

**CUIDADO CONFORTADOR ESPIRITUAL AOS FAMILIARES
ACOMPANHANTES DE PESSOAS HOSPITALIZADAS EM CONDIÇÃO CRÔNICA**

Milton Barbosa Carvalho de Jesus¹;
Elaine Guedes Fontoura²;
Kátia Santana Freitas³;
Marluce Alves Nunes de Oliveira⁴
Nayara Guimarães dos Santos⁵;
Eude Alves Barbosa⁶
Deborah Soares Assis⁷

Resumo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender os confortos e desconfortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica. Este estudo está vinculado ao projeto "produção do cuidado para a promoção do conforto de famílias no Hospital Geral Cleriston Andrade" que atende a resolução 466/2012 com parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, comparecer número 531.250, Realizada em um hospital geral público do Estado da Bahia. Participaram da pesquisa sete familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica, a coleta de dados foi realizada no período de julho e agosto de 2016 através de entrevista semiestruturada gravada, os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo temática de Bardin, os resultados apontaram que os familiares acompanhantes vivenciam situações de confortos e desconfortos na dimensão espiritual, que foi percebido através das categorias emergidas por meio dos depoimentos analisados, foram estas: Confortos e desconfortos espirituais vivenciados por familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica, Presença de Deus revelada pela fé dos familiares e A percepção dos familiares à respeito do apoio espiritual.

Palavras- Chave: Família. Conforto. Desconforto. Espiritualidade. Adoecimento crônico

¹Enfermeiro graduado em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos em Saúde (NIPES) UEFS. Email:miltoncarvalho48@gmail.com. Bolsista do programa de extensão Produção do Cuidado para a promoção do conforto de famílias.

²⁻³⁻⁴ Docentes, Doutoradas em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professoras da Graduação em Enfermagem e do Mestrado profissional da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadoras do NIPES. Orientadoras do programa de extensão Produção do cuidado para a promoção do conforto de famílias.

⁵⁻⁷Discentes do IX e VII semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Membro do NIPES.Bolsista do programa de extensão Produção do Cuidado para a promoção do conforto de famílias.

⁶Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora do NIPES. Integrante do programa de extensão Produção do cuidado para a promoção do conforto de famílias.

INTRODUÇÃO

A responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem centrada no cuidado holístico ao ser humano constitui um desafio de ordem urgente. Uma vez que se entende a pessoa como ser biológico, social e espiritual pode-se inferir as inúmeras facetas do cuidado a ser prestado e a complexidade de suas necessidades.

O termo espiritualidade deriva do latim *spiritus* que significa “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”, representando o objeto que traduz o significado e propósito para a vida. Desta forma, espiritualidade refere-se a uma questão de natureza pessoal (SCHLEDER et al., 2013).

Segundo Castelo-Branco e colaboradores, (2014) diz que os termos espiritualidade e religiosidade são utilizados como sinônimos, no entanto, a espiritualidade compreende a busca pelo sentido da vida, pelo transcendente, a harmonia estabelecida entre o ser e o ambiente, o ser e Deus e o ser consigo mesmo, já a religiosidade refere à adesão a uma denominação religiosa.

Tratamento para a alma, com benefícios para o corpo, é assim que a mídia tem apresentado ao público leitor, o uso sistemático da espiritualidade como terapia, uma forma nova de assistir a pessoa, estimulando um bem-estar emocional, espiritual e corporal, fugido do modelo biomédico de assistência à saúde.

A problemática em questão é o abandono da assistência às necessidades espirituais em detrimento de um cuidado voltado apenas para o suporte de déficits biológicos que, segundo Castelo-Branco e colaboradores, (2014), se dar por falta de formação acadêmica voltada, também, às tais necessidades e/ou pelas condições de trabalho.

Embora os estudos referentes à dimensão espiritual do ser humano e sua aplicação na saúde venham crescendo nos últimos anos, há muito que se percorrer para a compreensão do que de fato integra tais necessidades espirituais e quais são as intervenções adequadas a serem implementadas (MENDES, 2012).

No que tange aos trabalhos já publicados nesta área há uma predominância de discussões sobre a espiritualidade e os cuidados paliativos e/ou oncologia, mantendo a escassez de estudos que visem compreender e atender as necessidades espirituais nas demais áreas da saúde como em pacientes em situação crônica e seus familiares (SANTOS; SOUSA, 2012).

Considerando que o familiar acompanhante integra um corpo dependente de cuidados da equipe de saúde e que estes vivenciam desconfortos na mesma proporção que seu ente hospitalizado (FREITAS, 2012), importa que também sejam identificados os desconfortos espirituais vivenciados com a finalidade de conhecer e atender a estes problemas.

A incerteza da recuperação do ente hospitalizado e a perda do convívio social e do papel familiar em conjunto às necessidades espirituais permeiam os desconfortos vivenciados na situação de acompanhamento de um ente hospitalizado em condição crônica. Estes fenômenos não se destacam em grau de importância, mais atuam em conjunto para a vivência do sentimento de desconforto (FREITAS, 2012).

A compreensão de que a espiritualidade faz parte do ser humano adquirida de uma vivência religiosa, motiva e inquieta a estudar quais são as necessidades espirituais que os acompanhantes de pessoas hospitalizadas em condição crônica apresentam, ou quais os desconfortos espirituais estão envolvidos durante a experiência de hospitalização, visto que a

produção do conhecimento acerca desta temática, ainda que esteja em evidente crescimento, permanece escassa.

Este projeto justifica-se pela ausência de produções bibliográficas que abordem esta temática na perspectiva do familiar acompanhante da pessoa em condição crônica e pela inexistência de componentes curriculares que explorem este conteúdo, mesmo sendo esta uma área de responsabilidade inerente não apenas a prática da enfermagem como de toda a área de saúde. A relevância social reside na produção do conhecimento a cerca do cuidado confortador espiritual aos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica, visto que estas pessoas também constituem um grupo que necessita de cuidados assistenciais, mas que pouco se discute na prática cotidiana e acadêmica.

Diante do exposto trago como questão norteadora dessa investigação: como são vivenciados os confortos e desconfortos espirituais pelos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica? tem como objetivo compreender os confortos e desconfortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho qualitativo, descritivo e exploratório. Este tipo de pesquisa é entendida

A pesquisa foi realizada em um hospital público de grande porte situado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia, a 107 Km da capital - Salvador, a qual se liga através da Rodovia BR-324. Tem extensão territorial de 1.337,993 Km² e conta com uma população de, aproximadamente, 612.000 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014).

A unidade hospitalar iniciou os trabalhos com 75 leitos cadastrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse número aumentou gradativamente quando o hospital passou a atender às cidades circunvizinhas, contribuindo com a diminuição da demanda de outras unidades, inclusive as de Salvador. Atualmente, o hospital possui 302 leitos para atender toda Região de Feira de Santana e 127 municípios pactuados, como hospital de referência, atendendo mensalmente uma média de nove mil usuários.

Dentre os setores do hospital, a clínica médica foi vista como espaço ideal para esta investigação, por se tratar de uma unidade em que há predominância de pessoas com patologias clínicas e crônicas, como sequelas de neuropatias, nefropatias, hepatopatias, doenças imunossupressoras, oncológicas, hematológicas, pessoas idosas e com internamentos prolongados. Quanto ao número de leitos, a clínica possui 43 (quarenta e três) leitos distribuídos, sendo 14 (quatorze) enfermarias, 03 (três) destinadas a clínica neurológica com total de 13 (treze leitos); 11 enfermarias de clínica médica, sendo 06 (seis) enfermarias de isolamento, 02 (dois) leitos cada, num total de 12 (doze) leitos; 04 (quatro) enfermarias intermediárias, sendo 02 (duas) femininas e 02 (duas) masculinas com 4 (quatro) leitos em cada enfermaria.

Os participantes do estudo foram familiares acompanhantes de pessoas internadas na clínica médica, sendo este não necessariamente um parente consanguíneo ou conjugue.

Os critérios para inclusão consideraram: Ser maior de 18 anos, ter uma frequência mínima de 5 dias de acompanhamento do familiar internado, apenas um acompanhante por ente hospitalizado

Este estudo está vinculado ao projeto "produção do cuidado para a promoção do conforto de famílias no Hospital Geral Cleriston Andrade" que atende a resolução 466/2012 com parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) com número de protocolo CAAE: 25608213.8.0000.0053 de 17/02/2014 e parecer nº 531.250.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2016, por meio de uma entrevista semiestruturada gravada acompanhada de um instrumento para caracterização dos participantes com as seguintes questões norteadoras:

Você consegue orar/rezar ou conversar com Deus enquanto esta sendo familiar acompanhante do seu ente hospitalizado;

Gostaria que você falasse sobre os confortos e desconfortos espirituais religiosos que tem vivenciado durante a hospitalização do seu ente;

Relate-me sobre o apoio espiritual ou religiosos que você gostaria de receber durante a hospitalização do seu ente.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos familiares acompanhantes, caso o participante se negasse a gravação, seria preenchido o roteiro da entrevista pelo pesquisador, após foi realizado a apresentação da gravação ou leitura da entrevista. Após a coleta foram transcritas e analisadas pelo pesquisador. Para garantir o anonimato dos entrevistados as transcrições foram codificadas pelas entrevistas E1, E2 [...].

As entrevistas foram realizadas na sala de reuniões da UEFS localizada na entrada da clínica cirúrgica do HGCA. Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) com os objetivos da pesquisa, foi apresentado ao familiar/acompanhante em duas vias, serão solicitadas duas assinaturas, uma via ficou com o participante e a outra com o pesquisador.

As entrevistas e o TCLE foram guardados no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES), localizado na Av. Transnordestina S/N bairro Novo Horizonte, BR 116 Norte, Feira de Santana, Bahia.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin (2011). As fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três fases. Segundo Bardin (2011) A primeira fase é a pré-análise, onde ocorreu a organização e preparação do material. A primeira etapa desta fase é a leitura flutuante onde houve o estabelecimento do contato com os documentos da coleta de dados é o momento em que se começa a conhecer o texto. A segunda etapa desta fase é a demarcação dos documentos que foram analisados em seguida a formulação das unidades de análise e os procedimentos de análise, elaboração de indicadores, que envolve a determinação por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constitui a segunda fase, que consistiu na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Foi uma etapa importante porque possibilitou a riqueza das interpretações e inferências.

Esta foi a fase da descrição analítica, a qual diz respeito a qualquer material textual coletado submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos referenciais teóricos. Dessa, a codificação de temas, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, interferência e interpretação. Nesta etapa ocorria condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011).

A análise permitiu a construção de categorias que orientaram a discussão sobre os (des)confortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica.

Salienta-se que este projeto de pesquisa está inserido no Projeto de pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana “Produção do cuidado para a promoção do conforto de famílias no hospital” (FREITAS, 2014). Resolução do CONSEPE: 095/2013, que tem como finalidade a implementação de um grupo de apoio a famílias como estratégia para a promoção do conforto de famílias de pessoas internadas nas Unidades de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Clínica Médica do referido hospital.

Esta pesquisa atende as normas da Resolução 466/2012, que reúne a visão do indivíduo e das coletividades, utilizando os princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos do estudo e ao Estado (BRASIL, 2012).

No princípio que se refere à autonomia do sujeito da pesquisa, foi respeitada a liberdade de aceitar ou recusar a sua participação no estudo e o direito de suspender a entrevista, mesmo após ser iniciada. Levando em conta a não maleficência, foi assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações relatadas e da realização da pesquisa em local privativo, sem a presença de outras pessoas.

O participante, ao ser entrevistado, foi informado acerca da natureza da investigação, seu tema e seus objetivos. A formalização da participação no trabalho foi através do TCLE assinado em duas vias, uma permaneceu com o entrevistador, guardado em local seguro, pelo prazo de cinco anos, e a outra, com o entrevistado. O TCLE esclarece sobre a investigação em trâmite, além de fornecer informações, em linguagem clara e acessível, aos colaboradores, garantindo o respeito à privacidade do entrevistado. O benefício deste estudo é possivelmente compreender os confortos desconfortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas em situação crônica e como atendê-los.

Os riscos previsíveis para os participantes foram o estresse de responder a uma entrevista sobre sua espiritualidade durante condição de acompanhante da pessoa em situação crônica hospitalizada e o tempo que foi gasto para tal. Esses riscos foram minimizados a partir de um ambiente que possibilitou a empatia e garantiu a privacidade e a não interrupção da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados estão apresentados e analisados através do processo de análise de Bardin (2011). As entrevistas foram gravadas e transcritas e serviram de base para compreender os (des)confortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica.

O método de análise de conteúdo serviu de base para a compreensão das respostas das entrevistas dos participantes da pesquisa. Através das entrevistas semiestruturadas foi possível fazer a caracterização sociodemográfica dos familiares acompanhantes da pessoa hospitalizada em condição crônica.

Caracterização sócio-demográfica dos participantes

Participaram do estudo sete familiares acompanhantes de pessoas em condição crônica, sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino, em relação à religião todos pertencente a religião ligados ao cristianismo, exceto dois participantes que não tem religião definida. Todos os participantes são moradores de Feira de Santana, exceto uma que é de Jacobina, o parentesco é diversificado, apresentado duas conjugues, uma amiga, pai, mãe, neta e filha, faixa etária variou de 19 anos à 49 anos e o tempo de acompanhamento variou de 5 dias à 2 meses e 7 dias. Períodos prolongados em hospitalização são o esperado em pacientes crônicos e isto reflete na permanência de seus familiares acompanhantes.

A partir das entrevistas dos participantes foi possível à análise através de questões norteadoras, foram desveladas três categorias: confortos e desconfortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes; a presença de Deus revelada pela fé dos familiares e Percepção do familiar à respeito do apoio espiritual.

Confortos e desconfortos espirituais vivenciados pelos familiares acompanhantes

Na primeira categoria os familiares acompanhantes vivenciam situações de conforto e de desconforto na esfera da espiritualidade e estase desdobra em duas subcategorias, a primeira subcategoria corresponde ao Conforto Espiritual que pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Conforto espiritual

As falas de E1, E6 revelam que consideram a espiritualidade intrínseca do ser humano, presente através da reza e leituras espirituais e que promove conforto.

[...] depois que a gente reza, que a gente chama por ele, não é desconforto, conforto é 100% [...] (E1).

Eu leio aqueles versículos que os evangélicos trazem, leio em voz alta pra ele, porque quem está aqui, está enclausurada, a pessoa não tem acesso, não conversa não tem nada, aquilo serve como conforto(E6).

[...] Falar da palavra de Deus pra mim, vir falar às vezes quando vem alguém assim é rapidinho, mas não chega perto de você para conversar, a noite tem, mas é pouco tempo, mas eu queria ouvir mais a palavra de Deus para me confortar mais ainda. (E5)

Apoio, conforto espiritual que eu gostaria de receber e recebo é a minha bíblia, a Palavra do Senhor, mais nada, eu busco e boto os louvores, estou ouvindo sempre e ler, eu lenho sempre, estou sempre buscando (E7)

Segundo Castelo-Branco e colaboradores (2014) as práticas religiosas, podem auxiliar na administração do adoecimento e mesmo que uma pessoa não seja praticante de uma religião convencional, sua espiritualidade pode ser expressa por atos religiosos como orar, meditar, ler textos religiosos por exemplo.

Estas medidas são adotadas como suporte espiritual, estratégia para garantir um bem-estar, um conforto, outra medida muito comum entre os familiares é a utilização de canções religiosas reproduzidas pelo aparelho celular.

O fenômeno conforto aqui demonstrado se justifica na literatura como uma aplicação direta do terceiro estado de conforto citado na teoria holística de kolkaba (1991,1994), referindo-se à transcendência, apresentada pela referida autora como o estado que ultrapassa problemas ou dor e também é considerada uma categoria de necessidades espirituais para diversos autores, Fleck et al., (2003) e Castelo Branco, (2014), são exemplos.

Quando esta capacidade e necessidade de transcendência são interferidas em decorrência de alguma circunstância pode-se considerar a ocorrência do fenômeno contrário, o desconforto, o que será demonstrado na segunda categoria.

Desconforto espiritual

As falas de E5 e E6 demonstram que os familiares também vivenciam situações de desconfortos na esfera espiritual, uma vez que lhe são impossibilitadas hábitos espirituais e religiosos que faziam parte de seu cotidiano.

É um desconforto, em casa eu me sinto mais confortável para orar, falar com Deus, e aqui não, aqui às vezes você esta orando e chega médico e tira a sua concentração e você já esquece o que estava pedindo, em casa não, não tem ninguém, tem silêncio, você chega lá no quarto, bota o joelho no chão e conversa com Deus, aqui não tem como fazer isso, porque se você for falar com Deus, vai chegar a médica pra dar a medicação dela, vai chegar médica para pedir o exame, já tem um desconforto (E5).

Ir à igreja faz muita falta, porque conta que o culto é à noite, então, faz falta da gente está ali, escutando o que Deus quer falar com a gente (E6).

O desconforto pode ser entendido como o não atendimento de uma necessidade de conforto, para Castelo-Branco e colaboradores (2014) a privacidade estar inclusa como necessidade espiritual na categoria relacionamento, e a necessidade de frequentar aos cultos e manter uma determinada prática religiosa estão englobadas na categoria práticas religiosas. A necessidade de praticar hábitos espirituais religiosos, muitas vezes é dificultada tornando-se um desconforto espiritual, prover condições para o retorno dessas práticas precisa ser adotado para um melhor enfrentamento pelo familiar neste momento de acompanhamento, não esquecendo que o cuidar da família reflete no bem-estar e recuperação do paciente.

Para Fleck et al., (2003) as necessidades espirituais relacionadas as práticas espirituais e religiosas é chamada de liberdade para praticar crenças e rituais, quando se tira uma liberdade cria-se situações de desconforto que implicam diretamente no estado de saúde. A falta que estes familiares sentem de estar participando de grupos religiosos, de visitar e serem visitados, de orar/rezar não devem ser subestimados pela equipe de saúde, pois se trata de sua identidade enquanto pessoa e precisa ser respeitado, apoiado e ser alvo de intervenções para propor estratégia para vencer ou minimizar estes desconfortos, medidas simples e que o modelo biomédico de saúde ao qual ainda é reproduzido não propicia seu atendimento.

A crescente especialização e atração pelo domínio de práticas tecnológicas avançadas também contribuem para estes desconfortos, como discute Perez e colaboradores, (2007), afirmando que esta realidade tem implicado no abandono da assistência as necessidades básicas com conforto e controle da dor, e outros sintomas, como comunicação, espiritualidade e outros valores significativos.

A presença de deus revelada pela fé dos familiares

A segunda categoria desvelada neste estudo foi à presença de Deus revelada pela fé dos familiares e está também se desdobra em duas subcategorias, a primeira delas é a Aproximação com Deus, apresentadas nas seguintes falas:

Aproximação com Deus

As falas de E1, E7 desvelaram que a aproximação com Deus ocorre sempre, principalmente quando ocorre o adoecimento ficam ainda mais próximos.

[...] foi a hora que eu mais me aproximei de Deus [...] (E1).

[...]nossa minha fortaleza, toda hora, todo momento[...] (E7).

O processo de enfrentamento (coping) é entendido como um conjunto de estratégias utilizadas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes. O Coping religioso/espiritual (CRE) é o uso de crenças e comportamentos religiosos, visando facilitar a solução de problemas, prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas (SCHLEDER et al., 2013). Para a referida autora, os familiares utilizam estratégias de CRE positivas, mais que negativas na UTI, pode-se observar este mesmo comportamento com os familiares de pacientes em condição crônica em unidade de clínica médica. O apoio em uma fé tem se mostrado uma estratégia de enfrentamento pioneira entre os familiares

protagonizando um forte fator para a manutenção do estado de saúde mental para estes familiares.

Fé e a esperança:

Os depoimentos expressam que a Fé e a Esperança é a segunda subcategoria e esta observou nas seguintes falas: As falas de E1, E4 e E3 revelam que existe uma esperança, mesmo em situações de adoecimentodifíceis de recuperação a fé e da esperança se fazem presentes.

Eu não sei explicar direito, mas é dentro da gente mesmo, é porque as pessoas dizem que quem tem fé, acredita né?! (E1).

Tá doente aí, paraplégico, não anda, e aí com a Fé em Jesus, eu tenho fé que ele vai sair bem. (E4).

Eu me sinto muito bem aqui, estando com a pessoa, podendo auxiliar essa pessoa, ajudando ela a adquirir mais vontade de viver, sentindo mais vontade de servir ao Deus Vivo que tudo pode e tem o poder de restaurar a vida desde que a pessoa creia. (E3)

Diante dos depoimentos dos familiares acompanhantes, ficam claro as necessidades espirituais e a presença de um Deus inconsciente independente da religião. A necessidade de uma crença foi expressa e pode estar relacionada ou não a uma prática religiosa.

Para Ângelo (2010), a esperança é um elemento fundamental para a família e é um sentimento que faz o familiar reconhecer que há um caminho, uma forma positiva de encarar e inspira coragem para superar as aflições. A fé, expressa ainda a capacidade de conexão com o transcendente e transmite essa energia para seu ente hospitalizado.

Ao compreender o ser humano sendo multifacetado, entende-se que ele encerra uma faceta biológica, psicológica, social e também espiritual e as situações de conforto e desconforto podem ser vivenciadas em todas estas esferas, incluindo a espiritual, como evidenciado neste estudo.

Uma vez que desvelam categorias que demonstram existência de conforto e de desconforto na esfera espiritual, pode-se utilizar a expressão (des)confortos espirituais e que este está presente não apenas no ente hospitalizada, mas no binômio paciente/familiar acompanhante, minimizar o desconforto de um impacta diretamente na promoção do conforto do outro e este outro percebe o apoio espiritual como descrito na última categoria, intitulada:

A percepção dos familiares à respeito do apoio espiritual

A terceira categoria encerra três subcategorias que revelam a visão do familiar acompanhante de como o apoio espiritual pode ou se faz presente no ambiente hospitalar. Na primeira subcategoria temos:

Identidades Espiritual/Religiosa

As falas de E1, E6 referem que a espiritualidade e religiosidade relacionadas com o sentido da vida. Os diversos autores citados neste estudo, Catelo-Branco e colaboradores, (2014), Fleck et al, (2003), Sousa e Santos, (2012), Schleder et al, (2013) entendem a espiritualidade como o sentido da vida, algo particular e isto pode ser extraído das seguintes falas:

[...]se eu tivesse que ter esse apoio espiritual teria que ser da minha igreja da minha religião (E1).

Ir à igreja faz muita falta porque conta que o culto é noite, então faz falta da gente está ali escutando o que Deus quer falar com a gente (E6).

A fala de E1 apresenta uma importante e densa discussão no que diz respeito ao apoio espiritual ou qualquer intervenção nesta esfera, o que é discutido por Penha e Silva, (2012), para esta autora é preciso ser cauteloso ao abordar temas religiosos devido ao risco de gerar conflitos éticos delicados e irreparáveis, portanto, cabe ao profissional se despir de suas crenças pessoais e apoiar e ou proporcionar uma intervenção nesta esfera dissociada da religião, como também, pode-se adotar medidas específicas de cuidados como apontada por Mendes, (2010), por exemplo, Encaminhar para o capelão/ministro de culto.

A fala supracitada junto à fala de E6 corrobora com Feitas, (2012) que, segundo a autora, as práticas religiosas e espirituais são percebidas pelos familiares como significados de conforto e estas precisam ser apoiadas para a promoção deste conforto.

Os hábitos religiosos mais uma vez presentes nos relatos, elas também revelam quem as pessoas são e também representam o sentido que traz para a sua vida. Como outras necessidades básicas também integram o significado para a vida e que pode ser analisadas na próxima subcategoria.

Comunicação como apoio espiritual

As falas de E1, E6 revelam a importância da comunicação como apoio espiritual, seja no momento da visita, pois se sentem sozinhos no ambiente hospitalar.

A definição de espiritualidade tem sido discutida neste e por todos os demais trabalhos sobre a temática como um elemento complexo e de vasta amplitude de significados e demonstrações e uma delas é a comunicação, podendo ser evidenciados nas seguintes falas:

[...] conversar sabe? Deixar a gente mais próximo de Deus, dar aquele apoio de que você não está sozinho. Tem alguém aqui com você, uma visita, principalmente (E1).

É, porque quem estar aqui, estar enclausurada, a pessoa não tem acesso, não conversa não tem nada, aquilo serve como conforto (E6).

O relacionamento é percebido para Castelo-Branco, (2014), como uma categoria de necessidades espirituais ao qual a comunicação estar presente, a necessidade de estarem com a família, os amigos, estar em harmonia com os outros e consigo próprio. Mais uma vez pode-se entender que medidas como orientar o revezamento da visita com outros familiares podem promover o atendimento de necessidades espirituais, mesmo que indiretamente. Na verdade, é necessário ampliar as discussões para perceber o impacto de cada ação realizada neste contexto por se tratar de pessoas e estas estarem em uma condição de fragilidade em todas as esferas que integram o ser humano, bem como a necessidade de assumir um novo modelo de atendimento a saúde como demonstrado na última subcategoria.

A necessidade de um novo modelo de assistência

A fala de E3, revela a necessidade de novas formas de prestar o cuidado à pessoa hospitalizada que vão além do cuidado físico, da doença, e que o foco seja na pessoa doente e não na doença da pessoa.

A fuga do modelo biomédico ainda é um desafio e no que diz respeito ao atendimento dos familiares acompanhantes e seus desconfortos espirituais é indispensável, podemos perceber esta realidade nas seguintes falas:

Tentar deixar a pessoa menos focada na doença [...] (E3).

Porque você descobri um diagnóstico parece que aquilo vai te acabar para sempre[...] (E3).

A assistência à saúde deve considerar a integralidade do ser humano e estas muitas vezes não estar atrelado há um recurso tecnológico ou um medicamento, deve-se por em prática as propostas de humanização do cuidar em saúde buscando avançar em estratégias para a mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas em condição crônica estão inseridos em um contexto desconhecido, uma vez que o hospital faz parte do cotidiano apenas de profissionais de saúde e de conhecimento dos próprios. Esta condição por si só já encerra inúmeras realidades traduzidas em desconfortos.

A prevalência dos entes hospitalizados está diretamente relacionada com o tempo de permanência de seus familiares acompanhantes e estes, muitas vezes tem as suas necessidades assistências negligenciados, e isto se dá por diversos motivos, como as condições de trabalho bem como a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para o seu atendimento.

Como todo ser humano, os familiares acompanhantes são multifacetados no que diz respeito às suas esferas e são elas: Biológica, Psicológica, Mental e Espiritual, esta quarta esfera é a que menos tem sido estudada e considerada no planejamento da assistência tanto nos pacientes adoecidos crônicos quanto aos seus familiares acompanhantes.

O conhecimento da espiritualidade dos familiares acompanhantes colabora para dar suporte às situações de sofrimento durante a hospitalização da pessoa em situação de adoecimento crônico. A fé e a esperança são estratégias de enfrentamento para lidar com o

adoecimento crônico e estar presente na vivência do familiar acompanhante por meio de situações de conforto e de desconforto.

Uma vez que o conforto pode ser definido como a necessidade de promoção de alguma necessidade, quando esta necessidade não é atendida temos o desconforto, portanto este estudo revela que por meio de orações, leituras espirituais, reprodução de música religiosas em fone de ouvido, tem se mostrado medidas de conforto espiritual, quando estas medidas não são possíveis tem-se então os desconfortos espirituais.

Há muito para se percorrer para a compreensão das necessidades espirituais e o conforto de famílias em contexto de hospitalização, fugir do modelo biomédico é um desafio para a continuidade das pesquisas e implementações de medidas com estas finalidades.

Perceber o familiar como uma pessoa também em hospitalização e que precisa ser confortada em todas as suas esferas, incluindo a espiritual precisa fazer parte da rotina assistencial e estes percebem e expressam essa necessidade por meio de falas de fé, de manifestação de desejos como orar/rezar e ir à igreja, ler a bíblia.

Como uma das autoras citadas no trabalho diz, é preciso incentivar as práticas religiosas e espirituais para proporcionar o conforto para esses familiares, desconstruir a ideia de que a atenção de tais desconfortos espirituais só se fazem necessários aos pacientes e familiares de pacientes críticos, em processo de morte-morrer ou cuidados paliativos.

Medidas simples como orientações de revezamento entre familiares, buscar realizar suas atividades religiosas e espirituais em momentos oportunos de menor fluxo, bem como proporcionar um ambiente propício para a privacidade destes familiares são passos iniciais para a promoção do conforto espiritual.

A falta de uma formação curricular de temas como a espiritualidade também aparece como um fator importante para não sensibilização da assistência, repensar os cursos de saúde é uma necessidade, bem como sensibilizar os profissionais para ampliar o que de fato é o cuidado holístico e tentar por em prática.

Os familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas em condição crônica vivenciam o conforto espiritual quando o sentimento de fazer o bem para o seu familiar é maior que as demais necessidades, quando ele consegue realizar suas atividades religiosas, da mesma forma, quando não conseguem realizar estas necessidades, eles passam a vivenciar o fenômeno contrário, o desconforto espiritual.

Importa reconhecer o sofrimento espiritual destes familiares acompanhantes para mudar uma realidade de assistencial desumana e biomédica ao qual a população estar exposta, a palavra “desconforto” conceitualmente é simples para a compressão, mas o sentimento vivenciado para cada um é bastante particular e poder ser tão angustiante que só pode ser comparado com a obra de Edvard Munch, o quadro mundialmente conhecido e intitulado “o grito”.

REFERÊNCIAS

ANGELO, Margareth. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 4, p. 437-43, 2010. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/437a443.pdf>. Acessado em 10 de março de 2016.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em 16 de março de 2016.

CASTELO-BRANCO, Maria Zita; BRITO, Dalila; FERNANDES-SOUSA, Clementina. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. **Aquichán**, Bogotá, v. 14, n. 1, marzo 2014. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972014000100009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 10 marzo 2016. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.8>.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes; CARVALHO, Emília Campos de; HASS, Vanderlei José. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010. Disponível em <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v23/n2/v23n2a18.pdf>>. Acessado em 10 de março de 2016

FLECK, Marcelo Pio da Almeida; BORGES, Zulmira Newlands; BOLOGNESI, Gustavo and ROCHA, Neusa Sica da. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2003, vol.37, n.4, pp. 446-455. ISSN 1518-8787. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009>. Acessado em 15 de março de 2016

FREITAS, Kátia Santana; MENEZES, Igor Gomes; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm Florianópolis**, v. 21, n. 4, p. 896-904, out. /dez., 2012. Disponível em <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-896.pdf>>. Acessado em 09 de março de 2016.

HGCA. Bahia, Feira de Santana. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/hgca/index.php?option=com_content&view=article&id=621:hgca-comemora-30-anos-de-funcionamento&catid=13:noticiasprofissionaisgestor&Itemid=59>>

LAKATOS, Eva. Maria.; MARCONI, Mariana. Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2006

KOLCABA, K. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs. Sch.**, v.25, n.4, p.237-240, 1991.

KOLCABA, K. A theory of holistic concept comfort for nursing. **J. Adv. Nurs.**, v.19, p.1178-1184, 1994.

MENDES, João Manuel Pedro Galhanas. A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem. 2012. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10561>. Acessado em 10 de março de 2016

MONTEFUSCO, Selma Rodrigues Alves; BACHION, Maria Márcia; VERA, Ivania; CAIXETA, Camila; MUNARI, DenizeBouttelet. Tensão do papel de cuidador: ocorrência em familiares de pessoas com doenças crônicas hospitalizadas. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2011; 10(4); 828-835. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18329>. Acessado em 11 de março de 2016

PENHA, Ramon Moraes; SILVA, Maria Júlia Paes da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 260, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a02v21n2>. Acessado em 10 de março de 2016

PERES, Mario FP; ARANTES, Ana Cláudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristofer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 82-87, 2007. Disponível <<http://www.cefaleias.com.br/dls/espregelidorpaliativorevistapq2007.pdf>. Acessado em 09 de março de 2016

SANTOS, Gorete; SOUSA, Liliana. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. **RevBrasGeriatrGerontol [Internet]**, p. 755-65, 2012. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Liliana_Sousa4/publication/262744816_Spirituality_in_the_elderly_the_influence_of_hospitalization/links/544a23240cf244fe9ea632a9.pdf. Acessado em 10 de março de 2016

SILVA, Mônica de Assis Salviano; COLLET, Neusa; SILVA, Kenya de Lima; MOURA, Flávia Moura de. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 359-65, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08>. Acessado em 09 de março de 2016

SCHLEDER, Letícia Preti; PAREJO, Lucineia Stach; PUGGINA Ana Cláudia; SILVA, Maria Júlia Paes da. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/12.pdf>. Acessado em 05 de Abril de 2016

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2008.

VALE, Eucléia Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 106-13, 2011. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31\(2\)039.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31(2)039.pdf)>. Acessado em 15 de março de 2016