ou alguém), a oração peticionária (ato de pedir a Deus por alguma necessidade) e a meditativa (ato de concentração na figura divina); mas apesar da pretensão da oração se distinguir, todas elas são um comportamento teisticamente orientado (LADD; SPILKA, 2013).

Simão, Caldeira e Carvalho (2016), ao realizar uma revisão sistemática de literatura sobre os efeitos do uso da oração na saúde dos pacientes, evidenciaram que a oração foi considerada nos cerca de 12 estudos incluídos como intervenção de enfermagem capaz de promover um fator positivo na redução da ansiedade e da preocupação, melhoria dos indicadores clínicos do paciente e redução do tempo de internação. Portanto, a oração pode inclusive fazer parte do cuidado holístico de enfermagem voltado ao bem-estar do paciente que deposita nela sua crença.

Dessa forma, o ato de orar tem sido reconhecido como uma intervenção de enfermagem terapêutica complementar, com importante impacto na saúde e bem-estar da pessoa (SIMÃO; CALDEIRA; CARVALHO, 2016). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem considera o termo um foco dos cuidados de enfermagem e define-o como um "comportamento espiritual" (GARCIA; COENEN; BARTZ, 2016).

Em outro estudo que teve como objetivo avaliar os efeitos da oração sobre o estado de saúde das pessoas, evidenciaram que o fato de acreditar que Deus atende às orações feitas na hora certa e da melhor maneira está relacionada a sentimentos de autoestima aumentados e melhor autoavaliação dos participantes quanto ao seu estado de saúde (KRAUSE; HAYWARD, 2014).

Em uma investigação sistemática de literatura, foram comparados os efeitos do tratamento com e sem o uso da oração em 7.646 pacientes (ROBERTS *et al.*, 2009). Os resultados evidenciaram que entre os 10 estudos selecionados, em seis deles observou-se que não houve diferença significativa na recuperação de doença ou morte entre os grupos de participantes que usaram e aqueles que não usaram a oração associada ao tratamento. Entretanto, foram evidenciados em três estudos que os pacientes que não receberam oração tiveram maiores complicações clínicas, como parada cardíaca, cirurgia de grande porte e necessidade de monitorização invasiva intracardíaca. Os autores da revisão afirmam que a evidência é fraca em função das limitações metodológicas dos estudos incluídos. Além disso,

ressaltam que embora não seja possível afirmar que a oração é significativamente benéfica, não há evidências sobre prejuízos para aqueles que optam por orar (ROBERTS *et al.*, 2009).

1.1.3 Prática do cuidado espiritual para o profissional de enfermagem

Considerando-se que o ato de orar com o paciente e a abordagem da espiritualidade é uma necessidade de saúde e que o profissional de enfermagem atua no adoecer, nas perdas, na internação e em situações de vazio existencial, torna-se inerente a atuação da enfermagem na linha de frente das demandas objetivas e subjetivas individuais. Desse modo, é fundamental a abordagem do cuidado espiritual para que a integralidade do cuidado seja oferecido ao indivíduo e seu núcleo familiar em diferentes momentos de sua vida (MENEZES, 2017).

Para isto, é primordial que o enfermeiro seja competente para lidar com as demandas espirituais do indivíduo com compaixão e centrada nas questões inerentes à individualidade da pessoa cuidada (ROSS *et al*., 2018).

A fim de investigar as principais competências do enfermeiro na prestação de cuidado espiritual, Baldacchino (2006) entrevistou 77 enfermeiros malteses treinadas para a prestação do cuidado espiritual e evidenciou que esses profissionais devem ter conhecimento adequado sobre a complexidade singular que envolve o entendimento sobre a mente, corpo e espírito que cada sujeito carrega. Além disso, é essencial que o profissional seja capaz de abordar o tema com o indivíduo a partir da comunicação efetiva, bem como o adequado referenciamento das necessidades à equipe multiprofissional, quando necessária (BALDACCHINO, 2006).

Quando se analisa como os enfermeiros abordam a espiritualidade durante o atendimento ao paciente, Taylor, Park e Pfeiffer (2014) observaram que em geral esse cuidado é feito sempre respeitando a espiritualidade do paciente e a partir de uma preparação diária para a abordagem do tema. Além disso, a espiritualidade tem sido reconhecida pelos enfermeiros como um recurso pessoal de autoproteção ao estresse emocional relacionado à exposição ao cuidado de pacientes muito doentes (TAYLOR; PARK; PFEIFFER, 2014).

Ainda que a importância do cuidado espiritual e as estratégias de ensino para profissionais de enfermagem estejam bem estabelecidas nas publicações científicas da enfermagem, ainda há uma deficiência na educação profissional e na prática dos profissionais para a realização deste cuidado (SILVA; AQUINO; SILVA, 2016).

Ressalta-se que a não oferta do cuidado espiritual pelo profissional, por não atendê-lo em uma necessidade apresentada, pode acarretar em sofrimento ao indivíduo. Esta afirmativa se apoia nos resultados de uma investigação que avaliou o bem-estar espiritual de 45 idosos

com câncer em tratamento quimioterápico em Portugal. Identificou-se o diagnóstico de angústia espiritual em 42% deles e a ausência de um adequado acompanhamento profissional (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

Com o objetivo de investigar a frequência do cuidado espiritual fornecido por 358 enfermeiros americanos e como ele está associado a várias facetas da religiosidade do enfermeiro; Taylor *et al*. (2019) identificaram que, apesar de ser alta a religiosidade entre enfermeiros, a prática do cuidado espiritual ainda é pouco frequente. Contudo, foi identificado que dentre as práticas de cuidado espiritual, a oração se deu como estratégia mais usual e o exercício do cuidado espiritual foi diretamente relacionado ao apoio dos serviços de saúde à prática do cuidado espiritual (TAYLOR *et al.*, 2019).

O conjunto dos dados apresentados nos sinalizam que ainda existe uma fragilidade na incorporação do cuidado espiritual, cabendo, portanto, explorar aspectos que têm contribuído para este contexto. Neste sentido, estudo foi realizado em um hospital no Irã, buscando evidenciar as barreiras para a prestação do cuidado espiritual. Participaram deste estudo 21 enfermeiros que atuavam em diferentes setores de um hospital. Foi observado uma maior valorização de esforços para atender às necessidades físicas do paciente em vista das espirituais, além do reconhecimento entre os enfermeiros que o cuidado espiritual não era prioritário (ABBASI *et al.*, 2018).

Com base nesse estudo destacam-se barreiras para o cuidado espiritual relacionadas ao profissional, tais como a falta de conhecimento e habilidades para o cuidado espiritual, ambigüidade na diferenciação do cuidado religioso em relação ao espiritual, trabalho rotineiro pouco flexível a inserção do cuidado espiritual, crença de que a prestação de cuidados espirituais é além do dever de enfermagem, incapacidade de se comunicar com o paciente, falta de cuidado holístico e crença de que a religião é pessoal. Também foram observadas fragilidades relacionadas ao paciente, das quais envolviam a falta de solicitação do paciente para cuidados religiosos, falta de conhecimento sobre os cuidados espirituais como parte do cuidado de enfermagem. Foram também identificadas barreiras relacionadas à gestão como à falta de instalações, incluindo espaço insuficiente, falta de livros e acessórios religiosos nos setores, falta de uma sala de oração, excessiva carga de trabalho, enfermarias lotadas e escassez de pessoal de enfermagem.

Ressalta-se que o cuidado espiritual só será implementado na prática quando os enfermeiros reconhecerem os pacientes como seres espirituais (CALDEIRA, 2013). Dessa forma, almeja-se que os profissionais de enfermagem se envolvam no cuidado à saúde espiritual do sujeito, mas, além dos fatores citados anteriormente, também há um sentimento de inaptidão

entre eles que impedem que esse acolhimento se concretize na prática clínica (ROSS *et al*., 2018).

Em uma pesquisa analítica transversal realizada por Ebrahimi *et al.* (2017) no Irã com 555 enfermeiros sobre sua própria competência em prestar cuidados espirituais a pacientes hospitalizados, foi observado uma autopercepção de competência mediana, e a prática desse cuidado com escore baixo. Além disso, os autores indicam que as autoridades e os formuladores de políticas devem tomar medidas no planejamento do treinamento dos enfermeiros para promover sua competência na prestação de cuidados espirituais aos pacientes (EBRAHIMI *et al.*, 2017).

Outro estudo americano examinou a autopercepção de competência de 150 enfermeiros na prestação de cuidados espirituais e também indicou baixos índices de percepção de competência auto-relatada para esse cuidado (ABELL; GARRETT-WRIGHT; ABELL, 2018). Esses resultados destacam a carência de conhecimentos obtidos no processo de educação profissional desses enfermeiros para a atenção às necessidades subjetivas do ser cuidado.

Já na realidade brasileira, tendo em vista que a Escala de Competência em Cuidado Espiritual foi validada transculturalmente no Brasil há 2 anos, não foram encontrados estudos que evidenciam essa realidade nesse contexto (DEZORZI *et al*., 2019).

Sendo assim, para que o cuidado espiritual se efetive, é também essencial uma formação curricular profissional sobre a atenção espiritual, bem como a competência necessária para que o profissional possa se introduzir na individualidade do sujeito e de seus familiares sem lhes causar danos (MINTON *et al.*, 2018).

1.2 Educação profissional[1] para o cuidado espiritual

Em revisão sistemática de literatura realizada por Paal, Helo e Frick (2015) que teve como objetivo avaliar os resultados do treinamento de cuidado espiritual evidenciou-se que entre 4912 artigos encontrados na busca, 46 artigos selecionados na revisão relatam experiências de treinamento em cuidados espirituais para profissionais de saúde. O treinamento foi capaz de transformar positivamente a realidade do manejo espiritual existente nos serviços de saúde em que se inseriram. Esses resultados demonstram que, ainda que escasso, os treinamentos em cuidados espirituais existentes podem fomentar a redução das lacunas acerca

[1] "Educação profissional": processo de educação profissional que envolve cada sujeito na construção sociocultural de sua personalidade moral com base em uma formação humanística, direcionada ao desenvolvimento de cidadãos, pessoas plenas, íntegras, autônomas, responsáveis e prudentes (FINKLER; NEGREIROS, 2018). "Formação profissional": processo de formação de um profissional a serviço da comunidade social e política, a serviço do mercado (FINKLER; NEGREIROS, 2018).

da educação e incorporação do cuidado espiritual na atuação dos profissionais de saúde.

1.2.1.A espiritualidade na educação profissional em enfermagem

Já na formação universitária brasileira, estudos indicam que a estrutura curricular do profissional de enfermagem não abrange ou discute superficialmente os temas relacionados à subjetividade e espiritualidade do indivíduo, o que contribui para o despreparo profissional para esse cuidado (SILVA; AQUINO; SILVA, 2016).

Quando se avalia a abordagem da espiritualidade nas diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Enfermagem, observa-se a inexistência desse assunto, fomentando assim a sua ausência nos currículos de enfermagem brasileira.

A primeira publicação relacionada com a preocupação da inclusão da espiritualidade nos currículos de enfermagem surgiu em 1957 na Escola de Enfermagem da Universidade de Washington (ROSS, 1996). Nos EUA, em 1993, apenas três faculdades de enfermagem incluíam estas temáticas nos seus currículos e sabe-se, hoje, que este número aumentou em mais de 80%, visto que mais de 100 faculdades o incluem na atualidade (COBB; PUCHALSKY; RUMBOLD, 2012).

Já na realidade brasileira e portuguesa, em estudo realizado por Caldeira *et al.* (2016) que entrevistou 129 professores universitários sobre o modo em que a espiritualidade é tratada na formação superior em enfermagem evidenciou que somente 8% dos entrevistados declararam que o tema tem pouca importância na formação em enfermagem. Além disso, 38% dos professores afirmaram que a espiritualidade estava presente no currículo da universidade em que atua, 36% que declararam não incluir ou incluir esporadicamente o tema em suas atividades rotineiras de ensino e 35% afirmaram que o tema é mal abordado no ensino clínico de enfermagem (CALDEIRA *et al.*, 2016).

Nessa mesma perspectiva, no intuito de avaliar e comparar as condutas e convicções de 121 estudantes de enfermagem brasileiros e 139 portugueses, Cordero *et al*. (2018) observou que a crença religiosa está significativamente mais arraigada na cultura brasileira que na portuguesa: 89,1% dos alunos brasileiros e 71,0% dos alunos portugueses ($p<0,001$) tinham um conceito religioso de espiritualidade e 79,3% dos alunos brasileiros 63,3% e dos alunos portugueses relataram que a espiritualidade teve uma influência positiva mais forte na saúde do paciente ($p=0,041$).

Além disso os estudantes brasileiros indicaram em maior medida que abordar religião e espiritualidade era apropriado (29,5% em Portugal e 49,2% no Brasil, $p<0,001$) e que religião

e espiritualidade poderiam ter uma grande influência na relação enfermeiro-paciente (18,1% em Portugal e 44,5% no Brasil, p<0,001).

Embora a maioria dos alunos já tenha perguntado sobre a religião e a espiritualidade dos pacientes (77,4% em Portugal e 73,7% no Brasil), os alunos de ambos os países sentiram que não estavam preparados para responder a essas questões (11,3% em Portugal e 9,5% no Brasil). As barreiras mais comuns para a abordagem desses temas foram a "preocupação em impor crenças religiosas" para ambos os países, seguida de "tempo insuficiente" e "formação insuficiente" no Brasil e "conhecimento insuficiente" e "medo de ofender o paciente" em Portugal. As intervenções espirituais mais citadas para os dois países foram a oração e a leitura de livros religiosos, seguidas da imposição de mãos.

Ademais, estudantes portugueses tenderam a relatar mais que as universidades estavam fornecendo informações suficientes sobre como abordar questões de religião e espiritualidade (35,6% em Portugal e 15,2% no Brasil, p<0,001), mas eles tinham menos atividades curriculares voltadas para a religiosidade e espiritualidade do que os estudantes brasileiros (5,0% em Portugal e 14,4% no Brasil, p=0,015). Alunos dos dois países indicaram que deveriam estar mais bem preparados para abordar as questões de religião e espiritualidade (54,0% em Portugal e 57,1% no Brasil, sem diferença significativa entre os grupos) e que este assunto deveria ser incluído no currículo (80,3% em Portugal e 83,8% em Brasil, sem diferença significativa entre os grupos). Quando questionados sobre a forma em que esses alunos buscam informações em religião, espiritualidade e cuidados de enfermagem, os alunos portugueses afirmaram não buscar esse tipo de informação (42,4%) ou buscar em artigos científicos (31,7%).

Por outro lado, os estudantes brasileiros utilizaram a própria religião para buscar essas informações (45,8%) ou não buscaram (25,0%). Dessa forma, ressalta-se que em ambos os países os estudantes tiveram estímulos insuficientes para o desenvolvimento dessa competência em sua educação profissional e não se sentem aptos para exercer o cuidado espiritual.

Alguns autores afirmam que é necessário incluir a espiritualidade no ensino de enfermagem (VAN LEEUWEN *et al.*, 2008; CREEDY; TIEW, 2010). Por outro lado, são indicados alguns obstáculos à sua inclusão, tais como: o reducionismo do conceito de espiritualidade à religiosidade, bem como o conhecimento insatisfatório acerca do conceito (PAPADOPOULOS; COPP, 2005). Além disso observa-se um o esclarecimento insatisfatório acerca de "como" ensinar o cuidado espiritual (BALDACCHINO, 2008; TAYLOR *et al.*, 2009); a formação insatisfatória dos docentes para o ensino do processo de enfermagem quando o indivíduo apresenta necessidades espirituais (LEMMER, 2002; LOVANIO; KAZER, 2007).

A fim de evidenciar as lacunas de conhecimento e prática de cuidado espiritual Ali *et al*. (2018) identificou a falta de integração ontológica na educação profissional do enfermeiro; falta de compreensão fenomenológica do cuidado; falta de apoio e restrições ambientais nos serviços; além de uma estrutura curricular e corpo docente despreparado. Dessa forma ressalta-se que a clareza conceitual e a articulação em torno dos aspectos ontológicos e fenomenológicos da enfermagem devem ser abordadas para preparar os enfermeiros para prestar um cuidado verdadeiramente holístico, incluindo questões espirituais e existenciais (ALI *et al.*, 2018).

Ali, Wattis e Snowden (2015) também indicam que embora tenham sido desenvolvidos teorias de enfermagem e modelos de ensino que enfocam os domínios espiritual e existencial, um número escasso de currículos de enfermagem indica a integração do cuidado espiritual na educação de enfermagem. Esse contexto se dá devido a complexidade em torno do conceito de espiritualidade, a cultura de saúde biomédica "mecânica" dominante, as questões éticas de se trabalhar em uma sociedade multicultural, a priorização de abordagens de cuidado positivistas sobre o cuidado humanístico, a falta de consciência transcultural e as restrições financeiras e de tempo que afetam a educação e a prática de enfermagem (ALI; WATTIS; SNOWDEN, 2015).

Além disso, há uma escassez de pesquisas que identifiquem as competências necessárias para educadores de enfermagem na preparação de enfermeiros para identificar e responder às necessidades de cuidado espiritual (GISKE; CONE, 2012). Atualmente, há uma deficiência na compreensão de como as competências para atender às necessidades de cuidado espiritual dos pacientes são desenvolvidas em estudantes de enfermagem por meio da educação em enfermagem (VAN LEEUWEN *et al*., 2008). Adicionalmente, com referência ao currículo de enfermagem existente, Benner (2010) afirmou que a educação atual de enfermagem não prepara adequadamente os enfermeiros para se conectar com as dimensões existenciais e espirituais dos pacientes.

Um dos fatores associados a esse fenômeno é também a laicização do ensino, que em respeito à diversidade cultural e religiosa desestimula a discussão sobre a espiritualidade na educação profissional (MARTINEZ; LEGAULT, 2016).

Ademais, embora haja uma abundância de artigos seminais com ricas discussões sobre a espiritualidade em enfermagem, coloca-se em relevância o fato de que os principais livros de referência da profissão discorrem escassamente sobre o assunto, o que pode contribuir para deslegitimar a importância do tema (TIMMINS *et al*., 2015).

A oração, em particular, é englobada por aspectos éticos, que estão ligados às crenças religiosas e merecem ser discutidos na educação e em contextos clínicos com estudantes de enfermagem, pois a oração está ligada a resultados positivos de saúde (SIMÃO; CALDEIRA;

CARVALHO, 2016). Mas a obrigação ética do enfermeiro por fornecer cuidado espiritual tem sido negligenciado e requer maior reconhecimento na educação de graduação (YILMAZ; GURLER, 2014).

1.2.2 Estratégias de educação para o cuidado espiritual

Destaca-se que formar para o cuidado espiritual tendo em vista o sistema de crenças dos indivíduos se dá como um desafio para a educação do enfermeiro; mas que não impedem que ainda assim resultados positivos possam ser evidenciados. Nessa perspectiva Yilmaz e Gurler (2014) realizaram uma intervenção com 58 alunos de graduação acerca do cuidado espiritual e compararam com outros 72 estudantes que não receberam informações sobre espiritualidade. Os autores destacaram que os estudantes que participaram do treinamento sobre cuidado espiritual tiveram uma pontuação média maior na escala de avaliação de espiritualidade e cuidados espirituais e definiram os termos de espiritualidade e cuidado espiritual com mais precisão. Dessa maneira os alunos do grupo de intervenção definiram os termos de espiritualidade e cuidado espiritual com mais precisão do que os alunos do grupo de controle, o que indica que o conhecimento acerca do assunto é capaz de transformar uma parte importante desse cenário (YILMAZ; GURLER; 2014).

Resultados similares foram evidenciados em outro estudo conduzido por Momennasab *et al*. (2019) com 30 estudantes de enfermagem, no qual foram desenvolvidas quatro sessões de grupo focal baseadas em cenários relacionados com o cuidado espiritual, e comparadas com um grupo controle de 33 estudantes de enfermagem que receberam somente uma conferência relacionada ao assunto. Evidenciou-se melhora importante no bem-estar espiritual de acadêmicos de enfermagem e sua atitude no que se refere à espiritualidade, bem como ao cuidado espiritual em comparação com o grupo de controle (MOMENNASAB *et al*., 2019).

Outra estratégia realizada por Connors, Good e Gollery (2017) foi introduzir o conteúdo em uma aula expositiva e discussão em pequenos grupos. Em seguida, os alunos responderam a um instrumento de avaliação espiritual, utilizado em pacientes internados, e participaram de uma atividade de simulação de cuidado espiritual, na qual discutiram ações e frases que poderiam ser usadas no cuidado. Por meio dessa estratégia, as percepções dos alunos sobre sua capacidade de fornecer cuidado espiritual melhoraram significativamente depois que a atividade de simulação foi concluída (CONNORS; GOOD; GOLLERY, 2017).

Também no intuito de evidenciar estratégias para a educação sobre o cuidado espiritual Caldeira e Narayanasamy (2011) indicam que podem ser desenvolvidas simulações em saúde

sobre os cuidados espirituais, fortalecer as pesquisas científicas sobre o assunto, além de capacitações acerca das necessidades espirituais nas práticas clínicas. Outra estratégia assertiva seria a criação de oportunidades para os estudantes observarem o capelão e outros prestadores de cuidados espirituais, explorar com os estudantes as políticas de saúde e institucionais relacionadas com os cuidados espirituais e partilhar experiências em seminários após as práticas clínicas, bem como discutir os princípios éticos acerca da espiritualidade e cuidado espiritual (CALDEIRA; NARAYANASAMY, 2011).

Dessa forma, destaca-se que desenvolver competência para lidar com questões espirituais na educação do enfermeiro ainda é um desafio, e para que ele seja superado é necessário uma ênfase na educação dos fundamentos filosóficos do cuidado de enfermagem a fim de reequilibrar a educação de enfermagem existente para então abraçar o cuidado das necessidades espirituais como parte do cuidado holístico (ALI *et al*., 2018). A preparação adequada de ambos os grupos analisados, o suporte ambiental para educadores e alunos de enfermagem e a representação explícita da espiritualidade no currículo de enfermagem podem facilitar isso.

Para que isso ocorra a educação do enfermeiro deve extrapolar os limites sociais, políticos e mercadológicos da formação profissional para o atendimento à comunidade, de modo a produzir uma educação profissional e pessoal capaz de envolver cada sujeito na construção sociocultural de sua personalidade moral e enxergar o outro de forma humanística (FINKLER; NEGREIROS, 2018).

Ressalta-se que mesmo sendo a espiritualidade um aspecto a ser considerado para o cuidado de saúde aos indivíduos, e ser previsto como uma dimensão da educação do enfermeiro durante a sua graduação, o ensino sobre esta temática aparece pontualmente no Projeto Pedagógico e em duas disciplinas optativas do curso de enfermagem da UFMG, além de ser discutida de maneira escassa no Brasil e em outras realidades do mundo (KIM; CHOI, 2015). Por sua vez, este é um aspecto da vida dos pacientes que quando acessados pelos profissionais de enfermagem, estão limitados à identificação da religião e a frequência a serviços religiosos. Esta realidade nos permite questionar o preparo dos egressos da graduação em enfermagem para a oferta de um cuidado holístico que considere a segurança, dignidade e individualidade das pessoas cuidadas.

Embora a abordagem de todos os aspectos espirituais não seja limitada ao enfermeiro, a realidade vivenciada pela pesquisadora e estudos existentes, sugerem que muitos enfermeiros têm uma educação restrita nesta área. Se é esperado que o enfermeiro realize um cuidado espiritual, pode ser preocupante considerar esta atribuição sem que este tema se constitua em

um componente curricular desenvolvido efetivamente na educação em enfermagem.

Reconhecida a contribuição do processo formativo para o cuidado espiritual, as crenças e experiências dos estudantes também ocupam uma função determinante para a busca do atendimento às necessidades espirituais dos indivíduos. Considerando que a oração é um dos recursos para o crescimento espiritual, a existência de estudantes com o hábito de orar e que se considerem confortáveis diante de um pedido de oração de um paciente, sinaliza para um potencial preparo para esta ação no cuidado como intervenção de enfermagem.

Reconhecendo que nós somos quem somos de acordo com o que nós acreditamos, o sistema de crenças do indivíduo pode se constituir em um sistema de suporte em sua vida. A identificação de uma pessoa com uma religião específica pode favorecer que ela tenha maior facilidade para obter uma rede de suporte de outras pessoas que têm o mesmo sistema de crenças e de sua própria fé.

As considerações apresentadas sinalizam a proximidade entre o cuidado espiritual e o sistema de crenças e identificação religiosa. Portanto, nem todos os estudantes e profissionais poderão sentir-se confortáveis ou preparados para realizar esta intervenção visto que essa tomada de decisão requer maturidade pessoal, experiência e educação profissional; não obstante, todos devem reconhecer as necessidades dos pacientes e fornecer os melhores recursos eticamente disponíveis para atendê-los diante dessa necessidade (CALDEIRA *et al.*, 2016).

Além das questões relacionadas à prática clínica e à educação do enfermeiro, pressupõe-se que o comportamento do indivíduo que presta o cuidado espiritual e o sentimento de conforto para a realização desse cuidado também interfere no modo e na frequência em que esse cuidado será realizado. Tendo em vista que estudantes de enfermagem durante sua educação para a prática clínica prestam cuidados de enfermagem e que há uma deficiência na educação e na formação em relação ao cuidado espiritual, infere-se que esse cuidado tem sido negligenciado desde a educação básica do estudante de enfermagem, permitindo assim a existência de sentimentos de medo e desconforto para a execução dessa prática.

Sendo assim, a formação profissional do enfermeiro tem se apresentado como um processo restrito e limitado ao ensino, de modo que, na sua ausência, os estudantes de enfermagem e enfermeiros não têm encontrado caminhos para desenvolver essa habilidade e nem prover as condições necessárias ao cuidado espiritual.

Essa realidade foi evidenciada em um estudo paulista realizado com 30 professores e 118 estudantes de Enfermagem, 46,6% dos participantes indicaram medo de impor suas crenças; 18,9% medo de ofender os pacientes; 14,9% apontaram um desconhecimento sobre o

tema, 14,2% desconforto com o assunto e 3,4% medo de que os colegas não aprovem; além de mais de 38% referiram que buscavam esses conhecimentos na própria religião, em vez de procurá-los em artigos científicos, livros ou em informações dos próprios docentes (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011). De acordo com Tomasso, Beltrame e Lucchetti (2011) o paciente, muitas vezes, anseia por essa abordagem e, em sua maioria, não se sente ofendido; mas ainda assim esse sentimento é justificado pela própria falta de treinamento e pelo despreparo em entender a espiritualidade como algo mais amplo e não associado somente com a religiosidade.

Em outro estudo brasileiro que investigou as principais barreiras na abordagem da espiritualidade no cuidado apontadas por 120 estudantes de graduação em enfermagem de uma faculdade paulista, 60,9% apontaram o "medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes", 36,5% afirmaram ter "medo de ofender os pacientes" e 11,3% indicaram "desconforto com o tema" (ESPINHA *et al.*, 2013). Reiterando os achados de Tomasso, Beltrame e Lucchetti (2011), Espinha (2013) destaca que apesar de o CEPE expor em seu artigo 6° que o enfermeiro deve "fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica"; ponderar o direito à vida e o direito fundamental à liberdade religiosa pode se tornar um desafio em meio a uma formação centrada no modelo biomédico. Dessa forma, associar a religiosidade, a espiritualidade e a ética podem se transformar em uma nova perspectiva de cuidado.

Sendo assim, os aspectos da própria espiritualidade e religiosidade, da educação pessoal e profissional e os receios das repercussões dessa prática interferem diretamente no comportamento do indivíduo que presta esse atendimento ao paciente e esses fatores têm sido pouco evidenciados na literatura científica e devem ser investigados de modo que as barreiras para a execução desse cuidado sejam sanadas (OLIVEIRA, 2017).

Por sua vez, ainda que existam estudos que apresentem as principais barreiras para o cuidado espiritual identificadas pelos estudantes, investigações que abordam especialmente os sentimentos de conforto e os comportamentos dos estudantes em relação às questões que envolvem a espiritualidade e o cuidado espiritual são escassos. Considera-se que este é um aspecto importante a ser considerado para que os estudantes alcancem a educação para o cuidado espiritual e se sintam capazes de atender às necessidades espirituais dos indivíduos.

Cabe ainda considerar que em sendo a oração uma prática espiritual ancestral e uma das mais difundidas no Brasil e no mundo, essa intervenção pode estar mais próxima da realidade do enfermeiro e do estudante de enfermagem no contexto brasileiro, de modo que o pedido de oração por um indivíduo pode ser um caminho para acessar o cuidado espiritual e atender às

necessidades espirituais do sujeito. O atendimento ao pedido de oração de um paciente ou familiar integrado ao cuidado em saúde tem a interferência de experiências individuais dos envolvidos, formação e crenças religiosas ou espirituais e ao fato de o profissional sentir-se confortável ou não em relação a esta prática como parte da sua função de cuidador.

Estudos internacionais apontam que muitos profissionais de saúde refletem sobre a necessidade de abordar e atender as necessidades espirituais de seus pacientes, independentemente de suas próprias crenças religiosas ou espirituais (RASSOULIAN; SEIDMAN; LÖFFLER-STASTKA, 2016). No entanto, há desconforto nessa abordagem, visto que se sentem como se isso fosse além de seu papel como cuidador e esse sentimento pode se refletir na prática de estudantes de enfermagem, prejudicando assim a transformação da realidade da profissão (SANDERS, 2016).

Sendo assim, foram feitos os seguintes questionamentos: Os estudantes se consideram confortáveis face a um pedido de oração de um paciente? Existe alguma diferença de conforto dos estudantes ao serem solicitados para orar com um paciente considerando a sua própria religiosidade e espiritualidade? Existe uma variação entre o conforto referido por estudantes ao serem solicitados para orar com um paciente e o contexto de cuidado deste paciente?

Para tal, tem como pressuposto que indivíduos mais confortáveis em relação a situações como um pedido de oração estão mais predispostos a realizar o cuidado espiritual e que estudantes que possuem alguma crença espiritual a articulam mais facilmente com a necessidade de cuidado espiritual dos seus pacientes.

Considerando que o cuidado espiritual é uma prática inerente ao cuidado de enfermagem, para que a transferência dessa competência ultrapasse a escrita e se transfira de evidência científica para prática profissional, faz-se necessário o aprimoramento de discussões e práticas aprofundadas sobre o tema nos processos de educação profissional e nos serviços de saúde, nos textos especializados, simulações em saúde sobre o assunto e entre outros (TIMMINS *et al*., 2015).

Tendo em vista as lacunas no ensino e na prática do cuidado espiritual e de sua relevância para o cuidado de enfermagem integral, este estudo objetiva explorar como os estudantes respondem a um pedido de oração de um paciente e como eles consideram que podem atuar para o oferecimento deste cuidado em diferentes situações de atenção à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o comportamento de acadêmicos de enfermagem com a solicitação de oração iniciada pelo paciente em diferentes cenários simulados.

2.2 Objetivos específicos

a) Caracterizar os estudantes de enfermagem em relação às variáveis sociodemográficas, religião, e experiências anteriores de orar com um paciente ou familiar.
b) Identificar o comportamento de estudantes de enfermagem face aos pedidos de oração feitos por pacientes.
c) Verificar como a espiritualidade, a religião e crenças pessoais se relacionam com o conforto de estudantes de enfermagem diante do pedido de oração de pacientes.
d) Verificar os fatores associados ao conforto de estudantes de enfermagem frente ao pedido de oração de pacientes.
e) Verificar a variação nas respostas ao pedido de oração em contextos diferenciados de cuidado.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de métodos mistos com abordagem do tipo paralelo convergente. Esta abordagem de pesquisa permite o aprofundamento de questões investigadas por meio da combinação de elementos, técnicas de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos (CRESWELL; CLARK; 2011).

Essa abordagem foi escolhida considerando que a pesquisa de métodos mistos utiliza diversas abordagens para aproximação à realidade objetiva e subjetiva, dando primazia à importância do problema e da questão de pesquisa (CRESWELL *et al.*, 2011).

Considerando que o os métodos quantitativos (principalmente dedutivos) medem os padrões centrais de associação e o qualitativo (principalmente indutivos) traz explicações de por que e como os fenômenos ocorrem e seus efeitos, a pesquisa de métodos mistos envolve a coleta intencional de dados quantitativos e qualitativos e a combinação das fortalezas de cada um para responder a questões de pesquisa (CRESWELL; CRESWELL, 2017).

Quanto à coleta de dados, a investigação por método misto possui variações quanto aos momentos do desenvolvimento do projeto no qual os dados são produzidos. Isto pode ocorrer com uma coleta de dados quantitativos e qualitativos em fases diferentes (sequencial), a coleta de dados quantitativa e qualitativa em um mesmo momento (concomitante) (CRESWELL; CRESWELL, 2017).

Nesta abordagem investigativa, existe também uma variação de acordo como o pesquisador fará a mixagem dos dados. Nesta etapa pode haver uma integração dados (*merging data)*, conexão dos dados (*connecting data*) ou incorporação dados (*embedding data*). Para integrar dados, faz-se necessária a fusão do conjunto de dados qualitativos com o conjunto de dados quantitativos, de modo a comparar os temas qualitativos que apóiam ou refutam os resultados quantitativos por meio de tabelas, textos ou figuras (CLARK; CRESWELL, 2014). Para conectar os dados, realiza-se a investigação em duas fases, de modo que a análise dos resultados da fase inicial se conecta com a coleta de dados da segunda fase da pesquisa (CRESWELL *et al.*, 2011). Já na incorporação de dados ocorre uma integração de um conjunto de dados de prioridade secundária em um design primário maior a fim de apoiar na explicação dos resultados do ensaio (CRESWELL; CRESWELL, 2017).

Para esta investigação optou-se por uma coleta de dados simultânea e a integração dos dados. Para isto, na abordagem quantitativa desse estudo, utilizou-se um desenho correlacional para explorar possíveis semelhanças e diferenças entre as respostas dos alunos quanto ao pedido de oração dos doentes bem como o conforto em relação a esse pedido. Já a abordagem

qualitativa utilizada é do tipo descritiva e exploratória. Subsequentemente os dados foram analisados por meio da mesclagem de dados (*merging data)* quanti-quali para métodos mistos.

3.1 Cenário de estudo

O estudo foi realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG). A Escola de Enfermagem foi fundada há 85 anos, em Belo Horizonte, e desde então oferece o curso de graduação em enfermagem. Atualmente, o curso tem duração de 10 semestres, com disciplinas de diversas áreas do conhecimento como Ciências Biológicas, Ciências do Comportamento e Sociais, Administração, Educação, Pesquisa, bem como conteúdos específicos à Enfermagem.

Em 2020, 473 alunos estavam matriculados no curso de Enfermagem. O curso tem sido avaliado como o melhor curso de Enfermagem do país em relação à qualidade de ensino pelo Ranking Universitário da Folha de São Paulo (RUF..., 2019).

A Escola de Enfermagem da UFMG reconhece em seu Projeto Pedagógico "a formação do enfermeiro engloba a saúde em sua integralidade, nos seus aspectos psico-biológico, espiritual, social e político", tendo o enfermeiro egresso como competência "Prestar cuidados de Enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade". A espiritualidade é explicitamente discutida nas disciplinas optativas de "TANATOLOGIA: Concepções teóricas de tanatologia, seus aspectos histórico-cultural-espiritual sobre o processo de morrer e morte" e "SINGULARIDADES DO CUIDAR EM ENFERMAGEM: Estudo dos aspectos biopsicossocioespirituais do cuidado em Enfermagem, bases filosóficas do cuidar, instrumentos básicos de Enfermagem, cuidado a pessoas com necessidades especiais." (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2017).

Entre os espaços discussão sobre o tema, destaca-se que a UFMG também conta com o Núcleo Avançado de Saúde, Ciência e Espiritualidade (NASCE) e a Liga de Saúde e Espiritualidade (LIASE), que têm sede na Faculdade de Medicina da UFMG e são coordenados pelos alunos da UFMG em conjunto com o Professor Dr. Rubens Tavares. O NASCE se configura como o núcleo de investigação científica acerca da saúde, ciência e espiritualidade da UFMG, não assume preceitos religiosos em suas discussões, mas discute-os a fim de explicar os fenômenos relacionados a eles; além disso, oferece eventos científicos, cursos de extensão, estabelece vínculo com os demais núcleos nacionais e internacionais que investigam o tema, oferta uma disciplina optativa e eletiva de Saúde e Espiritualidade na Faculdade de Medicina,

bem como contribui na publicação de estudos científicos e livros relacionados ao tema.

Já a LIASE se configura como um espaço de discussão sobre a saúde e a espiritualidade com a comunidade acadêmica e é aberta a participação de 20 alunos dos cursos de enfermagem, nutrição, fisioterapia, medicina, fonoaudiologia, odontologia, psicologia, farmácia, biomedicina, educação física e terapia ocupacional da UFMG, além de 10 vagas para alunos de outros cursos e outras universidades dos interessados pelo tema (NÚCLEO AVANÇADO DE SAÚDE, CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE, 2020).

3.2 População e amostragem

A população foi constituída pelos estudantes matriculados no curso de graduação de Enfermagem da UFMG, sendo a amostragem não probabilística, acidental.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de um questionário eletrônico autopreenchido, enviado por e-mail a todos os 479 estudantes de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG matriculados no ano de 2020. Foi utilizada a plataforma *Survio* para preenchimento do questionário e gravação dos dados coletados. A coleta dos dados foi composta por três instrumentos de coleta de dados. Entre eles, um questionário tinha abordagem exclusivamente quantitativa (Questionário Sociodemográfico e "Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais" WHOQOL-SRPB) e um coletava os dados quantitativos e qualitativos (Questionário de Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente).

Todas as questões dos instrumentos foram compostas por instruções e guias de preenchimento. Considerando que houve um autopreenchimento anônimo dos questionários de coleta de dados, não foi realizada a devolução das entrevistas aos participantes para realização de comentários e/ou correção pelos mesmos. Contudo, após a publicação dessa análise, os resultados do presente estudo serão divulgados aos participantes em seus e-mails de contato, bem como em mídias sociais voltadas para a divulgação científica vinculados à UFMG e a grupos de pesquisa de áreas afins.

A coleta de dados se encerrou após o término do período de 3 meses estabelecido no cronograma de pesquisa, após o 5º e-mail convite enviado aos participantes.

3.3.1 Instrumentos de coleta de dados quantitativos

i) Questionário Sociodemográfico: questões para a caracterização dos participantes (Apêndice 1) escolhidas a critério dos pesquisadores. A partir desse questionário coletou-se informações sobre a idade, gênero, cor, período do curso em que está frequentando, identificação ou não identificação religiosa e qual, bem como a experiência anterior em realizar a oração com um paciente e/ou familiar.

ii) Questionário de Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente, denominado Prayer and the Registered Nurse (PRN): questionário com questões fechadas e abertas. As primeiras buscavam mencionar, a partir de questões fechadas, o quão confortáveis os estudantes se sentiam diante de determinadas situações que envolviam o pedido de oração (Apêndice 2). As questões abertas foram elaboradas à semelhança do questionário desenvolvido por Minton; Isaacson e Banik (2016), compõem a abordagem qualitativa desse instrumento e será descrita no subtópico a seguir.

Esse questionário foi utilizado em estudo similar previamente realizado nos EUA e, mediante autorização, foi traduzido para o Portugues de Portugal (Apêndices 6). Para essa investigação sofreu uma adaptação para a língua portuguesa do Brasil pelos autores dessa análise. Este processo foi realizado a partir do consenso entre três especialistas e em seguida foi encaminhado para a autora do estudo de tradução do instrumento para a língua portuguesa e realizada a adequação das considerações propostas. Subsequentemente, o instrumento foi encaminhado ao público-alvo dessa análise e nenhum participante referiu dúvida em relação à aparência ou ao conteúdo questionado. Ressalta-se que esses questionários não foram submetidos à análise de suas propriedades psicométricas visto que se configuram como instrumentos de coleta de dados qualitativos e a interpretação de seus resultados se dá por meio de análise de frequência.

iv) "Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais" (WHOQOL-SRPB) (Apêndice 4), traduzido e avaliado quanto aos seus escores de validade em sua versão brasileira em um estudo conduzido por Panzini *et al*. (2011) ao aplicá-lo a 404 pacientes e funcionários de hospital de Porto Alegre. Em seu estudo de validação observou-se que a versão brasileira do WHOQOL-SRPB demonstrou bons resultados relacionados a validade de construto, de validade discriminativa entre crentes de não-crentes (t=7,40; p=0,0001); de validade relacionada ao critério concorrente, discriminando deprimidos de não-deprimidos (t=5,03; p=0,0001); de validade convergente com o WHOQOL-Breve (p=0,0001) e com o Domínio SRPB do WHOQOL-100 (r=0,78; p=0,0001); de validade

convergente/discriminante com a Escala CRE-Breve (CRE positivo com r=0,64; p=0,0001/CRE negativo r=-0,03; p=0,554), além de bons resultados de validade teste-reteste (t=0,74; p=0,463) e de consistência interna (α=0,96; correlação intra fatorial 0,87≥ r ≥ 0,60, p=0,0001).

Esse instrumento é composto por 32 questões, sendo essas divididas em 8 facetas, sendo e que incluem em cada uma delas composta por 4 perguntas acerca de: a conexão com o ser ou força espiritual (1º Faceta); sentido na vida (2º Faceta); admiração (3º Faceta); totalidade e integração (4º Faceta); força espiritual (5º Faceta); paz interior (6º Faceta); esperança e otimismo (7º Faceta); e fé (8º Faceta).

Para cada pergunta se escolhe uma opção de resposta e essas são organizadas em escala Likert de 1 a 5 pontos que incluem progressivamente as opções de resposta: nada, raramente, moderadamente, bastante e extremamente. Não há perguntas formuladas negativamente.

A pontuação da escala varia entre 32 (mínimo) e 160 (máximo) pontos. Quanto maior for a pontuação autodescrita, melhores são os escores quantitativos de qualidade de vida e espiritualidade (SKEVINGTON; GUNSON; O'CONNELL, 2013).

3.3.2 Instrumento de coleta de dados qualitativa

ii) Questionário de Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente, denominado Prayer and the Registered Nurse (PRN): questionário de abordagem quanti-quali, descrito no subtópico anterior acerca de sua construção e aspectos quantitativos, é composto em sua porção final por questões discursivas de abordagem qualitativa. Nessas questões são apresentados três cenários diferentes de pedido de oração feito aos participantes com a finalidade de avaliar suas respostas em cada um deles (Apêndice 3). No primeiro cenário simula-se um pedido de oração realizado por um paciente sozinho em um quarto de hospital e de crença religiosa desconhecida. No segundo cenário o paciente se encontra instável e solicita ao estudante de enfermagem que ore por ele diante de toda equipe multiprofissional. Por fim, no terceiro cenário a solicitação de oração se dá por um paciente que expressa que a sua escolha religiosa se difere da que o discente se identifica.

3.4 Tratamento e análise de dados

3.4.1 Dados quantitativos

O banco de dados foi exportado do Survio para o Microsoft Excel®. Após ser revisado por duas enfermeiras autoras desse trabalho (LMF, enfermeira e autora desse estudo e MB, enfermeira pesquisadora co-orientadora dessa análise), a versão final do banco de dados foi transportada para o *software Stata* versão 15.0 onde se realizou a análise estatística. A análise descritiva foi iniciada com a distribuição das informações sociodemográficas dos participantes, incluindo suas crenças em denominações religiosas. Uma vez que parte da amostra relatou duas ou mais crenças em denominações religiosas, procedeu-se ao agrupamento destas. Para as variáveis categóricas, foram calculados números absolutos e frequências. A idade, única variável quantitativa sociodemográfica, passou por cálculo de medidas de posição e de dispersão

A experiência anterior em orar com um paciente ou familiar do paciente e o instrumento de Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente foram analisados por meio de cálculo de números absolutos e frequências. Para análise dos resultados do WHOQOL-SRPB, considerou-se o somatório da pontuação fornecida para suas oito facetas, escore médio, desvio padrão, pontuação total mínima e máxima.

A análise inferencial foi conduzida no intuito de verificar a presença de associação entre conforto do estudante face a pedidos de oração e as variáveis: gênero, experiência anterior em orar com pacientes ou família, período do curso e identificação com religiões. Foi utilizado o teste exato de Fisher, face à contagem esperada de células. Ainda na análise inferencial, investigou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para as médias do WHOQOL-SRPB em relação à experiência anterior em rezar com pacientes ou sua família e ao conforto do estudante face a pedidos de oração. A distribuição da pontuação total do WHOQOL-SRPB foi verificada por meio do teste Shapiro-Wilk, sendo identificada normalidade nos resultados. Foram aplicados os testes t de *Student* ou ANOVA com um fator. Face a distribuições não-normais, seus correspondentes não-paramétricos foram utilizados. O nível de significância adotado em toda a análise foi de 5%. Após o tratamento dos dados os resultados foram novamente revisados pela autora e co-orientadora dessa investigação.

3.4.2 Dados qualitativos

Para a análise qualitativa o banco de dados revisado no Software Microsoft Excel® foi exportado para Software MAXQDA 18®. Os dados de natureza qualitativa obtidos por meio das questões abertas referente a situações específicas de pedido de oração foram submetidos à análise de conteúdo (HSIEH; SHANNON, 2005). Para isto, foi elaborado um sistema de códigos definido a partir das perguntas elaboradas para o questionário, totalizando quatro códigos principais (oraria, não oraria, talvez oraria e não sabe se oraria) e 17 subcódigos. Elaborou-se a descrição de cada um deles para orientar o processo de codificação. A codificação foi realizada por duas pesquisadoras independentes LMF (enfermeira e autora deste trabalho) e outra MML (enfermeira, pesquisadora do grupo de pesquisas e doutoranda). Ambas as codificadoras são capacitadas para o uso do Software MAXQDA e sobre o processo de codificação. Como MML não possuía conhecimento prévio sobre o projeto de pesquisa, ela foi orientada quanto aos objetivos e discutido o sistema de códigos elaborado. Ambas as codificadoras possuem experiência no processo de codificação e foram devidamente treinadas sobre a temática anteriormente a análise de conteúdo. Para fins dessa análise os termos “oração” e “reza” identificados na análise de conteúdo foram considerados como cognatos e inclusos como atendimento ao pedido de oração. Além disso, foi considerado como atendimento ao pedido de oração estudantes que aceitaram “orar com” e “orar para” o paciente. Finalizadas as codificações independentes verificou-se um índice de Kappa de 0.74 para a concordância inter-codificador.

3.4.2 Mixagem dos dados quanti-quali

A partir dos resultados quantitativos e qualitativos foi realizada a fusão dos dados relatando-os na seção de resultados e discussão deste estudo, relatando os resultados estatísticos seguidos por citações qualitativas ou temas que apóiam ou refutam os resultados quantitativos.

Também foi realizada a contagem da ocorrência de temas recorrentes entre os indivíduos que aceitaram, não aceitaram**,** talvez ou não sabiam se aceitariam ao pedido de oração que emergiram na análise qualitativa das respostas dos participantes diante dos três cenários. A partir disso os dados quantitativos desses participantes foram comparados com cada um desses grupos, bem como descritos os subtemas mais recorrentes entre esses estudantes.

Adicionalmente foi realizado um quadro de exibição conjunta dos dados quantitativos, associada a exibição dos fragmentos de discurso dos estudantes de enfermagem que não

demonstraram nas respostas qualitativas aceitação ao pedido de oração realizado em pelo menos um dos três cenários simulados.

Além disso, os resultados estatísticos dos participantes que aceitaram e que não demonstraram aceite ao pedido de oração nas questões discursivas foi submetido a uma nova análise inferencial. Dessa forma, a partir do teste exato de Fisher investigou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação a identificação com alguma religião e conforto dos estudantes de enfermagem que oraram e não oraram nos 3 cenários, bem como a relação entre a idade e o atendimento ao pedido de oração nos 3 cenários, e o período do curso em cruzamento com a experiência anterior de alunos que oraram e não oraram nos 3 cenários. Seguindo o mesmo padrão estabelecido na análise estatística, o teste exato de Fisher foi utilizado considerando a contagem esperada de células.

3.5 Considerações éticas

3.5.1 Utilidade e exequibilidade do estudo

O estudo é inovador e busca responder a questões pedagógicas relacionadas ao ensino do cuidado espiritual em enfermagem, nesta vertente particular da oração, no Brasil, país majoritariamente Católico.

3.5.2 Equipe de investigação

Esse projeto faz parte de um projeto maior coordenado pela Profa. Silvia Caldeira e com coleta de dados previstas para Portugal e Brasil. Um dos centros de coleta de dados no Brasil é coordenado pela orientadora desta investigação, com participação da coorientadora e da autora desse trabalho, sendo essa equipe composta por investigadoras com domínio da pesquisa quantitativa e qualitativa e com experiência pedagógica. As investigadoras contam com o apoio dos autores do estudo maior para implementação, análise e discussão, garantindo o rigor metodológico.

3.5.3 Esclarecimento aos participantes

Os estudantes foram contatados via e-mail com informações preliminares da análise e tempo necessário para seu preenchimento disponíveis no Apêndice 5, além de um link de acesso

ao questionário de coleta de dados. Para fins de coleta de dados não foi estabelecida uma relação entre os participantes anteriormente ao início desse estudo.

Os interessados em participar foram informados sobre o estudo (investigadores, credenciais, ocupação, sexo, objetivo do estudo, razões e interesses da análise, armazenamento dos dados, anonimato e confidencialidade, aspectos relacionados à divulgação de dados, direitos relacionados à participação, incluindo a desistência a qualquer momento e a liberdade de participação) e em seguida foram questionados se dariam o consentimento de sua participação voluntária. Os que declararam interesse e consentiram sua participação responderam ao questionário na íntegra e os que recusaram foram redirecionados para um link de agradecimento pela visita (Apêndice 5).

Foi assegurado aos participantes que os pesquisadores terão acesso apenas aos dados tratados e analisados, não sendo possível identificar individualmente os participantes e que, ao término dessa análise serão informados em relação aos resultados evidenciados. Para a coleta de dados no cenário brasileiro a pesquisa atende às resoluções 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), precedendo à aprovação dos cenários e do Comitê de Ética das Instituições de Ensino envolvidas.

3.5.4 Pedidos de autorização institucional

O projeto foi apresentado à direção da Escola de Enfermagem para solicitar a autorização para realização da pesquisa (Parecer em Anexo).

3.5.5 Divulgação dos resultados

Quando da divulgação científica, a instituição será denominada como “Escola de Enfermagem Brasileira”, sem agradecimentos ou elementos que permitam a sua identificação.

3.5.6 Apoio e financiamento

O projeto não conta com apoio ou financiamento suplementar.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados quantitativos

Entre os 479 discentes de enfermagem contatados, um total de 90 estudantes participaram desse estudo, o que equivale a 18,78% dos alunos matriculados no curso de graduação da EEUFMG. Não foram identificados participantes que acessaram ao *link* de coleta de dados e se recusaram a participar. A maioria dos participantes levou entre 10 e 30 minutos para responder aos questionários (n=60, 66,66%). A maioria dos participantes indicou ser do gênero feminino (n=79, 87,78%), cor branca (n=44, 48,89%) e parda (n=38, 42,22%). Do total, 40 estudantes (44,44%) cursavam entre o 1 º e o 5º período da graduação e 49 estudantes (54,44%) cursavam do 5º ao 10º período. A média de idade entre os acadêmicos foi de 25,61 anos.

Para caracterizar a amostra a **Tabela 1** apresenta dados referentes ao gênero, a cor, período em que o aluno estava no curso e idade.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes. n=90

Variáveis		n (%)
Gênero	Femino	79 (87,78)
	Masculino	11 (12,22)
Cor	Branca	44 (48,89)
	Parda	38 (42,22)
	Preta	8 (8,89)
Período do curso	1º período	7 (7,78)
	2º período	9 (10,00)
	3º período	5 (5,56)
	4º período	8 (8,89)
	5º período	11 (12,22)
	6º período	6 (6,67)
	7º período	14 (15,56)
	8º período	11 (12,22)
	9º período	8 (8,89)
	10º período	10 (11,11)
	Períodos diferentes	1 (1,11)

Variáveis	Média	DP†	Mínimo	Máximo	Mediana
Idade	25,61	7,38	19	57	23

Fonte: Dados da pesquisa
† Desvio-padrão.

Em relação a crença religiosa, 70 (77,78%) participantes afirmaram se identificar com alguma crença religiosa, 18 (20,00%) relataram não se identificar com crenças religiosas, mas creem em uma força superior transcendental e somente dois (2,22%) indivíduos não reconhecem nenhuma crença ou força transcendental. Além disso, a maioria dos participantes se reconhece como católico (n=33, 36,67%), evangélico-protestante (n=30, 33,33%) e espírita (n=12, 13,33%).

Oito participantes se identificam com mais de uma crença religiosa. Além disso, entre os 18 (20,00%) participantes que não se identificam com denominações religiosas mas creem em uma força superior transcendental, apenas três (3,33%) reconheceram que tem afinidade com um ou mais sistemas de crenças. Entre os participantes que possuem crença religiosa, mas declaram afinidade com mais de uma religião, 03 (3,33%) se identificam com as religiões Católica e Espírita, 01 (1,11%) se identifica com as crenças religiosas Católica, Espírita e Budista e 01 se identifica com o Protestantismo e o Judaísmo. A **Tabela 2** descreve detalhadamente as crenças religiosas relatadas pelos graduandos.

Tabela 2 - Crenças religiosas dos participantes. n=90

Denominações religiosas	**n (%)**
Nenhuma	15 (16,67)
Católica	28 (31,11)
Evangélicos-Protestantes	29 (32,22)
Espírita	6 (6,67)
Católica e Espírita#	3 (3,33)
Umbanda*	1 (1,11)
Bruxaria	1 (1,11)
Católica, Espírita e Budista#	1 (1,11)
Católica, Espírita, Budista, Hindu, Umbandista e Ayahuasqueiras*	1 (1,11)
Cristianismo	1 (1,11)
Espírita, Budista, Umbandista, Candomblé e Ayahuasqueiras*	1 (1,11)
Evangélico-Protestante e judaica#	1 (1,11)
Testemunha de Jeová	1 (1,11)
Ocultista/Místico. Antiga e Mística Ordem Rosa Cruz (AMORC)	1 (1,11)

Fonte: Dados da pesquisa
*Participantes que não se identificam com denominações religiosas mas creem em uma força superior transcendental
Participantes que possuem crença religiosa, mas declaram afinidade com mais de uma religião

Em relação ao ato de orar, 33 (36,66%) estudantes de enfermagem relataram ter tido a experiência em realizar essa intervenção com um paciente ou familiar. A **Tabela 3** apresenta a experiência anterior dos acadêmicos de enfermagem em orar com um paciente ou familiar de paciente.

Tabela 3 - Agrupamento da experiência anterior em orar com um paciente ou familiar do paciente. n=90

Experiência anterior em orar com um paciente ou familiar do paciente	**n (%)**
Eu nunca orei com um paciente	57 (63,33)
Eu orei com um paciente após o seu pedido	16 (17,78)
Eu orei com familiar(es) do paciente após seu pedido	3 (3,33)
Eu tomei a iniciativa de orar com um paciente	3 (3,33)
Eu tomei a iniciativa de orar com familiar(es) do paciente após seu pedido	3 (3,33)
Eu orei com um paciente após o seu pedido + Eu orei com familiar(es) do paciente após seu pedido	2 (2,22)
Eu orei com um paciente após o seu pedido + Eu tomei a iniciativa de orar com familiar(es) do paciente após seu pedido	2 (2,22)
Eu orei com um paciente após o seu pedido + Eu orei com familiar(es) do paciente após seu pedido + Eu tomei a iniciativa de orar com um paciente + Eu tomei a iniciativa de orar com familiar(es) do paciente após seu pedido	4 (4,44)

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere a sensação de conforto do acadêmico de enfermagem diante do pedido de oração de um paciente ou seu familiar, 90,0% dos participantes concordaram que se sentiriam confortáveis com o pedido de oração de um paciente ou familiar. Além de orar com o paciente, 74,44% dos participantes concordaram que o referenciariam também a um representante religioso e 86.67% concordaram que se sentiam confortáveis para conversar sobre sua espiritualidade do paciente. A necessidade de conhecer o sistema de crenças antes de orar com o paciente foi considerado por 43,33% dos participantes. A totalidade dos participantes referiram discordar da afirmativa de pedir para não ficar mais responsável pelos cuidados de um paciente que lhe pedisse para orar. Esses resultados são apresentados na **Tabela 4**.

Tabela 4 - Caracterização do Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiar. n=90

(Continua)

Variáveis sobre conforto		n (%)
Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m)	Discordo completamente	1 (1,11)
	Discordo	2 (2,22)
	Incerto	6 (6,67)
	Concordo	20 (22,22)
	Concordo completamente	61 (67,78)
Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse	Discordo completamente	1 (1,11)
	Discordo	1 (1,11)
	Incerto	7 (7,78)
	Concordo	26 (28,89)
	Concordo completamente	55 (61,11)
Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação	Discordo completamente	49 (54,44)
	Discordo	24 (26,67)
	Incerto	12 (13,33)
	Concordo	4 (4,44)
	Concordo completamente	1 (1,11)
Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação	Discordo completamente	49 (54,44)
	Discordo	28 (31,11)
	Incerto	10 (11,11)
	Concordo	3 (3,33)
	Concordo completamente	0
Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido, mas iria referenciá-lo ao representante religioso.	Discordo completamente	45 (50,00)
	Discordo	27 (30,00)
	Incerto	14 (15,56)
	Concordo	3 (3,33)
	Concordo completamente	1 (1,11)
Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	4 (4,44)
	Discordo	5 (5,56)
	Incerto	14 (15,56)
	Concordo	22 (24,44)
	Concordo completamente	45 (50,00)

Tabela 4 - Caracterização do Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiar. n=90

(Conclusão)

Variáveis sobre conforto		n (%)
Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente	Discordo completamente	84 (93,33)
	Discordo	6 (6,67)
	Incerto	0
	Concordo	0
	Concordo completamente	0
Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade	Discordo completamente	1 (1,11)
	Discordo	2 (2,22)
	Incerto	9 (10,00)
	Concordo	28 (31,11)
	Concordo completamente	50 (55,56)
Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele	Discordo completamente	15 (16,67)
	Discordo	13 (14,44)
	Incerto	23 (25,56)
	Concordo	18 (20,00)
	Concordo completamente	21 (23,33)

Fonte: Dados da pesquisa

Todos os participantes responderam ao questionário WHOQOL-SRPB. Os participantes apresentaram um elevado escore médio de espiritualidade obtido a partir do WHOQOL-SRPB, sendo esse valor equivalente a 132,36, com um desvio padrão de 18,20, bem como pontuação total mínima de 88 e máxima de 160.

4.2 Integração de resultados quantitativos

Quanto ao cruzamento dos escores WHOQL-SRBP com a experiência anterior e com o conforto em realizar a oração, observou-se associação estatística significativa entre maiores escores desse questionário e a iniciativa de orar com um familiar de um paciente após o seu pedido (p=0,031) (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Resultado final do WHOQOL-SRPB por experiência anterior em orar com um doente ou família. n=90

Experiência anterior em orar		**Resultado total do WHOQOL-SRPB**					**Valor de p**
		Média	**DP**	**Mínimo**	**Máximo**	**Mediana**	
Eu orei com um paciente após o seu pedido	Sim (n=24)	134,29	18,51	90	160	139	0,548‡
	Não (n=66)	131,66	18,17	88	160	133	
Eu orei com familiar(es) do paciente após seu pedido	Sim (n=10)	138,40	21,78	106	160	144,50	0,268‡
	Não (n=80)	131,61	17,71	88	160	133,50	
Eu tomei a iniciativa de orar com um paciente	Sim (n=8)	136,25	17,17	111	160	134,50	0,530‡
	Não (n=82)	131,98	18,35	88	160	134,50	
Eu tomei a iniciativa de orar com familiar(es) do paciente após seu pedido	Sim (n=8)	145,50	10,56	130	160	146	0,031‡
	Não (n=82)	131,08	18,32	88	160	132,50	
Eu nunca orei com um paciente	Sim (n=57)	129,75	18,13	88	160	132	0,073‡
	Não (n=33)	136,87	17,68	90	160	140	
Eu tive pedidos de oração pelo paciente, mas recusei	Sim (n=0)	-	-	-	-	-	-
	Não (n=90)	132,36	18,20	88	160	134,50	

Fonte: Dados da pesquisa
‡ Teste t de Student para amostras não pareadas.

Em relação aos escores do WHOQOL-SRBP e a sensação de conforto dos estudantes, foi observado que maiores escores estiveram associados à tomada de decisão do estudante de orar e referenciar o paciente a um representante religioso (p=0,033), bem como ao conforto em conversar com os pacientes sobre sua espiritualidade (p=0,037). As associações relacionadas aos escores do WHOQOL-SRBP a as respostas de conforto dos estudantes seguem expressas na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Associação entre o resultado final do WHOQOL-SRPB por itens sobre Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90

(Continua)

		Resultado total do WHOQOL-SRPB					Valor de p
		Média	DP	Mínimo	Máximo	Mediana	
Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m)	Discordo completamente (n=1)	99	-	99	99	99	0,369§
	Discordo (n=2)	128	43,84	97	159	128	
	Incerto (n=6)	131,83	20,35	99	160	134,50	
	Concordo (n=20)	127,50	17,41	99	158	128	
	Concordo completamente (n=61)	134,70	17,20	88	160	137	
Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse	Discordo completamente (n=1)	99	-	99	99	99	0,565§
	Discordo (n=1)	97	-	97	97	97	
	Incerto (n=7)	134,71	21,70	99	160	139	
	Concordo (n=26)	126,11	17,99	88	158	129	
	Concordo completamente (n=55)	136,27	16,27	89	160	139	
Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação	Discordo completamente (n=49)	136,46	17,63	89	159	139	0,969§
	Discordo (n=24)	128,16	17,24	88	159	128	
	Incerto (n=12)	132,16	18,30	99	160	136	
	Concordo (n=4)	116,25	14,40	97	131	118,50	
	Concordo completamente (n=1)	99	-	99	99	99	

Tabela 6 - Associação entre o resultado final do WHOQOL-SRPB por itens sobre Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90

(Continuação)

		Resultado total do WHOQOL-SRPB					Valor de p
		Média	DP	Mínimo	Máximo	Mediana	
Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação	Discordo completamente (n=49)	135,57	18,40	89	160	139	0,401§
	Discordo (n=28)	130,39	14,96	99	159	129	
	Incerto (n=10)	126,90	23,36	88	160	134,50	
	Concordo (n=3)	116,66	17,61	97	131	122	
	Concordo completamente (n=0)	-	-	-	-	-	
Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido mas iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente (n=45)	137,55	17,72	89	160	141	0,925§
	Discordo (n=27)	127,74	18,16	88	153	130	
	Incerto (n=14)	122,71	15,36	97	142	128	
	Concordo (n=3)	143	16,52	127	160	142	
	Concordo completamente (n=1)	127	-	127	127	127	
Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente (n=4)	130,25	3,40	127	135	129,50	0,033§
	Discordo (n=5)	147,80	7,46	140	158	145	
	Incerto (n=14)	124,64	19,55	90	153	126,50	
	Concordo (n=22)	128,09	17,25	89	160	130	
	Concordo completamente (n=	135,33	18,56	88	160	139	

Tabela 6 - Associação entre o resultado final do WHOQOL-SRPB por itens sobre Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90

(Conclusão)

		Resultado total do WHOQOL-SRPB					Valor de p
		Média	DP	Mínimo	Máximo	Mediana	
Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente	Discordo completamente (n=84)	132,71	18,07	88	160	135	
	Discordo (n=6)	127,50	20,98	99	160	125,50	
	Incerto (n=0)	-	-	-	-	-	0,427¶
	Concordo (n=0)	-	-	-	-	-	
	Concordo completamente (n=0)	-	-	-	-	-	
Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade	Discordo completamente (n=1)	127	-	127	127	127	
	Discordo (n=2)	98	1,41	97	99	98	
	Incerto (n=9)	129,55	16,56	105	160	128	0,037‖
	Concordo (n=28)	128,82	16,58	90	160	130,50	
	Concordo completamente (n=50)	136,34	18,21	88	160	140,50	
Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele	Discordo completamente (n=15)	141,33	16	108	160	140	
	Discordo (n=13)	127,15	22,14	97	155	123	
	Incerto (n=23)	127,69	15,25	90	152	128	0,578§
	Concordo (n=18)	129,33	19,49	88	158	131	
	Concordo completamente (n=21)	136,90	16,98	99	160	139	

Fonte: Dados da pesquisa

§ ANOVA a um fator. ¶ Teste Mann-Whitney. ‖ Teste Kruskal-Wallis.

Ao analisar o gênero dos estudantes e as respostas de conforto dos estudantes em orar com pacientes ou familiares, bem como o período em curso e o conforto dos acadêmicos com o pedido de oração, não foram observadas diferenças estatísticas significativas.

Foi observada a associação estatística significativa entre a experiência anterior em realizar o cuidado espiritual por meio da oração e o conforto dos estudantes de enfermagem em orar com um paciente (p=0,049) ou com seu familiar (p=0,009). Além disso, a experiência anterior em orar com um familiar de paciente também apresentou associação estatística significativa em relação às pessoas que se sentiriam desconfortáveis com essa experiência, seja com o paciente ou com familiar (p=0,060; p=0,030, respectivamente) (**Tabela 7**).

Tabela 7 - Experiência anterior em orar com um paciente ou familiar e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90

(Continua)

Variável sobre conforto		Experiência anterior em orar com um paciente ou família		Valor de p
		Sim (n%)	Não (n%)	
Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m)	Discordo completamente	0	1 (1,75)	0,049[I]
	Discordo	0	2 (3,51)	
	Incerto	0	6 (10,53)	
	Concordo	5 (15,15)	15 (26,32)	
	Concordo completamente	28 (84,85)	33 (57,89)	
Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse	Discordo completamente	0	1 (1,75)	0,009[I]
	Discordo	0	1 (1,75)	
	Incerto	0	7 (12,28)	
	Concordo	6 (18,18)	20 (35,09)	
	Concordo completamente	27 (81,82)	28 (49,12)	
Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação	Discordo completamente	24 (72,73)	25 (43,86)	0,060[I]
	Discordo	7 (21,21)	17 (29,82)	
	Incerto	2 (6,06)	10 (17,54)	
	Concordo	0	4 (7,02)	
	Concordo completamente	0	1 (1,75)	

Tabela 7 - Experiência anterior em orar com um paciente ou familiar e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90

(Continuação)

Variável sobre conforto		Experiência anterior em orar com um paciente ou família		Valor de p
		Sim (n%)	Não (n%)	
Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação	Discordo completamente	24 (72,73)	25 (43,86)	0,030[I]
	Discordo	8 (24,24)	20 (35,09)	
	Incerto	1 (3,03)	9 (15,79)	
	Concordo	0	3 (5,26)	
	Concordo completamente	0	0	
Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido mas iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	18 (54,55)	27 (47,37)	0,668[I]
	Discordo	11 (33,33)	16 (28,07)	
	Incerto	4 (12,12)	10 (17,54)	
	Concordo	0	3 (5,26)	
	Concordo completamente	0	1 (1,75)	
Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	1 (3,03)	3 (5,26)	0,260[I]
	Discordo	2 (6,06)	3 (5,26)	
	Incerto	6 (18,18)	8 (14,04)	
	Concordo	4 (12,12)	18 (31,58)	
	Concordo completamente	20 (60,61)	25 (43,86)	

Tabela 7 - Experiência anterior em orar com um paciente ou familiar e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente. n=90

(Conclusão)

Variável sobre conforto		Experiência anterior em orar com um paciente ou família		Valor de p
		Sim (n%)	Não (n%)	
Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente	Discordo completamente	33 (100)	51 (89,47)	0,082[I]
	Discordo	0	6 (10,53)	
	Incerto	0	0	
	Concordo	0	0	
	Concordo completamente	0	0	
Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade	Discordo completamente	0	1 (1,75)	0,955[I]
	Discordo	0	2 (3,51)	
	Incerto	3 (9,09)	6 (10,53)	
	Concordo	11 (33,33)	17 (29,82)	
	Concordo completamente	19 (57,58)	31 (54,39)	
Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele	Discordo completamente	7 (21.21)	8 (14,04)	0,489[I]
	Discordo	3 (9,09)	10 (17,54)	
	Incerto	11 (33,33)	12 (21,05)	
	Concordo	6 (18,18)	12 (21,05)	
	Concordo completamente	6 (18,18)	15 (26,32)	

Fonte: Dados da pesquisa

[I] Teste exato de Fisher.

Foi observada associação estatística significativa entre a identificação religiosa com o conforto de estudantes de enfermagem face ao pedido de oração do paciente ou familiares. Os estudantes que relataram alguma identificação religiosa se sentem mais confortáveis para realizar orações com o paciente (p=0,004) ou com familiar (p=0,006), bem como para dialogar com o paciente sobre sua espiritualidade (p=0,049), conforme **Tabela 8**.

Tabela 8 - Identificação com alguma religião e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiares. n=90

(Continua)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m)	Discordo completamente	0	0	1 (50,00)	
	Discordo	0	2 (11,11)	0	0,004‡
	Incerto	4 (5,71)	2 (11,11)	0	
	Concordo	14 (20,00)	6 (33,33)	0	
	Concordo completamente	52 (74,29)	8 (44,44)	1 (50,00)	
Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse	Discordo completamente	0	0	1 (50,00)	
	Discordo	0	1 (5,56)	0	0,006‡
	Incerto	4 (5,71)	3 (16,67)	0	
	Concordo	19 (27,14)	6 (33,33)	1 (50,00)	
	Concordo completamente	47 (67,14)	8 (44,44)	0	

Tabela 8 - Identificação com alguma religião e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiares. n=90

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação	Discordo completamente	38 (54,29)	11 (61,11)	0	0,095‡
	Discordo	18 (25,71)	5 (27,78)	1 (50,00)	
	Incerto	11 (15,71)	1 (5,56)	0	
	Concordo	3 (4,29)	1 (5,56)	0	
	Concordo completamente	0	0	1 (50,00)	
Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação	Discordo completamente	37 (52,86)	11 (61,11)	1 (50,00)	0,557‡
	Discordo	23 (32,86)	5 (27,78)	0	
	Incerto	8 (11,43)	1 (5.56)	0	
	Concordo	2 (2,86)	1 (5.56)	1 (50,00)	
	Concordo completamente	0	0	0	

Tabela 8 - Identificação com alguma religião e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiares. n=90

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião			
		Sim	**Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior**	**Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores**	**Valor de p**
Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido mas iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	36 (51,43)	8 (44,44)	1 (50,00)	
	Discordo	21 (30,00)	5 (27,78)	1 (50,00)	0,761‡
	Incerto	9 (12,86)	5 (27,78)	0	
	Concordo	3 (4,29)	0	0	
	Concordo completamente	1 (1,43)	0	0	
Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	4 (5,71)	0	0	
	Discordo	5 (7,14)	0	0	0,591‡
	Incerto	9 (12,86)	5 (27,78)	0	
	Concordo	19 (27,14)	3 (16,67)	0	
	Concordo completamente	33 (47,14)	10 (55,56)	2 (100)	

Tabela 8 - Identificação com alguma religião e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiares. n=90

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião			
		Sim	**Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior**	**Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores**	**Valor de p**
Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente	Discordo completamente	66 (94,29)	16 (88,89)	2 (100)	
	Discordo	4 (5,71)	2 (11,11)	0	0,650‡
	Incerto	0	0	0	
	Concordo	0	0	0	
	Concordo completamente	0	0	0	
Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade	Discordo completamente	1 (1,43)	0	0	
	Discordo	0	2 (11,11)	0	0,049‡
	Incerto	8 (11,43)	1 (5,56)	0	
	Concordo	19 (27,14)	9 (50,00)	0	
	Concordo completamente	42 (60,00)	6 (33,33)	2 (100)	

Tabela 8 - Identificação com alguma religião e Conforto do Estudante de Enfermagem face a um Pedido de Oração pelo paciente ou familiares. n=90

(Conclusão)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião			
		Sim	**Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior**	**Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores**	**Valor de p**
Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele	Discordo completamente	12 (17,14)	3 (16,67)	0	0,226‡
	Discordo	8 (11,43)	5 (27,78)	0	
	Incerto	17 (24,29)	6 (33,33)	0	
	Concordo	14 (20,00)	3 (16,67)	1 (50,00)	
	Concordo completamente	19 (27,14)	1 (5,56)	1 (50,00)	

Fonte: Dados da pesquisa
‡Teste exato de Fisher.

Ademais, observou-se que identificar-se ou não com as religiões católica e/ou evangélica-protestantenão alterou a percepção dos estudantes sobre o conforto em orar com pacientes e seus familiares.

4.3 Resultados qualitativos

Quando perguntados acerca do pedido de oração em 3 diferentes cenários foi encontrada uma diversidade de respostas distribuídas entre atenderiam ao pedido, não atenderiam, talvez atenderiam e não sabiam se orariam com o paciente.

4.3.1 1º Cenário: Pedido de oração de um paciente estável e sozinho

Quando os entrevistados foram perguntados se atenderiam ao pedido de oração de um paciente estável e sozinho, foi referido por três (3,33%) participantes que "talvez atenderia", sendo sua decisão condicionada a algo. No que se refere ao não atendimento do pedido de oração, quatro participantes (4,44%) referiram que não sabiam como conduziriam a situação.

Entre os 83 (92,22%) estudantes que atenderiam ao pedido de oração de paciente estável e sozinho olhando através de uma janela. Entre eles, 67 (80,70%) estudantes possuem alguma crença religiosa, 15 (18,10%) referem acreditar em forças transcendentais e um (01,02%) não possuem crenças. Além disso, 68 (81,92%) estudantes referiram conforto em orar com um paciente e 51 (61,4%) alunos nunca tiveram experiência anterior acerca dessa prática no cuidado. Ademais, observou-se uma média de idade de 24,47, 45 (54,21%) cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 131,81, desvio padrão de 22,89, valor mínimo de 89 e máximo de 160.

Foi observado que entre os que oraram, 16 (19,27%) estudantes fariam a oração segundo o sistema de crenças do indivíduo solicitasse, pedindo a ele inclusive que conduzisse a oração da forma mais confortável a ele, ou até mesmo o ensinasse a orar conforme a sua preferência. Esse fato pode ser evidenciado nos trechos a seguir:

> Diria que sim e ficaria em silêncio deixando que ela conduzisse sua oração de acordo com sua crença, mas ao mesmo tempo não deixaria de realizar minha oração mentalmente e desejar energias de amor e cura para ela. (P14)
>
> Claro, como gostaria que fosse? Gostaria de conduzir? O que desejas com essa oração? (P15)
>
> Posso orar junto com você! A senhora conhece a oração do "Pai Nosso"? Se sim,

> podemos rezar juntas essa oração? Se não, eu posso fazer essa oração e a senhora faz a oração que preferir. (P53)

Foram identificados também outros 11 participantes (13,25%) que reconhecem que fariam a oração de acordo com seu próprio sistema de crenças. Esse cenário pode ser evidenciado nas respostas disponíveis a seguir:

> Eu oraria por ela na minha maneira de orar, clamando pelo sangue de Jesus. (P13)

> Eu rezaria com ela, ainda mais o terço a Maria. (P22)

Outros 11 estudantes (13,25%) evidenciaram que além de orar, aproveitariam o momento em que o paciente realiza o pedido de oração para acolher outras necessidades do paciente. Esse contexto pode ser observado nos seguintes fragmentos de discurso:

> Oraria com ela sim, sem problemas. Procuraria fazer uma oração junto com ela. E tentar saber como ela está se sentindo. (P7)

> Responderia que oraria e ao término perguntaria se ela esta sentindo a necessidade de um suporte espiritual. (P9)

> Eu oraria e conversaria com a pessoa, caso ela quisesse e tentaria conversar com ela sobre o que estaria passando. (P50)

Outros 14 discentes (16,86%) indicam que além de orar, valorizariam a importância da queixa relacionada a espiritualidade, sendo destacados nos fragmentos a seguir:

> Não tenho nenhuma religião, mas reconheço a força da espiritualidade no processo de tratamento dos pacientes, estarei em oração por você. (P43)

> Responderia algo que seja gentil, universal ou mais geral, como: o cuidado com nossa parte espiritual e mental pode fazer muito por nós, principalmente em contextos como esse, em que a senhora se recupera. (P48)

> que bom que você tem interesse espiritual! isso nos traz muito conforto nos dias difíceis. (P51)

Já em outros 07 (08,43%) acadêmicos de enfermagem evidenciaram que ainda que tenham concordado em realizar a oração, relataram um receio acerca do tempo disponível para a prestação do cuidado espiritual por meio da oração em vista das demais atribuições.

> Sento sim, mas não posso demorar. (P26)

> (caso eu estivesse mais livre, responderia) Certamente, a Sra. tem alguma oração em mente? (caso eu estivesse ocupada, responderia) Sra., no momento eu estou um pouco

> ocupada. A Sra. me aguarda um instante? Assim que eu acabar de fazer x, retorno aqui e fazemos uma oração juntas, pode ser? (P60)
>
> Se eu estivesse com muitos afazeres responderia q voltaria depois, se não, eu responderia que sim […]. (P65)

Foi observada no segmento de resposta de três (3,33%) participantes que eles talvez orariam com o paciente, sendo sua decisão condicionada a algo. Entre esses participantes observou-se que dois estudantes (66,70%) possuem alguma crença religiosa, um (33,33%) referem acreditar em forças transcendentais. Ademais, dois (66,70%) indicaram desconforto em orar com um paciente e familiar e nunca tiveram experiência anterior em orar com paciente ou familiar. Ademais, observou-se uma média de idade de 24, todos os três estudantes cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 115,67, desvio padrão de 12,28, valor mínimo de 106 e máximo de 133.

O receio acerca do tempo foi observado também entre os participantes que demonstraram que talvez orariam com o paciente, visto que a sua oração estaria condicionada a disponibilidade de tempo e ao término de suas demais atribuições. Caso não estivesse disponível, infere-se que talvez o participante não oraria. Essa observação pode ser vislumbrada no texto em destaque:

> Se naquele momento não fosse atrapalhar na assistência, oraria! (P55)
>
> Caso eu tenha tempo, digo: Claro! Faço uma oração com você. [illegible]Caso não tenha tempo, digo: Olha, nesse momento eu tenho muitas tarefas que precisam da minha atenção urgente. Posso pedir para que outra pessoa ore com você? Posso voltar daqui a pouco ou no próximo plantão? Caso queira, posso pedir para o padre vir também. (P90)

Dois participantes indicaram que não saberiam qual decisão tomaria. Somente 04 (04,80%) participantes evidenciaram que não incluíram a oração em suas respostas, mas fariam uso da aproximação e toque para acolher o paciente. Além disso, um participante não indicou se oraria por referir dúvidas quanto às questões éticas e legais do enfermeiro realizar essa prática sem trazer prejuízos ao paciente. Os fragmentos de discurso desses participantes estão disponíveis no **Quadro 1** a seguir, quando estão apresentadas a mixagem dos as de resultados quantitativos e qualitativos.

4.3.2 2º Cenário: Pedido de oração de um paciente instável diante de outros profissionais

Já em relação ao pedido de oração de um paciente instável diante de outros profissionais, observou-se predominância de participantes afirmam que orariam (n=83, 92,20%), sendo que 04 (04,40%) discentes afirmam que talvez atenderiam ao pedido, dois (02,20%) participantes afirmaram não saber o que deveria ser feito e um (01,10%) participante não incluiu o atendimento ao pedido de oração em sua resposta, embora não tenha respondido afirmativamente que não oraria.

Entre os 83 segmentos em que se reconheceu que os participantes atenderiam ao pedido de oração de um paciente instável diante de outros profissionais. Em meio aos que atenderam ao pedido de oração nesse cenário, identificou-se que 65 (78,30%) deles possuem alguma crença religiosa, 16 (19,30%) creem em forças transcendentais e dois (02,40%) não possuem crenças. No que se refere ao conforto em orar, 68 (81,92%) se sentem confortáveis em atender ao pedido de oração de um paciente e familiar, sendo que 51 (61,40%) afirmaram que nunca tiveram essa experiência. Acerca da idade, notou-se uma média de idade de 24,75, 46 (55,42%) dos alunos cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 130,17, desvio padrão de 23,19, valor mínimo de 88 e máximo de 160.

Além disso, notou-se que a maior parte dos alunos fariam a oração de modo rápido, sem interromper as demais atribuições, podendo ser em silêncio ou em voz alta, independentemente dos profissionais ao redor. Essa constatação é evidenciada na seguinte sentença:

> Eu responderia que já estava orando em espirito mas que faria em voz alta se ele desejasse e não importaria quem estava ao meu redor, pediria para ele me ajudar. (P4)
>
> Claro, farei uma breve oração enquanto prestamos seus cuidados e quando te estabilizarmos faremos uma oração mais longa conforme seu desejo. (P12)
>
> Neste momento, precisamos estabilizar o senhor. Não consigo/posso orar em voz alta, mas vou orar por você em pensamento. Feche os olhos e medite também. (P90)

Nos segmentos em destaque observa-se que outros 08 (09,63%) participantes atenderiam ao pedido após o término de sua estabilização:

> Oraria por ele assim que sentisse segurança na estabilização física dele. Não deixaria de fazer os procedimentos necessários antes de orar. (P44)
>
> Posso orar sim (nome do paciente), poderemos orar juntos mais tarde. Neste momento estamos trabalhando para te manter estável/ bem. (P53)
>
> [...] explicaria ao paciente e diria que poderíamos orar juntos assim que acabasse as

> ações para estabilização. (P87)

Em outra resposta disponibilizada a seguir observou-se que 01 (01,20%) participante convidaria outros interessados para participarem da oração:

> Daria as mão ao paciente e a quem mais quisesse participar e faria uma breve oração a Deus pelo paciente. (P83)

Em relação aos 04 (04,44%) indivíduos que demonstraram que talvez atenderiam ao pedido notou-se um (25,00%) crê em forças transcendentais e o restante (75,00%) possui alguma crença religiosa. Já em relação ao conforto em orar, somente metade deles referem conforto em orar, os quatro nunca tiveram essa experiência. Acerca da idade, notou-se uma média de idade de 20, dois (50,00%) cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 136,75, desvio padrão de 18,35, valor mínimo de 106 e máximo de 153.

Entre seus fragmentos de discurso observou-se que sua tomada de decisão iria depender da aprovação dos demais integrantes da equipe conforme o disposto a seguir:

> Eu perguntaria aos responsáveis pelo caso no momento se eu poderia orar pelo paciente. (P45)

> se ninguém mais se objetar, eu posso fazer isso por você enquanto os outros continuam a te ajudar. alguma objeção, equipe? (P51)

Já entre os dois (02,40%) estudantes que referiram não saber qual conduta tomar diante desse cenário, observou-se que entre esses participantes observou-se que um possui alguma crença religiosa e o outro crê em forças transcendentais. Ambos referiram conforto em orar com um paciente e familiar e somente um relata já ter orado com paciente ou familiar. A média de idade entre eles foi de 28,5, todos cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 134,5, desvio padrão de 7,50, valor mínimo de 127 e máximo de 142.

Com base nas respostas desses participantes diante desse cenário observou-se que o contexto de instabilidade desse paciente trouxe dúvidas em relação à melhor tomada de decisão. Essa afirmação pode ser exemplificada no seguinte fragmento de discurso:

> Sinceramente eu nunca tive experiência em uma sala de emergência para saber como seria um momento como esse. Enfim, se eu parar o paciente morre? Mas com certeza se fosse possível eu tentaria atender o pedido do paciente, pois o essencial é que ele fique bem e se sinta acolhido. (P7)

> Não sei qual seria minha reação em um momento de tanta pressão. (P9)

Um estudante não demonstrou em suas respostas que atenderiam ao pedido, foi referido pelo participante que ele faria um acolhimento espiritual e referenciaria o paciente para um representante religioso. Esse relato é identificado no Quadro 1 a seguir, seção mescla de resultados quantitativos e qualitativos.

4.3.3 3º Cenário: Pedido de oração de paciente com crença religiosa diferente

No que tange ao processo de tomada de decisão de orar com um paciente com crença religiosa sabidamente diferente da que o estudante de enfermagem se identifica, notou-se que a quantidade de estudantes de enfermagem que evidenciou que, em relação ao primeiro e segundo cenário a quantidade de indivíduos que talvez oraria se elevou para 10 (11,11%), os que não atenderiam se reduziu para dois (02,22%) participantes e os que atenderiam ao pedido se reduziu para 78 (86,6%) estudantes. Nessa alternativa nenhum participante evidenciou dúvidas sobre sua decisão.

Entre os 78 participantes que aceitaram o pedido de oração no terceiro cenário, 58 (74,40%) deles possui alguma crença religiosa. Todos os participantes que creem em forças transcendentais (n=18, 19,98%) e que não indicaram crenças religiosas (n=2, 2,22%) aceitaram ao pedido de oração nesse cenário. A maior parte desses estudantes (n=68, 85,89%) relatou conforto em orar com um paciente e familiar e 47 (60,3%) relata já ter orado com paciente ou familiar. A média de idade entre eles foi de 24,4, 43 (55,12%) cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 130,92, desvio padrão de 23,92, valor mínimo de 88 e máximo de 160.

Entre as respostas dos estudantes que optaram por orar diante desse cenário, identificou-se que 03 (03,84%) respondentes afirmaram que atenderiam por meio de oração universal de modo ecumênico. Essa afirmação é evidenciada na seguinte sentença:

> Diria que sim, e faria uma oração de amor e iluminação de modo universal. (P14)

> Oraria de forma imparcial dentro das minhas crenças, no geral as pessoas são compreensivas e respeitosas. (P91)

Já entre os 10 (11,11%) participantes que talvez orariam, no terceiro cenário, destaca-se que todos possuem alguma crença religiosa, somente dois (20,00%) relatou conforto em orar com um paciente e familiar e experiência anterior em orar paciente ou familiar. A média de

idade entre eles foi de 25, 07 (70,00%) desses estudantes cursavam entre o 6º e o 10º período e apresentaram média de escore de espiritualidade de 127,10, desvio padrão de 10,16, valor mínimo de 106 e máximo de 140.

Observou-se também que a disponibilidade desses discentes para orar estava condicionada à aceitação pelo paciente quanto ao sistema de crenças que o estudante se identifica. Essa constatação é reconhecida nos seguintes trechos:

> Eu informaria que sou de uma religião diferente, mas ofereceria meu suporte espiritual se ela aceitasse eu expressar de uma forma diferente. (P32)
>
> Se professamos a fé cristã, o mesmo Deus, oraria por ele. Caso contrário, diria-lhe que poderia orar por ele de acordo com minha fé, no meu Deus, se concordar, por mim tudo bem. (P83)
>
> Depende da crença. Se encaixesse no que eu tenho conhecimenton realizaria a oração. Mas caso fosse um religião a qual não tenho conhecimento, tentaria solicitar alguém que melhor pudesse realizar o ato. A não ser que o paciente não se opusesse a receber oração a qual eu tenho conhecimento. (P84)

Nenhum participante demonstrou dúvidas em orar ou não orar com um paciente que se identifica com outro sistema de crenças. Já os dois (02,22%) participantes que se não informaram que orariam, notou-se que os participantes encaminharam o paciente para que esse acolhimento fosse feito por um representante religioso. Essa afirmação é constatada no segmento de discurso disponível no Quadro 1 a seguir, seção mescla de resultados quantitativos e qualitativos.

4.4 Integração de resultados quantitativos e qualitativos

Entre os dois (2,22%) estudantes de enfermagem que declararam que não se reconhecem com nenhuma crença ou força transcendental, nenhum deles relatou experiência anterior em orar com o paciente ou familiar. Apesar de um acadêmico não ter orado com o paciente em um dos três cenários, não houve resposta negativa desse estudante diante do pedido de oração proposto no questionário de conforto. Por sua vez, ainda que outro discente aceitasse realizar a oração, esse referiu se sentir desconfortável com o pedido de oração de um paciente ou familiar. Além disso, ambos referiram conforto em conversar sobre as necessidades espirituais do paciente. Ao observarmos seus escores no WHOQOL-SRPB, observou-se o escore médio de 93,50, um desvio padrão de 18,95, sendo que o menor escore de espiritualidade ocorreu em quem recusou o pedido de oração (88) e a maior em quem aceitou (99).

Já em relação aos 18 (20,00%) discentes que afirmaram que não se identificam com crenças religiosas, mas creem em uma força superior transcendental, 12 (66,66%) deles nunca tiveram experiência em receber um pedido de oração. Apenas dois deles não atenderam a oração nos 1º e 2º cenários propostos, mas não referiram recusa quando perguntados no questionário de conforto. Além disso, os estudantes referiram conforto em conversar sobre as necessidades espirituais do paciente. Ao observarmos seus escores no WHOQOL-SRPB dos estudantes que oraram mesmo não crendo em Deus mas creem em forças transcendentais superiores, observou-se o escore médio de 115,12, um desvio padrão de 17,04, com pontuação total mínima de 89 e máxima de 159. Já em relação aos dois participantes que tem essa mesma crença espiritual e que não atenderam ao pedido de oração observou-se o escore médio de 133,5, um desvio padrão de 4,65, com pontuação total mínima de 127 e máxima de 140.

Diante do 1º cenário, 17 participantes que creem somente em uma força superior transcendental aceitaram o pedido de oração, seguido de 16 estudantes no 2º cenário e 18 no último. Ainda que aceitassem ao pedido, um participante desse público relatou desconforto em realizar a oração nas três simulações hipotéticas e dois relataram desconforto somente na 2ª situação

> Tentaria orar um pouco só para deixá-la mais acolhida, mas ficaria desconfortável com a situação e tentaria não permanecer muito tempo. (P5 - 1º cenário)
>
> Ficaria desconfortável, mas faria uma oração de amor e cura de modo universal sem considerar crenças ou religiões específicas. (P14 - 2º cenário)
>
> Que iria orar, mas me sentiria desconfortável, por não tenho uma crença religiosa. (P5 - 3º cenário)

Além disso cinco participantes com essa mesma identidade religiosa além de aceitar o pedido de oração feito na primeira simulação, se propôs a fazê-lo segundo o sistema de crenças do indivíduo. No segundo cenário essa quantidade se reduziu para dois e no terceiro elevou para sete estudantes. Essas evidências podem ser observadas nos seguintes fragmentos de discurso:

> Perguntaria se ela tem algum nome específico para se referir a Deus ou se deseja direcionar a oração à alguma entidade em especial. Em seguida, faria a oração de acordo com o pedido da paciente. (P49 - 3º cenário)
>
> Posso orar com você, mas você terá que me guiar/ajudar, pois não sei como vocês fazem as orações e rituais na sua religião. Caso precise, podemos chamar um guia e arrumar o ambiente, na medida do possível, para que fique o mais confortável e adequado a sua religião. (Em minhas experiências no Hospital das Clínicas da UFMG, já ajudei uma mulher a montar um altar em seu quarto). (P90 - 3º cenário)

Por sua vez, evidenciou-se que um discente talvez oraria no diante do primeiro cenário caso a conduta não atrapalhasse demais atribuições ao observarmos o fragmento do discurso a seguir:

> Caso eu tenha tempo, digo: Claro! Faço uma oração com você. Caso não tenha tempo, digo: Olha, nesse momento eu tenho muitas tarefas que precisam da minha atenção urgente. Posso pedir para que outra pessoa ore com você? Posso voltar daqui a pouco ou no próximo plantão? Caso queira, posso pedir para o padre vir também. (P90)

Outros 2 acadêmicos pertencentes a esse público referiram dúvida quanto a tomada de decisão diante do 2º cenário ao observarmos os seguintes fragmentos de discurso:

> Sinceramente eu nunca tive experiência em uma sala de emergência para saber como seria um momento como esse. Enfim, se eu parar o paciente morre? Mas com certeza se fosse possível eu tentaria atender o pedido do paciente, pois o essencial é que ele fique bem e se sinta acolhido. (P7)

> É difícil ter certeza do que faria, porque viver é bem diferente de imaginar. Mas creio que aceitaria dizendo que sim, poderia orar por ele. (P75)

Em relação a crença religiosa dos estudantes que referiram na análise do discurso que não orariam em um dos 3 cenários, observou-se que 03 eram católicos e 01 evangélicos-protestantes, tinham média de idade de 20,25, idade mínima de 19 e máxima de 21 e todos eles frequentavam até o 5º período. No que se refere a sua experiência anterior em orar, 02 já oraram com um familiar e 02 nunca receberam esse pedido. Somente um estudante não atendeu ao pedido de oração proposto no questionário de conforto mas referenciaria para um representante religioso. Todos os quatro referiram se sentir desconfortável com o pedido de oração de um paciente ou familiar. Ao observarmos seus escores no WHOQOL-SRPB, observou-se o escore médio de 141,25, um desvio padrão de 27,72, escore mínimo de 127 e máximo de 160.

Do total de sete de participantes que não incluíram a oração em sua resposta a um dos três cenários (n=07) observou-se uma maior incidência no primeiro cenário simulado (n=4), seguido decrescentemente do terceiro (n=2) e segundo cenário (n=1). A maior parte desses estudantes estavam cursando do 1º ao 5º período de curso (n=5) e tinham crenças religiosas (n=4). Além disso, 02 estudantes reconheceram já ter orado anteriormente com um paciente ou familiar. A média de idade desses discentes foi de 20,85 e o escore de espiritualidade evidenciado no instrumento WHOQOL-SRPB foi de 131,42, escore mínimo de 88 e máximo de 160, sendo seu desvio padrão de 22,99. Esses resultados, assim como o fragmento de discurso dos participantes são evidenciados no quadro 1 a seguir. O quadro 1 a seguir apresenta

as informações descritas por cenário e relacionadas aos relatos dos participantes.

Quadro 1 - Resultados quantitativos e qualitativos de estudantes de enfermagem que recusaram o pedido de oração feito pelo paciente na análise do discurso de três cenários simulados. n=07

Resultados quantitativos de estudantes de enfermagem de acordo com o pedido de oração em cada cenário (n=07)

Caracterização de estudantes de acordo com a resposta ao pedido de oração por cenário

	1° Cenário				2° Cenário				3° Cenário			
Variáveis	Orariam (%)	Talvez orariam (%)	Não sabe (%)	Não orariam (%)	Orariam (%)	Talvez orariam (%)	Não sabe (%)	Não orariam (%)	Orariam (%)	Talvez orariam (%)	Não sabe (%)	Não orariam (%)
1° ao 5° período	38 (45,78)	0	0	2 (50,00)	37 (44,57)	02 (50,00)	0	1 (100)	35 (44,87)	03 (30,00)	0	2 (100)
6° ao 10° período	45 (54,21)	03 (100)	0	2 (50,00)	46 (55,42)	02 (50,00)	02 (100,00)	0	43 (55,12)	07 (70,00)	0	0
Não se identifica com denominações religiosas mas crê em uma força superior transcendental	15 (18,10)	0	0	2 (50,00)	16 (19,30)	01 (25,00)	01 (50,00)	0	18 (19,98)	0	0	0
Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores transcendentais	01 (01,02)	01 (33,33)	0	1 (25,00)	2 (02,04)	0	0	0	2, (2,22)	0	0	0
Crença religiosa	67 (80,70)	02 (66,70)	0	1 (25,00)	65 (78,30)	03 (75,00)	01 (50,00)	1 (100)	58 (74,40)	10 (100)	0	1 (50,00
Experiência em orar com paciente ou familiar	32 (38,55)	0	0	1 (25,00)	32 (38,55)	0	01 (50,00)	0	47 (60,3)	02 (20,00)	0	0
Conforto em orar com paciente ou familiar	68 (81,92)	01 (33,33)	0	3 (75,00)	68 (81,92)	02 (50,00)	02 (100,00)	0	68 (85,89)	02 (20,00)	0	1
Média de idade	24,47	24,00	0	21	24,75	20,00	28,5	20,00	24,4	25,00	0	21,00
Média total WHOQOL-SRPB	131,81	115,67	0	120,75	130,17	136,75	134,5	150,00	130,92	127,10	0	143,50
Total	83	3	0	4	83	4	2	1	78	10	0	2

Resultados qualitativos de estudantes de enfermagem que atenderam ao pedido de oração em cada cenário (n=07)

1º Cenário:

"Eu ficaria incerta se é certo rezar com um paciente, principalmente porque o Brasil é um país laico e eu teria receio em ofender alguém. Então eu buscaria por informações" (P32).
"Sentaria com a paciente por alguns instantes" (P56).

"Diria que após atender os demais pacientes, poderia voltar e fazer companhia a ela, para que segurasse sua mão enquanto orasse" (P75).

"Não sei orar mas te faço companhia" (P89).

2º cenário:

"Iria tentar acalmá-lo conversando sobre espiritualidade enquanto peço a outro profissional que chame um representante religioso." (P23)

3º cenário:

"..Eu recusaria e buscaria uma solução junto do paciente como encontrar alguém de crença semelhante ao entorno." (P70)
"Perguntaria se eu poderia chamar alguém que compartilhasse da mesma fé que a dela para juntos (ela e o representante da sua fé) realizarem a oração." (P42)

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisarmos a relação entre a identificação com alguma religião e o Conforto de Estudantes de Enfermagem que recusaram um Pedido de Oração pelo paciente nos 3 cenários (n=07), destaca-se que não houve associação entre crença religiosa e as variáveis de desconforto ou não atendimento do pedido de oração.

Somente um estudante não atendeu ao pedido em um dos 3 cenários referiu recusa ao pedido de oração no questionário de conforto e outros 2 ficaram na dúvida sobre sua tomada de decisão. O discente que recusou ao pedido no questionário de conforto se reconhece com a religião católica, quem esteve em dúvida se identifica com a religião evangélica-protestante e outro afirmou crer somente em forças superiores transcendentais. Esses resultados são evidenciados no **Tabela 9** a seguir.

Tabela 9 - Identificação com alguma religião e conforto de estudantes de enfermagem que recusaram um pedido de oração pelo paciente nos três cenários. n=07

(Continua)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que recusaram pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m)	Discordo completamente	0	0	0	0,428‡
	Discordo	0	0	0	
	Incerto	0	1 (50,00)	0	
	Concordo	1 (25,00)	0	0	
	Concordo completamente	3 (75,00)	1 (50,00)	1 (100,00)	
Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse	Discordo completamente	0	0	0	0,428‡
	Discordo	0	0	0	
	Incerto	0	1 (50,00)	0	
	Concordo	1 (25,00)	0	1 (100,00)	
	Concordo completamente	3 (75,00)	1 (50,00)	0	

Tabela 9 - Identificação com alguma religião e conforto de estudantes de enfermagem que recusaram um pedido de oração pelo paciente nos três cenários. n=07

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que recusaram pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação	Discordo completamente	2 (50,00)	1 (50,00)	0	1,000‡
	Discordo	2 (50,00)	1 (50,00)	1 (100,00)	
	Incerto	0	0	0	
	Concordo	0	0	0	
	Concordo completamente	0	0	0	
Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação	Discordo completamente	2 (50,00)	1 (50,00)	0	0.428‡
	Discordo	2 (50,00)	1 (50,00)	0	
	Incerto	0	0	0	
	Concordo	0	0	1 (100,00)	
	Concordo completamente	0	0	0	

Tabela 9 - Identificação com alguma religião e conforto de estudantes de enfermagem que recusaram um pedido de oração pelo paciente nos três cenários. n=07

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que recusaram pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido mas iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	1 (25,00)	0	0	1,000‡
	Discordo	1 (25,00)	1 (50,00)	1 (100,00)	
	Incerto	1 (25,00)	1 (50,00)	0	
	Concordo	1 (25,00)	0	0	
	Concordo completamente	0	0	0	
Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	0	0	0	1,000‡
	Discordo	0	0	0	
	Incerto	1 (25,00)	1 (50,00)	0	
	Concordo	1 (25,00)	1 (50,00)	0	
	Concordo completamente	2 (50,00)	0	1 (100)	

Tabela 9 - Identificação com alguma religião e conforto de estudantes de enfermagem que recusaram um pedido de oração pelo paciente nos três cenários. n=07

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que recusaram pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente	Discordo completamente	3 (75,00)	1 (50,00)	1 (100)	
	Discordo	1 (25,00)	1 (50,00)	0	1,000‡
	Incerto	0	0	0	
	Concordo	0	0	0	
	Concordo completamente	0	0	0	
Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade	Discordo completamente	0	0	0	
	Discordo	0	0	0	0,428‡
	Incerto	2 (50,00)	0	0	
	Concordo	1 (25,00)	2 (100)	0	
	Concordo completamente	1 (25,00)	0	1 (100)	

Tabela 9 - Identificação com alguma religião e conforto de estudantes de enfermagem que recusaram um pedido de oração pelo paciente nos três cenários. n=07

(Conclusão)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que recusaram pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele	Discordo completamente	0	0	0	0,428‡
	Discordo	0	0	0	
	Incerto	0	1 (50,00)	0	
	Concordo	2 (50,00)	1 (50,00)	1 (100,00)	
	Concordo completamente	2 (50,00)	0	0	

Fonte: Dados da pesquisa
‡Teste exato de Fisher.

Quando analisamos a relação entre os discentes que aceitaram o pedido de oração e a crença religiosa (n=83), destaca-se que houve associação entre crença religiosa e conforto para atendimento ao pedido de oração (p=0,050). Somente um estudante que recusou o pedido em um dos 3 cenários referiu que um não atendimento ao pedido de oração no questionário de conforto e outros 2 ficaram na dúvida sobre sua tomada de decisão. O discente que recusou ao pedido no questionário de conforto se reconhece com a religião católica. Entre os estudantes que demonstraram dúvida sobre o aceite do pedido, um se identifica com a religião evangélica-protestante e outro afirmou crer somente em forças superiores transcendentais. Esses resultados são evidenciados no **Tabela 10** a seguir.

Tabela 10 - Identificação com alguma religião e conforto do estudante de enfermagem que atenderam ao pedido de oração nos 3 cenários. n=83

(Continua)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m)	Discordo completamente	0	0	1 (100,00)	
	Discordo	0	2 (12,50)	0	0,050‡
	Incerto	4 (60,60)	1 (06,25)	0	
	Concordo	13 (19,69)	6 (37,50)	0	
	Concordo completamente	49 (74,24)	7 (43,75)	0	
Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse	Discordo completamente	0	0	1 (100,00)	
	Discordo	0	1 (06,25)	0	0,050‡
	Incerto	4 (60,60)	2 (12,50)	0	
	Concordo	18 (27,27)	6 (37,50)	0	
	Concordo completamente	44 (66,66)	7 (43,75)	0	

Tabela 10 - Identificação com alguma religião e conforto do estudante de enfermagem que atenderam ao pedido de oração nos 3 cenários. n=83

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação	Discordo completamente	36 (54,54)	10 (62,50)	0	0,270‡
	Discordo	16 (24,24)	4 (25,00)	0	
	Incerto	11 (16,66)	1 (06,25)	0	
	Concordo	3 (04,54)	1 (06,25)	0	
	Concordo completamente	0	0	1 (100,00)	
Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação	Discordo completamente	35 (53,03)	10 (62,50)	1 (100,00)	0,501‡
	Discordo	21 (31,81)	4 (25,00)	0	
	Incerto	8 (12,12)	1 (06,25)	0	
	Concordo	2 (03,03)	1 (06,25)	0	
	Concordo completamente	0	0	0	

Tabela 10 - Identificação com alguma religião e conforto do estudante de enfermagem que atenderam ao pedido de oração nos 3 cenários. n=83

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido mas iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	35 (53,03)	8 (50,00)	1 (100,00)	
	Discordo	20 (30,30)	4 (25,00)	0	1,000‡
	Incerto	8 (12,12)	4 (25,00)	0	
	Concordo	2 (03,03)	0	0	
	Concordo completamente	1 (1,51)	0	0	
Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso	Discordo completamente	4 (06,06)	0	0	
	Discordo	5 (7,57)	0	0	1,000‡
	Incerto	8 (12,12)	4 (25,00)	0	
	Concordo	18 (27,27)	2 (12,50)	0	
	Concordo completamente	31 (46,96)	10 (62,50)	1 (100)	

Tabela 10 - Identificação com alguma religião e conforto do estudante de enfermagem que atenderam ao pedido de oração nos 3 cenários. n=83

(Continuação)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente	Discordo completamente	63 (95,45)	15 (93,75)	1 (100)	
	Discordo	3 (4,54)	1 (06,25)	0	1,000‡
	Incerto	0	0	0	
	Concordo	0	0	0	
	Concordo completamente	0	0	0	
Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade	Discordo completamente	1 (1,51)	0	0	
	Discordo	0	2 (12,50)	0	0,420‡
	Incerto	6 (09,09)	1 (06,25)	0	
	Concordo	18 (27,27)	7 (43,75)	0	
	Concordo completamente	41 (62,12)	6 (37,50)	1 (100)	

Tabela 10 - Identificação com alguma religião e conforto do estudante de enfermagem que atenderam ao pedido de oração nos 3 cenários. n=83

(Conclusão)

Variável sobre conforto		Identificação com alguma religião entre estudantes que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários			Valor de p
		Sim	Não se identifica com denominações religiosas, mas crê em força superior	Não se identifica com denominações religiosas nem em forças superiores	
Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele	Discordo completamente	12 (18,18)	3 (18,75)	0	0,167‡
	Discordo	8 (12,12)	5 (31,25)	0	
	Incerto	17 (25,75)	5 (31,25)	0	
	Concordo	12 (18,18)	2 (12,50)	0	
	Concordo completamente	17 (25,75)	1 (06,25)	1 (100,00)	

Fonte: Dados da pesquisa
‡Teste exato de Fisher.

Entre os que nunca tiveram a experiência anterior de orar com paciente e que aceitaram o pedido de oração proposto nos 3 cenários, observou-se que 25 deles cursavam entre o 1º e o 5º período e 28 deles estão matriculados entro o 6º e 10º período. Por sua vez, não houve diferença estatisticamente significativa que indique associação entre eles. Esses resultados são descritos na **tabela 11** a seguir.

Tabela 11 - Período do curso e experiência anterior de alunos que aceitaram o pedido de oração nos 3 cenários.

Tempo de curso	Experiência anterior em rezar com um doente ou família		Valor de p
	Sim (n%)	Não (n%)	
Oraram nos 3 cenários (n=83)			
1º ao 5º período	25	10	
6º ao 10º período	28	20	0,253‡
Não oraram nos 3 cenários (n=7)			
1º ao 5º período	3	2	
6º ao 10º período	1	1	1,0‡
Todos de participantes (n=90)			
1º ao 5º período	28	12	
6º ao 10º período	29	21	0,276‡

Fonte: Dados da pesquisa
‡Teste exato de Fisher.

Observou-se também uma associação estatisticamente significativa entre idade até 23 anos e a tomada de decisão de orar (p=0,01). Esses resultados são apresentados na **tabela 12** a seguir.

Tabela 12 - Idade e atendimento ao pedido de oração nos 3 cenários.

Idade	**Oraram**	**Não oraram**	**Valor de p**
Até 23 anos	44	7	
Mais de 23 anos	39	0	0,017‡
Total	83	7	

Fonte: Dados da pesquisa
‡Teste exato de Fisher.

5 DISCUSSÃO

Esse estudo objetivou explorar o conforto de acadêmicos de enfermagem com a solicitação de oração iniciada pelo paciente em diferentes cenários simulados.

Ao observarmos a taxa de resposta da amostra contactada, destaca-se que a não captação de uma quantidade maior de participantes pode estar relacionado ao contexto de pandemia do COVID-19 em que o estudo se deu. Tendo em vista que a coleta de dados ocorreu em meio a um cenário de isolamento social, os autores não tiveram a oportunidade de mobilizar de modo presencial a captação de novos participantes.

Além disso, esse contexto fez com que a coleta de dados de outras pesquisas ocorresse nesse mesmo molde, fazendo assim com que houvesse uma elevada quantidade de pesquisas virtuais num mesmo período, o que pode ter interferido na disponibilidade dos indivíduos em participar delas (ARAUJO *et al*, 2021). Ademais, as medidas de restrição social elevaram a demanda de atribuições dos indivíduos, de modo que, ainda que os indivíduos estivessem em trabalho remoto domiciliar, ocorreu uma sobrecarga de trabalho e menor disponibilidade de tempo (MODESTO; SOUZA e RODRIGUES, 2020).

No que se refere a caracterização dos estudantes de enfermagem, a maioria dos participantes foram jovens-jovens e jovens-adultos, do gênero feminino, autodeclarados brancos e pardos.

Esses resultados corroboram o perfil dos estudantes de enfermagem que participaram do Exame Nacional de Avaliação de Desempenho de Estudantes (ENADE) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2019), em que 84,00% dos alunos eram do sexo feminino, 43,10% tem até 24 anos e 21,90% tem entre 25 e 29 anos, com média de idade de 28,6, sendo que proporção de estudantes nos grupos etários diminui com o aumento da idade para os estudantes. Acerca da cor autodeclarada dos estudantes, o presente estudo também apresentou resultado similares ao perfil brasileiro de estudantes de enfermagem visto que 46,0% do total de alunos que participaram do ENADE se declararam de cor ou raça Parda e 38,9% de cor ou raça Branca (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2019). Além disso, a maior parte dos estudantes se identifica com as religiões católica, evangélica-protestante e espírita. Uma pequena parcela dos participantes relatou não se identificar com crenças religiosas, mas creem em uma força superior transcendental. Somente dois indivíduos não se reconhecem com nenhuma crença ou força transcendental.

No que tange a caracterização da espiritualidade dos estudantes de enfermagem,

observou-se que os participantes desse estudo apresentaram elevados escores de espiritualidade em relação a outras realidades no mundo. Ao compararmos esses resultados com estudos internacionais observamos que os níveis de crença religiosa e espiritualidade apresentados pelos estudantes brasileiros por meio desse instrumento de medida se mostraram mais elevados. Em estudo realizado na Austrália que mensurou os níveis de espiritualidade e religião de 113 estudantes de graduação em enfermagem observou-se um escore médio de espiritualidade de 116.81 pelo WHOQOL-SRPB, além da ausência de identificação religiosa em 40% dos estudantes, identificação com o Cristianismo em 38% dos entrevistados, com o Budismo em 10% e com o Hinduísmo em 9% deles (LOPEZ *et al*, 2015).

Essa diferença de 15,55 pontos na média de espiritualidade entre acadêmicos de enfermagem brasileiros e australianos pode ser explicada pela predominância da religião na cultura brasileira. Tendo em vista que o Brasil é um país predominantemente cristão e, entre os brasileiros, 50% são católicos, 31%, evangélicos-protestantes, e 10% não têm religião; essa realidade permite inferir que a forte influência religiosa interfere nos escores de espiritualidade dos estudantes de modo que essa realidade se transfira para as diversas facetas da vida do indivíduo, incluindo o cuidado prestado.

Em relação aos estudantes que referiram não se identificar com crenças religiosas, mas creem em uma força superior transcendental, destaca-se que esse cenário se relaciona com uma forte tendência ocidental a religiosidade não convencional. De acordo com Siqueira (2013) esse grupo de indivíduos se recusa a participar de instituições que pra eles se comportam como dogmáticas e exclusivistas e estão em busca de alguma "religião sem religião", no qual valoriza-se as experiências mais individualizadas com o divino, com o mistério ou com o eu superior livre de vínculos institucionais.

Além disso, também se evidenciou a transformação no perfil de adesão religiosa atual entre os discentes que assumiram mais de uma identificação religiosa, seguindo assim uma crescente tendência de múltipla religiosidade. Para Fernandes (2018), este movimento religioso atual é uma reconstrução de identidade religiosa, em que, a busca por autonomia para circular por diversos grupos conduz a dupla, tripla ou múltipla pertença, bem como vínculos, pertencimentos e conversões marcados pela transitoriedade. Depois de circular, muitos dos indivíduos acabam vivenciando sua religiosidade por conta própria, fazendo bricolagem de práticas e crenças de fontes diversas e por isso não se sentem membros de nenhum grupo específico (ASSIS, 2017).

Em relação ao comportamento dos discentes face aos pedidos de oração feitos por pacientes, observou-se que a maior parte dos entrevistados declarou se sentir confortável com

o pedido de um paciente ou de um familiar.

Resultados similares foram encontrados por Kroning (2018) ao relatar as observações de 28 estudantes do último ano de enfermagem sobre espiritualidade e cuidado espiritual. De acordo com o estudo, 71% dos estudantes afirmaram se sentir confortáveis em discutir sobre espiritualidade com os pacientes, mas, no que se refere a oração, muitos deles normalmente não oravam com os pacientes com frequência, não se sentiam à vontade para compartilhar sua fé e requerem instrução para ter confiança e habilidade em fornecer esse cuidado (KRONING, 2018).

Também investigando o conforto para o cuidado espiritual oferecido por 37 enfermeiros antes e após a implementação de um programa educacional presencial de 2 horas, Hubbell, Kauschinger, e Oermann (2017) evidenciaram um conforto moderado indicado pelo instrumento Nurse Spiritual Care Perspective Scale (NSCPS) anteriormente ao treinamento, um importante aumento desse conforto na prestação de cuidados espirituais em oito dos 28 itens do NSCPS aplicados após a intervenção, além de um aumento na frequência de discutir, fornecer e atender às necessidades espirituais de seus pacientes. Entre as perguntas do NSCPS que abordam aspectos da oração, destaca-se que a maior parte dos entrevistados referiu baixa frequência do uso da oração com estratégia de cuidado espiritual e um desconforto orar com um paciente, se oferecer para orar com um paciente ou incentivar um paciente a orar.

Sendo assim, ressalta-se que o conforto para o cuidado espiritual e para o atendimento do pedido de oração do paciente influencia na incidência do cuidado espiritual pelos profissionais de enfermagem. Por sua vez, ainda que os estudantes de enfermagem se sintam confortáveis para essa prática, a implantação de estratégias de educação para essas práticas podem ter efeitos positivos no aumento da sensação de conforto e na implementação de cuidado espiritual aos pacientes, favorecendo assim seu bem-estar. Ressalta-se que essa necessidade é evidenciada na literatura por educadores de enfermagem e estudantes de enfermagem, visto que observou-se em uma revisão de literatura com 84 artigos incluídos que esse público considera de extrema importância integrar o cuidado espiritual aos currículos de bacharelado em enfermagem (GALUTIRA *et al*., 2019).

No que se refere a experiência anterior em orar com um paciente, observou-se que a maioria nunca orou com um paciente (63,33%). Nesse sentido, quando observou-se os fatores associados à resposta de estudantes de enfermagem ao pedido de oração de pacientes e não foram encontradas correlações entre as variáveis quantitativas de experiência anterior em orar, o período do curso e as respostas qualitativas de atendimento ao pedido de oração. Não foram encontrados estudos que investigassem a experiência de estudante de enfermagem em orar com

pacientes na realidade brasileira, somente acerca do cuidado espiritual de modo mais amplo sem restrição para a prática espiritual da oração, sendo essencial que novas investigações sobre o tema sejam realizadas para que maiores progressos na área ocorram, visto que esse pedido pode invadir a zona de conforto do estudante.

Por sua vez, na busca de esclarecer como 385 alunos do primeiro ano de enfermagem de duas universidades religiosas e duas seculares da Noruega conversaram com pacientes sobre suas necessidades espirituais de um modo geral, Kuven e Giske (2019) observaram que os estudantes tinham poucas habilidades, pouca experiência em cuidado espiritual para sua educação, e sentiram que as conversas sobre cuidado espiritual eram pessoais e fora de sua zona de conforto. Sendo assim, destaca-se que é um desafio para o ensino de enfermagem equipar os alunos de enfermagem com a competência em cuidado espiritual necessária para atender aos padrões estabelecidos pelo Conselho Internacional de Enfermagem (KUVEN; GISKE, 2019).

Já no público dos enfermeiros observa-se maiores registros acerca das práticas utilizadas para o cuidado espiritual e que podem ser comparados com os resultados do presente estudo. Sob essa perspectiva, Taylor *et al*. (2017) investigou a frequência com que as intervenções de cuidado espiritual são utilizadas por 1011 enfermeiros americanos. Por meio do NSCTS observou-se que somente 45,20% dos entrevistados afirmaram nunca ter orado com um paciente.

Ao compararmos os resultados dessa análise com a prática dos enfermeiros evidenciadas por Taylor *et al*. (2017), observa-se que os estudantes de enfermagem brasileiros tiveram uma experiência anterior em orar com o paciente 18,13% menor que os enfermeiros americanos, o que pode ser explicado pela sua menor experiência de contato com os pacientes. Esses resultados também sugerem que o fornecimento de cuidados espirituais ainda apresenta pouca frequência tanto entre acadêmicos de enfermagem quanto entre enfermeiros, quando especificamos o cuidado espiritual para a prática da oração, infere-se que essa incidência tende a ser ainda menor. Essa realidade provavelmente evidencia a necessidade de melhorar o apoio educacional e institucional aos estudantes de enfermagem e enfermeiros na prestação do cuidado espiritual, visto que ao fornecer aos alunos uma tarefa para explorar e praticar o cuidado espiritual em situações da vida real, eles têm a oportunidade de desenvolver confiança ao falar com os pacientes sobre questões espirituais e podem ajudar os alunos a continuar a superar as barreiras pessoais e profissionais para a realização desse cuidado (STRAND; CARLSEN; TVEIT, 2017).

Ainda que o tempo de curso não se relacionasse com o atendimento ao pedido de oração na mesclagem de dados, observou-se uma importante associação entre a idade menor que 23

anos e a oração (p=0,001) quando analisados os dados dos participantes que oraram e não oraram nos três cenários. Destaca-se também que as menores médias de idade foram identificadas entre os estudantes que não orariam nos 3 cenários, e talvez orariam no segundo cenário.

Também foram encontradas entre as variáveis quantitativas associações entre o conforto em realizar a oração e a experiência anterior em orar com um paciente ou familiar, a identificação com alguma religião e maiores escores no instrumento WHOQOL-SRPB (p<0,050). A associação entre crença religiosa e conforto para atendimento ao pedido de oração foi reforçada no cruzamento de dados quanti-quali dos participantes que aceitaram o pedido de oração nos três cenários (p=0,050). Tendo isso em vista, ressalta-se que a influência das experiências anteriores em orar vivenciada pelos estudantes de enfermagem não necessariamente se atrela a sua vivência no curso, mas em sua experimentação de vida e com a sua própria espiritualidade, de modo a repercutir no cuidado prestado.

Não foram localizados estudos similares que apresentassem resultados acerca dos fatores associados ao conforto para o atendimento de pedidos de oração na realidade dos estudantes de enfermagem, o que indica uma lacuna de conhecimento acerca da temática para esse público. Já em relação à abordagem mais ampla do cuidado espiritual, observa-se resultados de associação similares em um estudo realizado na Jordânia por Musa (2020) cujo o objetivo foi explorar os fatores associados à frequência de intervenções de cuidado espiritual prestadas por 267 estudantes de bacharelado em enfermagem. A partir dessa investigação observou-se que estudantes de enfermagem com uma perspectiva espiritual mais ampla, atitudes positivas em relação ao cuidado espiritual variável, nível de ano acadêmico mais altos e idade mais elevada eram mais propensos a fornecer intervenções com mais frequência (MUSA, 2020).

Já entre enfermeiros, foram observadas evidências na literatura que descrevem associações relativas ao cuidado espiritual similares às identificadas na presente análise. Em vista disso, ao investigar os principais fatores que influenciam na prestação do cuidado espiritual de 202 enfermeiros de Taiwan observou-se fortes influências das percepções dos enfermeiros sobre espiritualidade e o cuidado espiritual, da experiência dos enfermeiros em realizar o cuidado espiritual e da sua auto-satisfação com o cuidado espiritual ofertado (CHEN *et al.*, 2020).

Isto posto, conclui-se que melhorar as percepções dos estudantes e profissionais de enfermagem sobre espiritualidade e cuidado espiritual e encorajar o desempenho do cuidado espiritual pode ser um caminho eficaz otimizar o repertório de experiências dos estudantes de

enfermagem acerca do cuidado espiritual e para eles possam melhor lidar com as necessidades espirituais dos pacientes, bem como melhorar a qualidade do cuidado oferecido. Para que isso ocorra, torna-se essencial o fortalecimento da educação permanente sobre tópicos de cuidado espiritual para todos estudantes e profissionais envolvidos no cuidado, lidar com questões espirituais à medida que surgem e melhorar a qualidade do cuidado holístico.

No presente estudo, foi encontrada entre as variáveis quantitativas uma associação estatisticamente significativa entre conforto para orar com o paciente e encaminhar para um representante religioso (p=0,004), bem como a associação entre identificação religiosa e conversar sobre espiritualidade com o paciente (p=0,049), além de relação com médias mais elevadas de espiritualidade pelo WHOQOL-SRPB (p=0,037). Ademais, observou-se na mesclagem de dados a associação entre a identificação religiosa com o conforto para orar com paciente (p=0,050) ou familiar (p=0,050).

Resultados similares foram identificados por Ross *et al.* (2014) em uma pesquisa realizada com 531 alunos de graduação em enfermagem de 6 universidades religiosas e seculares localizadas em 4 países europeus e que não ofertam disciplinas direcionadas exclusivamente para espiritualidade. O estudo teve como objetivo descrever como estudantes de enfermagem percebem a espiritualidade e como eles se sentem competentes para prestar o cuidado espiritual. Evidenciou-se que os alunos tinham uma visão ampla da espiritualidade e competência para o cuidado espiritual; além disso, discentes com maiores escores de espiritualidade mensurados por meio da escala de bem-estar espiritual (JAREL - Spiritual Well-Being Scale) se sentiam mais competentes para cuidado espiritual (ROSS *et al.*, 2014).

Em outro estudo brasileiro realizado por Ienne, Fernandes e Puggina (2018) com 132 enfermeiros que não receberam educação formal sobre espiritualidade, analisou-se a influência da espiritualidade dos enfermeiros no registro do diagnóstico "Sofrimento Espiritual". Observou-se que as vivências do indivíduo acerca de sua espiritualidade e níveis mais elevados de espiritualidade, também indicados pelo instrumento WHOQOL-SRPB, podem produzir um entendimento mais abrangente da espiritualidade, de modo que o indivíduo tenha uma maior atenção para essa necessidade (IENNE; FERNANDES; PUGGINA; 2018).

Esses resultados corroboram a constatação de Lopez *et al*. (2015) ao afirmar que estudantes de enfermagem são capazes de considerar seu próprio significado da espiritualidade por meio de suas próprias crenças religiosas e pessoais e, ao fazê-lo, podem trazer uma melhor compreensão e consideração da espiritualidade dos pacientes como uma noção mais ampla de espiritualidade, preocupada com o propósito pessoal da vida do indivíduo como recurso interno, sendo a religião um recurso externo à crença.

Dessa forma, conclui-se que as características pessoais do indivíduo também estabelecem forte influência sobre o conforto para a realização do cuidado espiritual, sendo a espiritualidade pessoal e a crença religiosa um dos preditores de conforto para fornecer esse cuidado. É importante destacar que não foi observada relação entre o período do curso e o atendimento ao pedido de oração, somente entre idades mais jovens e a não aceitação ao pedido. Ressalta-se que para a realização do presente estudo, o público alvo embasou suas respostas em suas experiências de vida e de educação ofertada no curso de graduação em enfermagem. Não houve treinamento prévio oferecido pelos autores sobre a temática, não houve restrição de tempo de graduação em curso, não houve maior concentração de alunos em períodos finais ou iniciais do curso, o cenário simulado não era um ambiente religioso que influenciasse nos resultados e ainda assim a idade, a religiosidade pessoal e a espiritualidade indicaram fortes relações com o cuidado espiritual.

Além disso, ainda que a crença religiosa seja um fator predisponente para o conforto para realizar a oração e que a oração seja uma prática religiosa predominante no Cristianismo, o presente estudo evidenciou que identificar-se ou não com a religião evangélica-protestante e católica não alterou a percepção dos estudantes sobre o conforto em orar com pacientes e seus familiares. Essas evidências se relacionam com o perfil dos estudantes que não aceitaram ao pedido de oração em um dos três cenários, visto que entre eles haviam em maior incidência católicos, religiosos não convencionais, protestantes e indivíduos livre de credos.

Dessa forma, infere-se que a identificação com algum sistema de crenças pode trazer influências sobre a decisão de realizar uma prática religiosa que vá de encontro com a moral religiosa/espiritual do estudante e do profissional de enfermagem.

Resultados discordantes foram encontrados por Lopez *et al*. (2014) em estudo que evidenciou que a crença pessoal de estudantes de enfermagem não influencia suas percepções de espiritualidade. Contudo, os autores inferem que talvez a crença poderia ser importante em sua prestação de cuidado espiritual para pacientes, pois os profissionais poderiam ser mais compreensivos com as necessidades dos pacientes em vez de impor sua própria crença pessoal no fornecimento de cuidado espiritual.

No entanto, ressalta-se que, devido a uma maior representação de alunos que tinham afiliação religiosa cristã, os resultados do presente estudo devem ser vistos com cautela e podem trazer limitação para esta análise, visto que a diferença cultural nas crenças religiosas e pessoais talvez possa influenciar no conforto para realização de outras estratégias de cuidado espiritual que não foram foco da presente análise.

Observou-se também que a experiência anterior de orar com paciente ou familiar estava

associada a maiores médias espiritualidade do instrumento WHOQOL-SRPB (p= 0,031), com o sentimento de conforto (p=0,049; p=0,009 respectivamente) e de desconforto (p=0,060; p=0,030, respectivamente). Ressalta-se que nessa análise 40 estudantes, dentre os 90 entrevistados, cursavam os períodos iniciais do curso (entre o 1 e o 5º período, 44,44%) e 50 discentes (55,55%) cursavam entre o 6º e o 10º período, sendo que as atividades com atendimento direto ao paciente ocorrem nos períodos finais. Não foram localizados estudos que tratam sobre o ato de orar como cuidado espiritual e nem sobre as experiências dos participantes em prestar essa estratégia de cuidado.

Por sua vez, Giske e Cone (2012) observou em 10 artigos selecionados em uma revisão sistemática de literatura que aprender em situações da vida real com exposição repetida a pacientes em diversos estágios é essencial para a aprendizagem do cuidado espiritual. Nesse mesmo estudo, evidenciou-se que os alunos aprendem gradualmente a compreender que a espiritualidade é uma forma de ser onde os alunos se tornam dispostos a estar disponíveis, abertos e arriscando o envolvimento de si próprios com os outros para entrar na comunicação "alma a alma" com os pacientes (GISKE; CONE, 2012).

Os resultados deste estudo também indicaram não haver associação entre gênero e conforto dos estudantes para orar com pacientes e seus familiares. Por outro lado, Wu, Liao e Yeh (2012) observaram o impacto significativo do gênero no cuidado espiritual ao investigar as percepções de 239 estudantes do último ano de graduação em enfermagem sobre espiritualidade e cuidado espiritual e fatores relacionados em Taiwan. O gênero e a idade influenciam a esperança e o bem-estar espiritual dos jovens e, embora se tenha descoberto que as mulheres têm um bem-estar espiritual maior do que os homens da mesma idade, eles não notaram nenhuma diferença significativa nas práticas religiosas entre homens e mulheres (WU; LIAO; YEH, 2012). Além disso, Wu, Liao e Yeh (2012) evidenciaram que mulheres foram identificadas como mais dispostas a ter sentimentos de compaixão pelos outros, o que pode explicar por que as alunas de enfermagem têm uma percepção mais elevada da espiritualidade e do cuidado espiritual do que os homens.

Por sua vez, ressalta-se que a amostra do presente estudo foi composta, predominantemente, por mulheres, o que pode ter reduzido o poder de análise em relação ao gênero.

O período do curso não se mostrou uma variável estatisticamente associada ao conforto dos estudantes para orar com pacientes e seus familiares. Nessa perspectiva Folami e Onanuga (2018) investigou a percepção da espiritualidade e do cuidado espiritual e as barreiras para a prestação do cuidado da espiritualidade entre 117 graduandos de enfermagem Nigerianos sem

formação curricular direcionada para esse cuidado. A partir dessa análise, foi evidenciado que as percepções dos estudantes de enfermagem sobre espiritualidade e cuidado espiritual não tinham relação com o nível de escolaridade ou tipo de religião.

Contrapondo esse resultado, em revisão de sistemática de literatura realizada em 5 bases de dados internacionais evidenciou-se que visões de espiritualidade podem ser ampliadas ainda mais à medida que estudantes de graduação progridem por meio de seu programa de estudos, quando tem maior consciência e sensibilidade sobre toda a gama de necessidades espirituais, bem como quando tem preparação para fornecer o cuidado espiritual (COOPER *et al.*, 2013). Por sua vez, destaca-se que, como a maior parte dos cursos de graduação não discute essa temática no currículo, corrobora-se que a ausência de diferenças no desfecho pode se relacionar com a deficiência na abordagem dessa temática na educação profissional dos estudantes de enfermagem.

Ressalta-se uma deficiência na educação profissional do enfermeiro no ensino para o cuidado espiritual, exigindo um ajuste profundo do currículo educacional dos enfermeiros no aspecto do cuidado espiritual (FOLAMI; ONANUGA 2018).

Dessa forma, é essencial o fortalecimento de métodos pedagógicos que auxiliem os alunos a compreender, trabalhar e refletir sobre a espiritualidade dos pacientes para que o cuidado holístico possa ser efetivado (GISKE; CONE, 2012). Além disso, infere-se que garantir o ensino sobre o cuidado espiritual talvez possa ampliar o conforto de discentes de enfermagem ainda mais à medida que progridem por meio de seu programa de estudos e/ou concluam essa disciplina. Por sua vez, novos estudos se fazem necessários para concluir essas constatações.

Ao verificar a variação nas respostas ao pedido de oração em contextos diferenciados de cuidado, em todos cenários a maior parte dos participantes declarou que oraria com o paciente. Além disso, a maior parte deles também respondeu ao questionário de conforto afirmando que se sentiria confortável em realizar a oração com um paciente ou familiar.

Esses resultados corroboram os achados de outras análises encontradas na literatura científica. Em um estudo americano que teve como objetivo investigar as percepções de 745 estudantes de enfermagem sobre espiritualidade e cuidado espiritual observaram a partir da aplicação do instrumento Spiritual Care-giving Scale (SCGS) que os participantes apresentaram um nível de conforto moderado para prestar o cuidado espiritual e reconheceram a importância da consciência espiritual para atender às necessidades espirituais dos pacientes (TIEW; CREEDY; CHAN, 2013).

Na perspectiva do atendimento ao pedido de oração realizada à enfermeiros, em estudo realizado por Minton, Isaacson e Banik (2016), que teve como objetivo explorar o conforto de

134 enfermeiros americanos com cenários simulados de solicitação de oração iniciada pelo paciente por meio do PRN, observou-se uma elevada frequência de enfermeiros que atenderam ao pedido de oração. A partir disso, Minton, Isaacson e Banik (2016) concluíram que a naturalidade da oração parecia ser um componente da rotina normal de enfermagem de muitos participantes, já que a maioria das respostas aos quatro cenários de oração demonstraram uma facilidade impressionante em sua capacidade de orar com os pacientes quando solicitado.

Esses resultados também são observados no presente estudo, o que indica que há uma tendência maior para o atendimento do pedido de oração em vista do não atendimento. Por sua vez, torna-se essencial elucidarmos os fatores predisponentes para a tomada de decisão acerca desse pedido para que a formação profissional possa fortalecer o que predispõe ao atendimento ao pedido e enfraquecer aquilo que conduz ao não atendimento.

Observou-se também na presente análise uma diminuição entre quem atenderia ao pedido de um paciente instável e diante de outros profissionais (2º cenário: 83 acadêmicos orariam com o paciente), quem atenderia ao pedido diante de um paciente estável e sozinho em uma janela (1º cenário: 83 atenderiam ao pedido de oração) e quem oraria com um paciente que se reconhece com um sistema de crenças diferente do estudante (3º cenário: 78 estudantes optaram por orar).

Além disso, observou-se também que o número de participantes que talvez orariam for maior no terceiro cenário (10 participantes), reduzindo para 4 estudantes no segundo cenário e 3 no primeiro cenário. Somente no segundo cenário dois estudantes não sabiam se oravam e no 1º e 3º cenário nenhum discente apresentou essa dúvida.

Infere-se que essa constatação ocorra devido ao contexto em que a simulação foi construída, visto que no primeiro cenário o pedido de oração vem de um paciente estável e sozinho em uma janela. Tendo em vista que o estudante não se encontra diante de outros indivíduos, o vínculo com o paciente pode ser melhor estabelecido devido ao caráter privado dessa interação, de modo que os riscos de constrangimento ou rechaço social do acadêmico de enfermagem e do paciente se encontram reduzidos.

Já na segunda simulação o paciente se encontra instável e diante de outros profissionais, o que talvez seja um contexto que possa trazer desconforto ao estudante considerando seu receio de ser subjugado por seus colegas de trabalho. Essa constatação foi observada entre os participantes que apontaram que talvez orariam a depender da aprovação dos demais integrantes da equipe, presentes nas falas de P45 que afirma que “perguntaria aos responsáveis pelo caso [...]” ou na resposta de P51 que afirma que oraria “se ninguém mais se objetar [...]”.

A partir desse cenário observa-se que o estudante de enfermagem, ao compartilhar a sua

decisão com o restante da equipe, se sujeita a conduta de quem detém poder naquele espaço. Ainda que a decisão de orar seja pessoal, nesse cenário o estudante não se sente com autonomia para essa tomada de decisão, buscando assim a autorização de outrem para que a prática seja feita. Considerando que o poder se estabelece por meio do saber, destaca-se que quem detém todo tipo de conhecimento envolvido em cada prática assume uma posição diferenciada, por ser responsável pela determinação de ações de cuidado à saúde (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Cabe destacar que a solicitação de aprovação realizada pelos estudantes pode também se dar com a finalidade de evitar qualquer constrangimento ou desconforto aos presentes ou pelo estudante definir hierarquicamente a necessidade biológica em vista da espiritual naquele contexto por ela ser capaz de manter a vida do indivíduo. Por sua vez infere-se que esse receio poderia não ocorrer caso o pedido do paciente se desse acerca de outras necessidades arraigadas na rotina diária do cuidado, tais como a aferição de pressão arterial não invasiva, glicemia capilar e entre outros.

Além disso, ressalta-se que nesse cenário, ainda que não haja uma maior necessidade em vista da outra, cabe também ao estudante definir a ordem de priorização do atendimento aos cuidados requeridos, visto que, a depender do cenário, a priorização das necessidades técnico-científicas pode ser o que garantirá a vida do indivíduo. Por sua vez, eleger a demanda biológica como prioritária em um determinado contexto não pode ser usado como estratégia para negligenciar as necessidades psicoespirituais e sociais a todo momento. Dessa forma, para alguns estudantes estar diante de outros profissionais estabelece uma relação de poder acerca de sua tomada de decisão, de modo que sua decisão pode ser alterada de acordo com o saber estabelecido verbalmente ou não verbalmente por outro profissional. Cabe destacar que, como essa análise se deu por meio de uma simulação, o estudante de enfermagem pode não se sentir como detentor do saber acerca das normas daquele espaço ou do modo em que as relações se estabelecem naquele ambiente. Além disso, essa decisão também pode ter sido influenciada pelo fato dele não deter o poder estabelecido hierarquicamente a partir do cargo em que se ocupa naquela instituição, ou se sentir inapto à tomada de decisão por não deter o conhecimento necessário acerca dessa prática. Sendo assim, infere-se que o saber do acadêmico de enfermagem diante da equipe pode sofrer uma importante influência das questões políticas e sociais que se envolvem naquele ambiente.

Além disso, a gravidade do paciente levou a maior parte dos acadêmicos a priorizar as necessidades biológicas do indivíduo em vista das espirituais, sem levar em consideração que a oração poderia trazer conforto ao paciente e trazendo repercussões hemodinâmicas a ele, ou

até mesmo que esse atendimento esteja sendo feito por toda a equipe e que suas funções possam ser delegadas para outro integrante da equipe.

Essa constatação foi observada entre os acadêmicos de enfermagem que atenderiam ao pedido de oração sem interromper demais atribuições que afirmaram que "[...] já estava orando em espírito [...]" (P4); ou que faria " enquanto prestamos seus cuidados" (P12) ou que iria " orar por você em pensamento" (P90).

Também se observou essa realidade entre os que orariam após a estabilização do paciente ao afirmarem que "[...] explicaria ao paciente e diria que poderíamos orar juntos assim que acabasse as ações para estabilização" (P87).

Essa mesma análise se aplica aos estudantes que ficaram em dúvida sobre a sua decisão diante de uma emergência. Já o acadêmico P83 além de realizar a oração convidaria outros interessados para participarem da oração de mãos dadas, afirmando que oraria com o paciente... e convidaria "quem mais quisesse participar [...]".

Esses resultados evidenciam que enquanto alguns se demonstram confortáveis em sua capacidade de atender às necessidades espirituais do paciente sem comprometer suas preocupações físicas urgentes. Por sua vez, outros se deparam com o dilema de ver o paciente como um ser holístico, que compreende mais do que a soma de suas partes, ou manter em voga a ênfase às necessidades biológicas estabelecidas pelo modelo biomédico na saúde.

Ao se deparar com resultados similares, Minton, Isaacson e Banik (2016) concluíram que educação em enfermagem ensina aos alunos a importância da avaliação e oferece muitas oportunidades para que os alunos planejem e priorizem as necessidades e tarefas do paciente, entretanto, nem sempre os alunos são colocados intencionalmente em experiências onde devem escolher entre as demandas físicas e espirituais concorrentes para que determinem qual ou se há uma necessidade é prioritária.

Destaca-se que essa tomada de decisão muitas vezes depende do modelo vigente sobre o serviço. O componente biomédico possui expressiva vigência nas instituições dado ao seu valor mercadológico e, em muitos cenários, a ele se prioriza as decisões. Considerando a existência de uma resistência ao cuidado espiritual manifestada em determinados meios clínicos, a esse modelo se relaciona à potente tendência em reduzir os recursos espirituais e religiosos a uma função meramente adicional ou até mesmo desnecessária (JOBIN, 2020).

Tendo isso em vista, ressalta-se que é essencial que a formação dos enfermeiros se estabeleça de forma contrária ao modelo biomédico mercantilista hegemônico, de forma a enfatizar a sensibilidade dos acadêmicos de enfermagem acerca das necessidades holísticas do indivíduo.

E por fim, quando os estudantes se defrontam com o pedido de oração de um paciente que expressamente se reconhece com uma crença religiosa diferente, esse cenário pode trazer um problema ético sobre a moral religiosa/espiritual do estudante e/ou da moral religiosa/espiritual do paciente em aceitar o sistema de crenças do outro. Essa perspectiva pode se relacionar com uma maior incidência de não atendimento ao pedido de oração no terceiro cenário.

Além disso, nesse contexto ninguém demonstrou que não sabia sobre sua conduta a ser tomada, os participantes afirmaram somente que orariam, talvez orariam em uma decisão condicionada a algo e não orariam.

Em alguns cenários destacaram-se falas que sugerem que o estudante atenderia ao pedido de oração segundo o sistema de crenças do indivíduo, tais como nos segmentos de P15 ao perguntar "[...] como gostaria que fosse? [...]" e P53 que pede para que o paciente faça "a oração que preferir".

Tendo também como objetivo atender a necessidade do paciente independente de suas convicções pessoais, alguns estudantes sugeriram em suas falas uma oração ecumênica. Esse contexto é observado nos fragmentos de discurso de P14 ao afirmar que faria uma oração de "amor e iluminação de modo universal" e P91 ao tratar que "oraria de forma imparcial [...]".

Em outros fragmentos de discurso observou-se que além de orar, os participantes se propuseram a acolher outras necessidades do paciente ao observarmos o relato de P7 que além de orar iria "...tentar saber como ela está se sentindo"; ou de P9 que após o término da oração "[...] perguntaria se ela está sentindo a necessidade de um suporte espiritual."

Outros, não somente oraram como valorizaram a importância da queixa ao afirmarem que "Não tenho nenhuma religião, mas reconheço a força da espiritualidade no processo de tratamento [...]"; ou no caso de P48 que reforçaria com o paciente que "[...] o cuidado com nossa parte espiritual e mental pode fazer muito por nós [...]" ou P51 que ressalta como é "bom que você tem interesse espiritual! isso nos traz muito conforto nos dias difíceis."

Tanto os alunos que oraram segundo o sistema de crenças do indivíduo, os que optaram por fazer uma oração universal, os que acolheram outras necessidades do paciente quanto os que valorizaram a importância da queixa evidenciaram a capacidade dos estudantes de enfermagem em simpatizar com a necessidade do indivíduo cuidado. Desse modo, mesmo que muitos estudantes tenham demonstrado desconforto, as preocupações com a orientação religiosa, a acuidade da situação do paciente ou as diferenças entre orar com e orar para o paciente não importavam, somente o ato de acolher a necessidade por meio consolo do silêncio ou da oração conforme a preferência do paciente.

Outra investigação realizada com enfermeiros indicou que “Ficar presente apenas para demonstrar carinho” é a estratégia terapêutica de cuidado espiritual mais frequente entre eles (93,10%), o que indica que a simpatia e a empatia para com o indivíduo cuidado se estabelece nas bases da prática profissional da enfermagem (TAYLOR *et al*., 2017).

Essa constatação foi destacada não somente nessa análise como em outros estudos que observaram a importância da simpatia e da empatia que estudantes de enfermagem e enfermeiros utilizam no cuidado. Na perspectiva de elucidar o valor lógico atribuído à enfermagem por 10 discentes do último período de enfermagem, Guimarães *et al*. (2016) observaram que estudantes de enfermagem, ao relatarem que "estar ao lado", "dar atenção" e "envolver-se" integram o cuidado, são capazes associar ao cuidado de enfermagem a objetividade científica às necessidades subjetivas que cercam o humano, tendo como base a simpatia, a empatia, a sensibilidade, o amor e a capacidade emotiva atribuída por eles ao Ser-enfermeiro.

Dessa forma, o cuidado de enfermagem para os discentes não se estabelece como um procedimento a ser realizado, no qual triunfa o aspecto técnico-científico, mas em sua capacidade de usar o saber científico em acordo com seu senso de humanidade para organizarem a ordem de atendimento às necessidades do paciente com base na relação Eu-Tu e sob os aspectos objetivos e subjetivos que envolvem a vida (GUIMARÃES *et al*., 2016). Sendo assim, acadêmicos de enfermagem são capazes de interagir com o indivíduo reconhecendo suas experiências, crenças, interesses, valores e contextos históricos e sociais; de modo a atuar com sensibilidade a sua individualidade e na busca do conhecimento da essência da pessoa cuidada.

Outros participantes, além de atender ao pedido de oração, optaram por fazê-las de acordo com seu próprio sistema de crenças. O que pode-se observar nos fragmentos de discurso de P13 que afirma que oraria “na minha maneira de orar [...]” e P22 quando diz que “[...] rezaria com ela, ainda mais o terço a Maria.”. Outros a fariam de modo condicionado a aceitação do paciente sobre o sistema de crenças que o estudante se identifica ao responderem que “[...] informaria que sou de uma religião diferente, mas ofereceria meu suporte espiritual se ela aceitasse eu expressar de uma forma diferente” (P32); ou no caso de P83 que trata que “[...] diria-lhe que poderia orar por ele de acordo com minha fé [...]”. Essas falas evidenciam que o estudante opta por conciliar o seu sistema de crenças com a necessidade do paciente. Essa fala, ainda que seja confortável para o estudante, pode trazer interpretações equivocadas ao paciente sobre coerção religiosa, de modo que o paciente sinta que o estudante esteja impondo a sua crença religiosa sobre o cuidado. Esse problema ético foi evidenciado na dúvida de outro estudante sobre sua decisão em atender ao pedido de oração considerando as questões éticas e

legais do enfermeiro realizar essa prática sem trazer prejuízos ao paciente. Isso se nota quando P32 afirma que "[...] ficaria incerta se é certo rezar com um paciente, principalmente porque o Brasil é um país laico e eu teria receio em ofender alguém. Então eu buscaria por informações [...]".

Esse relato e os de P13 e P22 colocam em evidência a importância da discussão ética que envolve o cuidado espiritual e o uso de estratégias para esse cuidado. De acordo com Green (2018) é importante que os profissionais de enfermagem entendam que, desde que o paciente solicite oração ou ofereça um ambiente propício para isso, o cuidado espiritual de um paciente e as práticas espirituais que o envolve não são antiéticos. Por sua vez, os profissionais de enfermagem não podem promover sua própria fé, nem julgar a fé de outras pessoas em qualquer momento em sua função profissional para evitar a percepção de coerção, sendo que as orações feitas com os pacientes e/ou seus familiares devem focar apenas nos pacientes e não no enfermeiro (GREEN, 2018).

Ressalta-se que esse relato também evidencia que, ainda que o estudante de enfermagem apresente um entendimento sobre o risco de se cometer desvios éticos ao realizar uma prática do qual ele desconhece, mesmo que a espiritualidade seja discutida em alguns espaços curriculares e extra-curriculares de sua educação profissional; ela ainda apresenta lacunas capazes de produzir alicerces teóricos frágeis em sua tomada de decisão.

Sendo assim, é essencial que a abordagem da espiritualidade na formação do enfermeiro seja fortalecida de modo que ele possa ser capaz de fazer uso de uma melhor fundamentação teórica associada a sua experiência para fomentar as suas práticas.

Alguns estudantes, como o P26 e o P65, mesmo atendendo ao pedido de oração demonstraram receio em relação ao tempo disponível realizar a oração em vista das demais atribuições, relatando inclusive que o faria de forma breve ou que retornaria posteriormente ao término de outras atribuições para realizá-lo ao relatarem respectivamente que "[...] não posso demorar." e "Se eu estivesse com muitos afazeres responderia q voltaria depois [...]". Já o participante P55 condicionou a decisão de orar apenas à disponibilidade de tempo, não esclarecendo o que seria feito caso não tivesse tempo disponível e desconsiderando que o cuidado espiritual é parte da assistência ao afirmar que "Se naquele momento não fosse atrapalhar [...]".

Por sua vez, a intervenção espiritual não requer necessariamente mais tempo do que a intervenção de cuidado usual. O cuidado espiritual requer do profissional usar sua presença para se conectar com o cliente, de modo que ele aproveite cada momento do tempo compartilhado com o indivíduo como uma oportunidade para aprender mais sobre suas necessidades e atue

sobre elas (RAMEZANI *et al*. 2014).

Trata-se de tornar o tempo disponível em um tempo mais significativo, transformando-o em um aliado ao invés de um fator de carga, de forma que o enfermeiro aproveite o tempo como uma oportunidade de estar e estar presente entre o cliente e sua família, adicionando assim significado ao tempo a fim de nutrir o bem-estar espiritual dos pacientes; de maneira que o tempo, mesmo que breve, seja sentido como longo e profundo (CALDEIRA; TIMMINS, 2015).

Entretanto, cabe reconhecer que todo cuidado requer tempo e um dimensionamento de pessoal de enfermagem reduzido pode diminuir a qualidade do cuidado ofertado, visto que a indisponibilidade de tempo pode limitar o cuidado ao que for eleito como prioritário pelo profissional dentro das suas atribuições (VERSA *et al*. 2011). Além disso instrumentos de gestão de recursos humanos na enfermagem não dimensionam o tempo dispensado para o cuidado espiritual. Dessa forma, um dimensionamento de pessoal que não mensura em sua integralidade as necessidades do paciente que emergem do cuidado pode permitir que menos profissionais de enfermagem sejam disponibilizados para o cuidado, aumentando assim a sobrecarga de trabalho devido ao subdimensionamento de profissionais.

Dessa forma, é essencial que o estudante de enfermagem saiba aproveitar cada momento do tempo como uma oportunidade para se conectar com o indivíduo e seja capaz de identificar e intervir nas necessidades dele para o atendimento holístico.

Já em relação aos alunos que sugeriram que não atenderiam a oração nos 3 cenários, destaca-se que nenhum dos alunos declararam que fariam a oração ou que não fariam a oração, apenas propuseram outras estratégias de cuidado espiritual, tais como a escuta terapêutica, o encaminhamento para um representante religioso, a aproximação e o toque para acolher o paciente. Esses fatos podem ser evidenciados nos relatos de P41 que indicou que "[...] Iria perguntar se ela gostaria de entrar em contato com um líder religioso [...]" e de P23 que afirma que "Iria tentar acalmá-lo conversando sobre espiritualidade enquanto peço a outro profissional que chame um representante religioso".

Esses mesmos resultados foram observados por Kalkim; Midilli e Baysal, (2016) ao investigar o conhecimento, práticas e percepções de 400 estudantes de enfermagem turcos sobre espiritualidade e cuidado espiritual e identificaram que o cuidado espiritual mais recorrente era a escuta terapêutica, a empatia, a aproximação e o apoio psicológico.

Dessa forma, a aproximação, o toque humano combinado com a escuta demonstra presença autêntica e transcende a necessidade da palavra falada, além do encaminhamento para um representante religioso são capazes de acolher às necessidades espirituais do indivíduo mesmo que seu pedido de oração tenha sido recusado (MINTON; ISAACSON; BANIK (2016).

Além disso, embora seja imperativo o dever do profissional em atender às necessidades biopsicossociais espirituais e culturais do indivíduo, o estudante e o enfermeiro também não devem orar de uma forma que seja incongruente com suas próprias crenças (GREEN; 2018).

Sendo assim, ainda que o estudante se recuse a atender a um pedido de um paciente tendo em vista seu direito ético e legal, esse contexto se dá como uma oportunidade para que outras estratégias de cuidado espiritual sejam utilizadas de forma que o indivíduo não seja desassistido e o estudante não seja corrompido em sua moralidade religiosa/espiritual.

Tendo em vista que esse estudo se deu por meio de um questionário virtual autopreenchido, a coleta das variáveis qualitativas podem ter sofrido limitação visto que eventuais dúvidas dos participantes em relação às perguntas não puderam ser esclarecidas; além do fato de que os pesquisadores não poderiam solicitar esclarecimentos imediatos sobre o entendimento dos participantes acerca de suas respostas. Além disso, considerando que a amostra desse estudo se constituiu em sua maioria de um público católico e evangélico-protestante, teria sido benéfico ter mais sujeitos com diferentes afiliações religiosas para explorar pontos de vista comparativos sobre espiritualidade e a resposta aos pedidos de oração.

Salienta-se que evidenciar os fatores que contribuem para o conforto e para o desconforto para o cuidado espiritual são essenciais para que haja um fortalecimento do ensino e da discussão sobre eles ao longo da educação profissional do acadêmico de enfermagem, para a educação permanente e continuada do enfermeiro, além de fomentar uma maior incorporação desse cuidado no cotidiano do enfermeiro e dos serviços de saúde.

6 CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se entre os estudantes uma predominância de mulheres, de cor branca e parda, com média de idade de 25 anos e que se reconhecem majoritariamente como católicos e evangélicos-protestantes. A maior parte dos estudantes de enfermagem se demonstrou confortável em atender ao pedido de oração do paciente e familiar.

O gênero e o período do curso não se mostraram estatisticamente associadas ao conforto dos estudantes para orar com pacientes e seus familiares. Por sua vez, a experiência anterior em orar com um doente ou família, a idade menor que 23 anos e a identificação com alguma religião se mostraram associadas ao conforto em realizar a oração. Destaca-se que identificar-se ou não com as religiões católica ou evangélica-protestante não alterou a percepção dos estudantes sobre o conforto em orar com pacientes e seus familiares. Maiores níveis de espiritualidade indicados pelo instrumento WHOQOL-SRPB estiveram associados a maiores percepções sobre o conforto em orar.

A maior parte dos estudantes de enfermagem optou por atender ao pedido de oração e, entre os estudantes que optaram por não realizar a oração, nenhum deles deixou de prestar o cuidado espiritual. Esses resultados também estavam associados ao cenário capaz de trazer conforto ao acadêmico, as relações de poder em estabelecidas no ambiente, ao seu conhecimento acerca das questões éticas que envolvem a oração com o paciente, a sua empatia com a necessidade do indivíduo e a sua capacidade de se conectar com o paciente e atender às duas necessidades.

A par destas considerações, verifica-se a necessidade de um crescente interesse pela temática e um despertar para a sua integração na educação dos profissionais de saúde. Não obstante, a oração, ainda que incluída no CEPE, é ainda pouco estudada pela academia no Brasil, particularmente no contexto da saúde. Sendo assim, é essencial que a educação para o cuidado espiritual seja fortalecida na graduação e na docência, por meio de práticas simuladas, discussão de casos clínicos, bem como em rodas de discussão sobre o cuidado espiritual, possibilitando então que os estudantes de enfermagem e futuros enfermeiros tenham maiores subsídios e estejam mais confortáveis quando se defrontarem com o pedido desse cuidado na prática profissional.

Além disso, identificar os fatores relacionados a predisposição para o cuidado espiritual permite que esses fatores sejam valorizados no processo de educação profissional do estudante, de modo que suas experiências pessoais e a experiência de seus pares, a partir do seu consentimento, sejam ressaltadas nos espaços de educação profissional, direcionando o

estudante a confluir seu saber científico e suas vivências para motivar esse aprendizado e despertar a transferência desse conhecimento para a prática.

Em geral, a literatura científica reconhece que a intervenção para o cuidado espiritual desempenha na experiência do paciente, por sua vez, as barreiras para o cuidado espiritual em ambientes de saúde contemporâneos ainda são pouco exploradas e requerem novos estudos para fortalecer esse conhecimento.

O conforto para o cuidado espiritual e atendimento ao pedido de oração se relaciona com a aceitação ou não aceitação do pedido de oração realizado pelos pacientes. Identificar os fatores predisponentes para a tomada de decisão acerca desse pedido fornece subsídio para que a formação profissional, a pesquisa, a política e a prática possam fortalecer o que favorece o atendimento ao pedido e enfraquecer aquilo que conduz ao não atendimento. Por sua vez, para que essa realidade seja transformada, faz-se necessário o fortalecimento do ensino para o cuidado espiritual, bem como a implementação de políticas de saúde pública e educação em saúde, além de um suporte das organizações e serviços de saúde voltados para o cuidado espiritual e a sua educação na formação dos enfermeiros**.**

REFERÊNCIAS

ABBASI, M. *et al*. Explaining the experiences of nurses about barriers of religious care in hospitalized patients: a qualitative study. **Health, Spirituality and Medical Ethics**, Iran, v. 5, n. 4, p. 36-45, 2018.

ABELL, C. H.; GARRETT-WRIGHT, D.; ABELL, C. E. Nurses' perceptions of competence in providing spiritual care. **Journal of Holistic Nursing**, Telluride, v. 36, n. 1, p. 33-37, Mar. 2018.

ALI, G. *et al*. Spirituality in nursing education: knowledge and practice gaps. **International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies**, London, v.5, n. 1, p. 27-49, 2018.

ALI, G.; WATTIS, J.; SNOWDEN, M. Why are spiritual aspects of care so hard to address in nursing education?'a literature review (1993-2015). **International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies**, Huddersfield. v. 2, n. 1, p. 7-31, 2015.

ARAÚJO, A. R. L. et al. O trabalho remoto de enfermeiros docentes em tempos de pandemia. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p 1-9, 2021.

ARRIEIRA, I. C. O. *et al*. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. e03312, 2018.

ASSIS, T. S. Religiosos sem religião: nuances sociais de uma tendência. **Áskesis - Revista dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar**, São Carlos, v. 6, n. 1, p. 40-51, jan./jun. 2017.

BALDACCHINO, D. R. Nursing competencies for spiritual care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, 15, n. 7, p. 885-896, Jul. 2006.

BALDACCHINO, D. R. Teaching on the spiritual dimension in care: The perceived impact on undergraduate nursing students. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 28, n. 4, p. 501-512, May 2008.

BENNER, P. Educating nurses: a call for radical transformation. **Journal of Nursing Education**, New York, v. 51, n. 4, p. 183-184, Apr. 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2017.

CABRAL, J. P. A prece revisitada: comemorando a obra inacabada de Marcel Mauss. **Religião & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 13-28, 2009.

CALDEIRA, S. *et al*. Spirituality in the undergraduate curricula of nursing schools in Portugal and São Paulo-Brazil. **Religions**, Basel, Switzerland, v. 7, n. 11, p. 134, Nov. 2016.

CALDEIRA, S. **Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2013. Tese (Doutoramento em enfermagem) - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2013.

CALDEIRA, S., NARAYANASAMY, A. Programas de educação em enfermagem acerca da espiritualidade: uma revisão sistemática. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva, SP, v. 5, n. 2, p. 123-128, jul./dez. 2011.

CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 28-34, jan./fev. 2014.

CALDEIRA, S.; TIMMINS, F. Time as presence and opportunity: the key to spiritual care in contemporary nursing practice. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 17/18, p. 2355-2356, Sep. 2015.

CALLISTER, L. C. *et al*. Threading spirituality throughout nursing education. **Holistic Nursing Practice**, Frederick, Md, v. 18, n. 3, p. 160-166, May/Jun. 2004.

CATANZARO, A. M.; MCMULLEN, K. A. Increasing nursing students' spiritual sensitivity. **Nurse Educator**, Philadelphia, v. 26, n. 26, p. 221-226, Sep. 2001.

CHEN, M. *et al*. Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 1286-1294, Sep. 2020.

CHUNG, L. Y. F.; WONG, F. K. Y.; CHAN, M. F. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, n. 2, p. 158-170, Apr. 2007.

CLARK, V. L. P.; CRESWELL, J. W. **Understanding research**: a consumer's guide. Boston: Pearson Higher Ed, 2014.

COBB, M. R.; PUCHALSKI, C. M.; RUMBOLD, B. **Oxford textbook of spirituality in healthcare**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

CONNORS, J.; GOOD, P.; GOLLERY, T. Using innovative teaching strategies to improve nursing student competence and confidence in providing spiritual care. **Nurse Educator**, Philadelphia, v. 42, n. 2, p. 62-64, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 06 dez. 2017. Disponível em: http://www. cofen. gov. br/resolucao-cofen-no-5642017_59145. html, 04 jul. 2021.

COOPER, K. L. *et al*. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 33, n. 9, p. 1057-1061, 2013.

CORDERO, R. D. *et al.* Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 27, n. 13-14, p. 2804-2813, Jul. 2018.

CREEDY, D.; TIEW, L. H. Integration of spirituality in nursing practice: A literature review.

Singapore Nursing Journal, Singapore, v. 37, n. 1, p. 15-21, 2010.

CRESWELL, J. W. *et al*. **Best practices for mixed methods research in the health sciences**. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, v. 2013, p. 541-545, 2011.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. California: Sage publications, 2011.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. California: Sage publications, 2017.

DEZORZI, L. W. *et al*. Cross-cultural validation of the Brazilian version of the spiritual care competence scale. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 17, n. 3, p. 322-327, Jun. 2019.

DONOSO, M. T. V.; DONOSO, M. D. V. O cuidado e a enfermagem em um contexto histórico. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, 2016.

EBRAHIMI, H. *et al*. Health care providers' perception of their competence in providing spiritual care for patients. **Indian Journal of Palliative Care**, Mumbai, v. 23, n. 1, p. 57-61, Jan./Mar. 2017.

ESPINHA, D. C. M. *et al*. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 98-106, dez. 2013.

FERNANDES, S. Trajetórias religiosas de jovens sem religião–algumas implicações para o debate sobre desinstitucionalização. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 369-387, dez. 2018.

FINKLER, M.; NEGREIROS, D. P. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 37-44, 2018.

FOLAMI, F. F.; ONANUGA, K. A. Perception of spirituality, spiritual care, and barriers to the provision of spiritual care among undergraduate nurses in the University of Lagos, Nigeria. **Journal of Clinical Sciences**, v. 15, n. 1, p. 8-12, Feb. 2018.

GALUTIRA, G. D. *et al*. Spirituality and spiritual care in nursing: a literature review. **Philippine Journal of Nursing**, Manila, v. 89, n. 1, p. 22-31, 2019.

GARCIA, T. R.; COENEN, A. M.; BARTZ, C. C. (org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

GISKE, T.; CONE, P. H. Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 13-14, p. 2006-2015, 2012.

GUIMARÃES, G. L. *et al*. O valor lógico para o discente de enfermagem: encontro com max scheler. **Revista Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v. 2, n. 2, p. 428-434, fev. 2016.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative contente analysis. **Qualitative Health Research**, [*S. l.*], v. 15, n. 9, p. 1277-1288, Nov. 2005.

HUBBELL, S. L.; KAUSCHINGER, E.; OERMANN, M. Development and implementation of an educational module to increase nurses' comfort with spiritual care in an inpatient setting. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, Pitman, v. 48, n. 8, p. 358-364, Aug. 2017.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A. Q.; PUGGINA, A. C. Does the spirituality of nurses interfere in the record of spiritual suffering diagnosis?. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170082, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Relatório de curso:** Enfermagem: Universidade Federal de Mato Grosso: Cuiabá - 44. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: http://dpgi.seplan.ufsc.br/files/2020/10/ENADE-2019-ENFERMAGEM.pdf. Acesso em: 04 jul. 2021.

JOBIN, G. Charting spiritual care: ethical perspectives. In: PENG-KELLER, S.; NEUHOLD, D. **Charting spiritual care**: the emerging role of chaplaincy records in global health care. Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 199-211, 2020.

KALKIM, A.; MIDILLI, T. S.; BAYSAL, E. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. **Religions**, Basel, Switzerland, v. 7, n. 8, p. 101, Aug. 2016.

KIM, J.; CHOI, S. Influence of self-esteem, empathy and existential well-being on spiritual care competence in nursing students. **Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing**, Seoul, v. 22, n. 3, p. 328-337, 2015.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances in Mind-Body Medicine**, Edinburgh, v. 29, n. 3, p. 19-26, Summer, 2015.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, Cairo, v. 2012, Dec. 2012.

KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care**: why, how, when, and what. Pennsylvania: Templeton Foundation Press, 2013.

KRAUSE, N.; HAYWARD, R. D. Trust-based prayer expectancies and health among older Mexican Americans. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 53, n. 2, p. 591-603, Apr. 2014.

KRONING, M. Student perceptions of Spirituality and spiritual Care. **Journal of Christian Nursing**, Downers Grove, v. 35, n. 2, p. E17-E20, Apr./Jun. 2018.

KUVEN, B. M.; GISKE, T. Talking about spiritual matters: first year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations. **Nurse Education Today**,

Edinburgh, v. 75, p. 53-57, Apr. 2019.

LADD, K. L.; SPILKA, B. Prayer and health research: proxies, missed targets, and opportunities. **Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 33-50, 2014.

LEMMER, C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: A survey of US baccalaureate nursing programs. **Journal of Nursing Education**, New York, v. 41, n. 11, p. 482-490, Nov. 2002.

LOPEZ, V. *et al*. Perceptions of spirituality in Australian undergraduate nursing students: a pre-and post-test study. **Nursing Practice Today**, Edinburgh, v. 2, n. 1, p. 10-15, Oct. 2015.

LOPEZ, V. *et al*. Spirituality, religiosity, and personal beliefs of Australian undergraduate nursing students. **Journal of Transcultural Nursing**, Memphis, v. 25, n. 4, p. 395-402, Oct. 2014.

LOVANIO, K.; KAZER, M. W. Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project. **Holistic Nursing Practice**, Fairfield, v. 21, n. 1, p. 42-47, 2007.

MARTINEZ, A. M.; LEGAULT, A. Description des conceptions de la spiritualité et des perceptions du rôle de l'infirmière chez les étudiantes en sciences infirmières quant à la prise en compte de la dimension spirituelle du patient. **Recherche en Soins Infirmiers**, Toulouse, n.127, p. 91-103, 2016.

MENEZES, T. M. O. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 2, p. e22522, 2017.

MEYER, C. L. How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care?. **Nurse Educator**, Philadelphia, v. 28, n. 4, p. 185-190, Jul./Aug. 2003.

MINTON, M. E. *et al.* A willingness to go there: nurses and spiritual care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 27, n. 1-2, p. 173-181, Jan. 2018.

MINTON, M. E.; ISAACSON, M.; BANIK, D. Prayer and the Registered Nurse (PRN): nurses' reports of pease and dis-ease with patient-initiated prayer request. **Journal of Advanced Nursing**, United Kingdon, v. 72, n. 9, p. 2185-2195, May 2016.

MODESTO, J. G.; SOUZA, L. M.; RODRIGUES, T. S. L. Esgotamento profissional em tempos de Pandemia e suas repercussões para o trabalhador. **PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho**, v. 21, n. 2, p. 376-391, 2020.

MOMENNASAB, M. *et al.* The effect of group reflection on nursing students' spiritual well-being and attitude toward spiritual care: a randomized controlled trial. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, Medellín, v. 37, n. 1, p. e-09, Feb. 2019.

MUSA, A. S. Attitudes toward spiritual care and the provision of spiritual care interventions among Jordanian Baccalaureate nursing students: prevalence and correlates. **Nursing Education Perspectives**, New York, v. 41, n. 6, p. 349-354, Nov./Dec. 2020.

NANDA INTERNACIONAL. **Definições e classificação 2018-2020**. Tradução: Regina Machado Garcez.11. Ed. Porto alegre: Artmed, 2018.

NARAYANASAMY, A. The challenges of teaching and learning spirituality in Nursing. **Journal of Nursing and Care**, v. 3, n. 189, p. 1000189, Aug. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. Rio de Janeiro: Bibliomundi, 2021.

NÚCLEO AVANÇADO DE SAÚDE, CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE. **NASCE:** quem somos nós?. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG, 2020. Disponível em: https://nasce-ufmg.blogspot.com/p/quem-somos-nos.html. Acesso em: 30 jun. 2020.

OLIVEIRA, R. A. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 19, n. 2, p. 54-55, 2017.

PAAL, P.; HELO, Y.; FRICK, E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, Kutztown, PA, v. 69, n. 1, p. 19-30, Apr. 2015.

PANZINI, R. G. *et al*. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PAPADOPOULOS, I; COPP, G. Nurse lecturers' perception and teaching of spirituality. **Implicit Religion**, United Kingdom, v. 8, n. 1, p. 22-39, 2005.

RAMEZANI, M. *et al.* Spiritual care in nursing: a concept analysis. **International Nursing Review**, Geneva, v. 61, n. 2, p. 211-219, Jun. 2014.

RASSOULIAN, A.; SEIDMAN, C.; LÖFFLER-STASTKA, H. Transcendence, religion and spirituality in medicine: medical students' point of view. **Medicine**, Hagerstown, v. 95, n. 38, Sep. 2016.

REINERT, K. G.; KOENIG, H. G. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 12, p. 2622-2634, Dec. 2013.

ROBERTS, L. *et al*. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 2, p. CD000368, Apr. 2009.

ROSS, L. A. *et al.* Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: a prospective, longitudinal, correlational European study. **Nurse Educ Today**, Edinburgh, v. 67, p. 64-71, Aug. 2018.

ROSS, L. A. Teaching spiritual care to nurses. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 16, n. 1, p. 38-43, Feb. 1996.

ROSS, L. *et al*. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 34, n. 5, p. 697-702, May 2014.

RUF 2019: ranking universitário Folha. Folha de S. Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://ruf.folha.uol.com.br/2019/ranking-de-cursos/enfermagem/. Acesso em: 07 jul. 2021.

SANDERS, L. Perceptions of spirituality and spiritual care in religious nurses. **Journal of Christian Nursing**, Philadelphia, v. 33, n. 4, p. 214-219, 2016.

SILVA, J. B.; AQUINO, T. A. A.; SILVA, A. F. As relações entre espiritualidade e cuidado segundo as concepções de estudantes de enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE on Line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1029-1037, mar. 2016.

SIMÃO, T. P.; CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C. The effect of prayer on patients' health: systematic literature review. **Religions**, Basel, Switzerland, v. 7, n. 1, p. 11, 2016.

SIQUEIRA, D. Religião e religiosidade: indivíduo e sociedade. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, SP, v. 18, n. 34, p. 21-29, 2013.

SKEVINGTON, S. M.; GUNSON, K. S.; O'CONNELL, K. A. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. **Quality of Life Research**, Tucson, v. 22, n. 5, p. 1073-1083, 2013.

STRAND, K.; CARLSEN, L. B.; TVEIT, B. Nursing students' spiritual talks with patients–evaluation of a partnership learning programme in clinical practice. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 26, n. 13-14, p. 1878-1886, Jul. 2017.

TAVARES, C. Q. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). **Journal Health NPEPS**, Cuiabá, v. 5, n. 1, p. 1-4, jan./jun. 2020.

TAYLOR, E. J. *et al.* Nurse religiosity and spiritual care: an online survey. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 28, n. 5, p. 636-652, Jun. 2019.

TAYLOR, E. J. *et al*. Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 35, p. 30-35, Jun. 2017.

TAYLOR, E. J.; PARK, C. G.; PFEIFFER, J. B. Nurse religiosity and spiritual care. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 70, n. 11, p. 2612-2621, Nov. 2014.

TIMMINS, F. *et al.* An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 35, n. 1, p. 277-282, Jan. 2015.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1205-1213, out. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. **Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem da escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.** Belo Horizonte: Escola da Enfermagem da UFMG, 2017. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/index.php/curriculo/197-projeto-pedagogico-do-curso-de-graduacao-em-enfermagem/file. Acesso em: 05 jul. 2021.

VAN LEEUWEN, R. *et al*. The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 20, p. 2768-2781, Oct. 2008.

VELLOSO, I. S.; CECI, C.; ALVES, M. Reflections about power relations in nursing practice. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 388-391, jun. 2010.

VERSA, G. L. G. S. *et al*. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, 2011. Acessado 31 Agosto 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400020>.

WEN, W. *et al.* Does religious involvement affect mortality in low-income Americans? A prospective cohort study. **BMJ Open**, London, v. 9, n. 7, p. e028200, Jul. 2019.

WU, L. F.; LIAO, Y. C.; YEH, D. C. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. **The Journal of Nursing Research**, Taiwan, v. 20, n. 3, p. 219-227, Sep. 2012.

YILMAZ, M.; GURLER, H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. **Nursing Ethics**, London, v. 21, n. 8, p. 929-945, Dec. 2014.

APÊNDICE 1 - Questionário sociodemográfico

1 Você nos dá o seu consentimento para participação como voluntário desta pesquisa?
Sim
Não

2 Qual é o seu nome completo?

3 Qual é o seu e-mail?

4 Qual é o seu CPF?

5 Qual é a sua idade?

6 Com qual gênero você se identifica?
▢ Masculino
▢ Feminino
▢ Outros:_____

7 Qual é sua cor?
▢ Branca
▢ Preta
▢ Parda
▢ Indígena
▢ Outros:_____

8 Qual período do curso você está frequentando?
▢ 1º período
▢ 2º período
▢ 3º período
▢ 4º período
▢ 5º período
▢ 6º período
▢ 7º período
▢ 8º período
▢ 9º período
▢ 10º período
▢ Outros: _____

9 Você se identifica com alguma religião? Se a resposta for negativa, passe para a questão 08.
▢ Sim
▢ Não me identifico com denominações religiosas mas creio em uma força superior transcendental
▢ Não me identifico com denominações religiosas nem em forças superiores transcendentais

10 Se você respondeu sim à pergunta anterior, com qual religião você se identifica?
▢ Católica
▢ Evangélica-Protestante

▢ Judaica
▢ Espírita
▢ Budista
▢ Hindu
▢ Islâ
▢ Umbanda
▢ Candomblé
▢ Religiões Ayahuasqueiras
▢ Outros: _____

11 Qual é a sua experiência anterior em orar com um paciente ou familiar do paciente? (escolha as alternativas que se aplicam).
▢ Eu orei com um paciente após o seu pedido.
▢ Eu orei com familiar(es) do paciente após seu pedido.
▢ Eu tomei a iniciativa de orar com um paciente.
▢ Eu tomei a iniciativa de orar com familiar(es).
▢ Eu nunca orei com um paciente.
▢ Eu tive pedidos de oração pelo paciente, mas recusei.

APÊNDICE 2 - Questionário de conforto do estudante de enfermagem face a um pedido de oração pelo paciente

Por favor responda aos itens do instrumento, usando as seguintes opções:

1 = Discordo Completamente
2 = Discordo
3 = Incerto
4 = Concordo
5 = Concordo Completamente

12 Eu me sentiria confortável em orar com um paciente, caso esse(s) me solicitasse(m).
1 2 3 4 5

13 Eu me sentiria confortável em orar com familiar(es) de um paciente, caso esse me solicitasse.
1 2 3 4 5

14 Eu me sentiria desconfortável em orar com um paciente, independente da situação.
1 2 3 4 5

15 Eu me sentiria desconfortável em orar com a família de um paciente independentemente da situação.
1 2 3 4 5

16 Se um paciente me pedisse para orar, eu recusaria o pedido mas iria referenciá-lo ao representante religioso.
1 2 3 4 5

17 Se um paciente me pedisse para orar, eu oraria mas também iria referenciá-lo ao representante religioso.
1 2 3 4 5

18 Se um paciente me pedisse para orar, eu pediria para não ficar mais responsável pelos cuidados a esse paciente.
1 2 3 4 5

19 Eu me sinto confortável em conversar com os pacientes acerca da sua espiritualidade.
Glossário: Espiritualidade: é a procura por experiências transcendentais subjetivas, pessoais e não atreladas a entidades religiosas.
1 2 3 4 5

20 Eu precisaria conhecer o sistema de crenças do paciente antes de orar com ele.
Glossário: Sistema de crenças: Convicção sobre a verdade de alguma afirmação ou sobre a realidade de algum ser, coisa ou fenômeno, especialmente quando não há provas conclusivas ou confirmação racional daquilo em que se acredita.
1 2 3 4 5

APÊNDICE 3 - Questões abertas do questionário

21 Durante um plantão, você encontra uma das suas pacientes olhando para o céu através da janela. Há uma música ambiente tocando em volume baixo e a paciente tem nas mãos seu terço e sua bíblia. Ao perguntar-lhe se há algo que possa fazer, a paciente responde: “Por favor sente-se aqui comigo e ore por mim.” O que você responderia?

22 Você está atuando numa unidade de emergência durante o plantão. Nesta unidade estão o paciente de 56 anos e mais 4 profissionais de saúde trabalhando em sua estabilização. Na presença do médico e dos outros profissionais, o paciente instável olha diretamente nos seus olhos e diz “Seria tão significativo para mim se pudesse orar por mim”. Como responderia?

23 Você atua em um hospital onde são admitidos pacientes de diversas etnias e religiões. Uma paciente com uma crença religiosa diferente da sua pede-lhe para orar por ela. Como responderia?
Glossário: Crença religiosa: dogmas que a pessoa se atrela e que trazem impactos no seu coletivo mas não necessariamente atreladas a uma vivência prática, social e coparticipativa da religião.

APÊNDICE 4 - Questionário WHOQOL-SRPB do questionário

Por favor responda os itens a seguir usando as seguintes opções:

1 = Nada
2 = Raramente
3 = Moderadamente
4 = Bastante
5 = Extremamente

24 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?
1 2 3 4 5

25 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?
1 2 3 4 5

26 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?
1 2 3 4 5

27 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?
1 2 3 4 5

28 Até que ponto você encontra um sentido na vida?
1 2 3 4 5

29 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?
1 2 3 4 5

30 Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?
1 2 3 4 5

31 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?
1 2 3 4 5

32 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música).
1 2 3 4 5

33 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?
1 2 3 4 5

34 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?
1 2 3 4 5

35 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?
1 2 3 4 5

36 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?
1 2 3 4 5

37 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?
1 2 3 4 5

38 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?
1 2 3 4 5

39 Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

1 2 3 4 5

40 Até que ponto você sente força espiritual interior?

1 2 3 4 5

41 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?

1 2 3 4 5

42 Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

1 2 3 4 5

43 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

1 2 3 4 5

44 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?

1 2 3 4 5

45 Até que ponto você tem paz interior?

1 2 3 4 5

46 Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?

1 2 3 4 5

47 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

1 2 3 4 5

48 Quão esperançoso você se sente?

1 2 3 4 5

49 Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?

1 2 3 4 5

50 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

1 2 3 4 5

51 Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

1 2 3 4 5

52 Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

1 2 3 4 5

53 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

1 2 3 4 5

54 Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

1 2 3 4 5

55 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

1 2 3 4 5

56 Pode deixar aqui algum comentário que julgue necessário. Muito obrigada pela sua participação.

1 2 3 4 5

Prezada(o) estudante,

A sua cooperação respondendo a este questionário vai nos ajudar a produzir melhores

informações sobre o tema.

Muito obrigada pela sua participação.

APÊNDICE 5 - E-mail convite para participação de pesquisa

LAÍS MACHADO FREIRE <lmachadofreire@gmail.com> ter., 11 de ago. de 2020 14:12

para ferreiramadriana, alancristianmferreira, alannadru, alice26carol, alicefrugoli, preciosajoia, alinec_santtos, alline.kab, alinernbh, lilinebh, alinewallima, ac.corretorbh, Allanagraca

Prezado(a) acadêmico de enfermagem,

Sou mestranda da escola de enfermagem da UFMG, sob orientação da Profa. Elysangela Dittz, e na minha dissertação estamos investigando o comportamento de estudantes de enfermagem frente a necessidade dos pacientes relacionada ao suporte espiritual por meio da oração.

Para tanto gostaria de solicitar o apoio de vocês, estudantes de enfermagem, no preenchimento e divulgação do instrumento virtual de coleta de dados para essa pesquisa.

O instrumento consiste em um questionário online composto por perguntas de fácil entendimento e demora de 3 a 5 minutos para ser respondido.

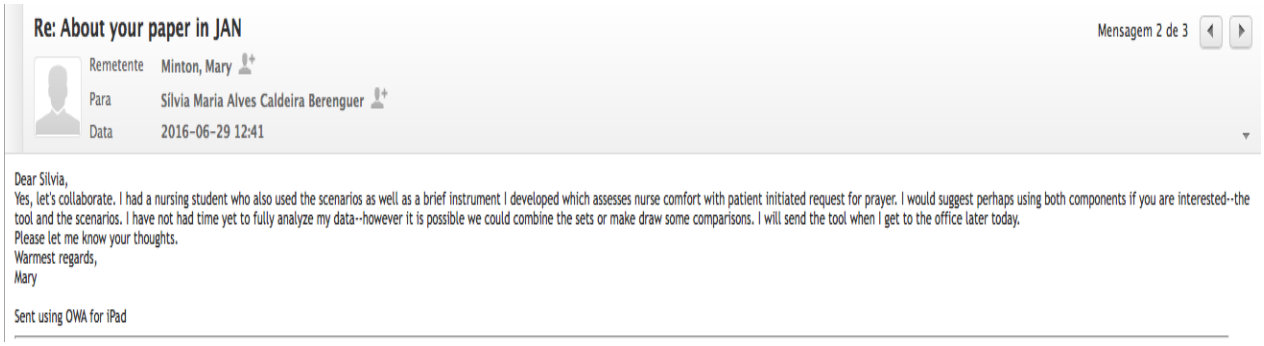
É de suma importância a sua participação e apoio na divulgação à demais discentes de graduação da escola de enfermagem da UFMG, para que possamos compreender melhor sobre como os estudantes de enfermagem recebem e respondem aos pedidos de oração dos pacientes.

Segue o link para acesso ao questionário:

https://www.survio.com/survey/d/T6S2X6I7K4H7K1J8R

Agradeço a compreensão.

APÊNDICE 6 - Autorização da autora do estudo original para utilização dos cenários a serem utilizados na coleta dos dados



Re: About your paper in JAN

Mensagem 2 de 3

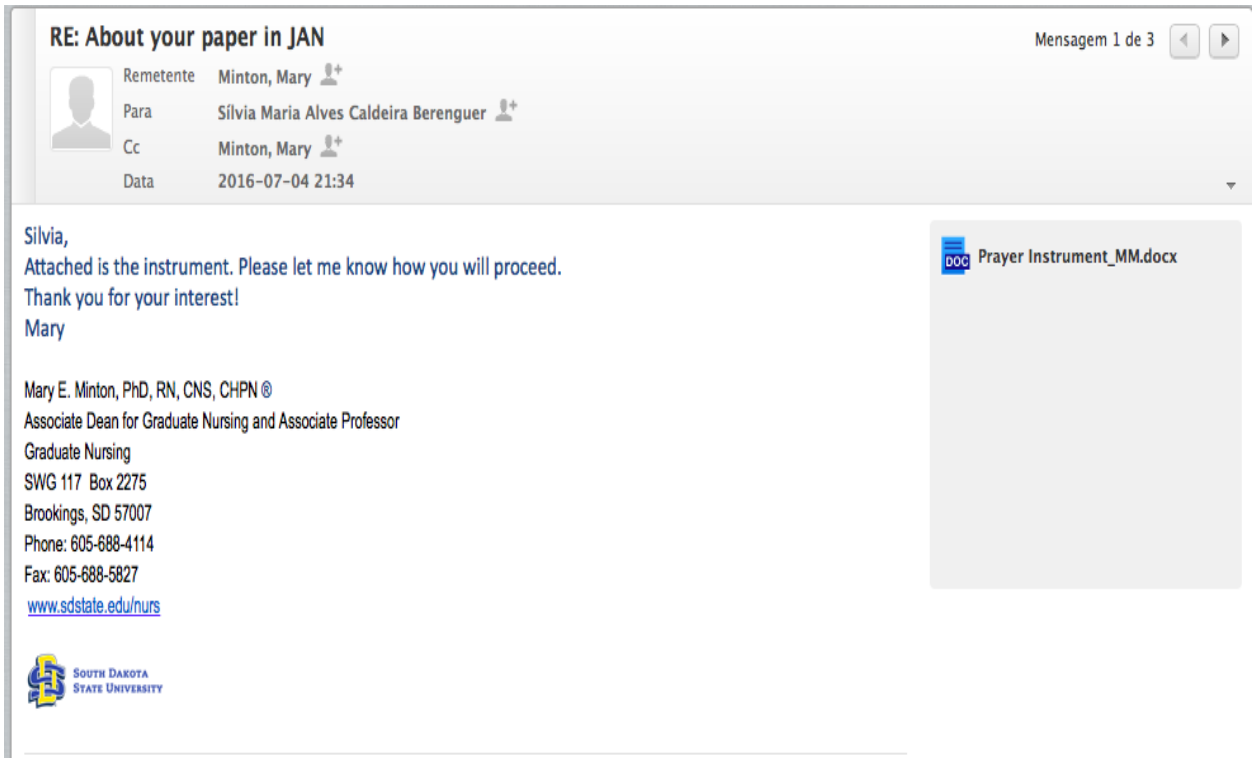
Remetente Minton, Mary

Para Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Data 2016-06-29 12:41

Dear Silvia,
Yes, let's collaborate. I had a nursing student who also used the scenarios as well as a brief instrument I developed which assesses nurse comfort with patient initiated request for prayer. I would suggest perhaps using both components if you are interested--the tool and the scenarios. I have not had time yet to fully analyze my data--however it is possible we could combine the sets or make draw some comparisons. I will send the tool when I get to the office later today.
Please let me know your thoughts.
Warmest regards,
Mary

Sent using OWA for iPad



RE: About your paper in JAN

Mensagem 1 de 3

Remetente Minton, Mary

Para Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Cc Minton, Mary

Data 2016-07-04 21:34

Silvia,
Attached is the instrument. Please let me know how you will proceed.
Thank you for your interest!
Mary

Mary E. Minton, PhD, RN, CNS, CHPN ®
Associate Dean for Graduate Nursing and Associate Professor
Graduate Nursing
SWG 117 Box 2275
Brookings, SD 57007
Phone: 605-688-4114
Fax: 605-688-5827
www.sdstate.edu/nurs

South Dakota State University

Prayer Instrument_MM.docx

APÊNDICE 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Belo Horizonte ___/___/ 20__.

Prezado(a) Estudante,

Você está sendo convidado para participar do estudo intitulado "Os estudantes de enfermagem e os pedidos de oração dos doentes". Este estudo tem como objetivo: analisar as respostas dos estudantes de enfermagem em relação aos pedidos de oração pelos doentes. Para participar desta pesquisa, você deverá responder algumas perguntas de um questionário eletrônico. Se você se sentir qualquer desconforto como constrangimento ou emoção ao responder as perguntas, você tem liberdade de se recusar a participar sem qualquer prejuízo para você. Para isso, basta clicar. Entretanto, esperamos que esta pesquisa possa contribuir para melhor compreendermos sobre como os estudantes de enfermagem recebem e respondem aos pedidos de oração dos pacientes. Sempre que desejar, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através dos contatos das pesquisadoras. Comprometemos a manter em sigilo seu nome e seus dados pessoais. Suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de publicações em revistas e congressos da área da saúde. As gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de cinco anos e depois serão destruídas. Declaro que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local em que você pode fazer contato, a partir dos telefones e endereços abaixo, para ter esclarecimentos, retirar seu consentimento a qualquer momento se assim desejar, sem nenhum prejuízo para você e sua família em relação à assistência em saúde prestada a vocês. Você não terá nenhuma despesa e não será remunerado por sua participação. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para participação como voluntário desta pesquisa sendo que uma cópia ficará em seu poder.

_____

Dra. Elysangela Dittz Duarte

Com base nos itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

_____, ____, _____ de 20__.

_____

Nome/assinatura do Participante da Pesquisa

Contatos:
Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627 – São Luiz, Belho Horizonte - MG. Unidade Administrativa II, 2º andar. Tel: (31)3409.4592
Dra. Elysangela Dittz Duarte. Tel: (31) 99970.9888. elysangeladittz@gmail.com - Escola de Enfermagem da UFMG.