

FATORES DETERMINANTES DE ESPIRITUALIDADE NA PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA HOSPITALIZADA

DETERMINING FACTORS OF SPIRITUALITY IN HOSPITALIZED PEOPLE WITH CHRONIC ILLNESS

FACTORES DETERMINANTES DE LA ESPIRITUALIDAD EN LA PERSONA HOSPITALIZADA CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Susana Batista¹
Rosa Martins²
Carlos Albuquerque³
Ana Andrade⁴
Olivério Ribeiro⁵
Alexandra Dinis⁶

¹Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (susanapbatista@gmail.com) | <http://orcid.org/0000-0003-0256-6027>

²Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (rmartins.viseu@gmail.com) | <http://orcid.org/0000-0001-9850-9822>

³Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (calbuquerque@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0002-2297-0636>

⁴Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (anandrade67@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-1070-8507>

⁵Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal; UICISA: E, ESEnFC, Coimbra, Portugal (oribeiro@essv.ipv.pt) | <https://orcid.org/0000-0001-7396-639X>

⁶Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal (xanadinis@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0002-4102-5322>



Corresponding Author

Susana Marisa Loureiro Pais Batista
Rua Dom António Monteiro, Lote 13- 3ºQ
3500-040 Viseu, Portugal
susanapbatista@gmail.com

RECEIVED: 21st November, 2021
ACCEPTED: 14th December, 2021



RESUMO

Introdução: A espiritualidade é considerada como um dos importantes recursos que podem ajudar a ultrapassar um momento de crise e sofrimento. Como enfermeiros e membros de uma equipa multidisciplinar, temos todo o interesse profissional, moral e ético em conhecer a dimensão espiritual do doente crónico hospitalizado, que permitirá prestar cuidados mais personalizados.

Objetivo/s: Identificar formas de espiritualidade vivenciadas pela pessoa com doença crónica hospitalizada e determinar como se correlacionam com as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas.

Métodos: Estudo não experimental, descritivo-correlacional transversal e quantitativo, utilizado numa amostra não probabilística por conveniência constituída por 307 indivíduos. Os dados foram recolhidos através de um questionário, aplicado entre janeiro e junho de 2013, a pessoas com patologia crónica em ambiente hospitalar.

Resultados: Os participantes referem que as “crenças espirituais/religiosas” dão sentido à sua vida e força nos momentos difíceis e aprenderam a dar valor às pequenas coisas da vida, contudo menos de metade da amostra vê o seu futuro com esperança. Revelaram-se fatores preditores de espiritualidade a “idade” (10,4%) e a “funcionalidade familiar” (10,4%), variando positivamente.

Conclusão: A espiritualidade é um recurso de coping altamente presente na pessoa com doença crónica hospitalizada, sendo a “idade” e a “funcionalidade familiar” fatores preditores de espiritualidade.

Palavras-chave: nursing; spirituality; coping skills.

ABSTRACT

Introduction: Spirituality is one of the important resources which may help to overcome a moment of crisis and suffering. As nurses and members of a multidisciplinary team, we have every professional, moral, and ethical interest in knowing the spiritual dimension of the chronically hospitalised patient, which will allow us to provide more personalised care.

Objective/s: To identify forms of spirituality experienced by the person with a hospitalised chronic illness and determine how they correlate with socio-demographic, family and clinical variables.

Methods: Non-experimental, cross-sectional descriptive-correlational and quantitative study, used in a non-probability convenience sample consisting of 307 individuals. Data were collected through a questionnaire, applied between January and June 2013, to people with chronic pathology in a hospital environment.

Results: Participants report that “spiritual/religious beliefs” give meaning to their life and strength in difficult times and have learned to value the small things in life, however less than half of the sample sees their future with hope. The predictors of spirituality were revealed to be “age” (10.4%) and “family functioning” (10.4%), varying positively.

Conclusion: Spirituality is a coping resource highly present in people with a hospitalised chronic disease, and “age” and “family functioning” were predictors of spirituality.

Keywords: nursing; spirituality; coping skills.

RESUMEN

Introducción: La espiritualidad se considera uno de los recursos importantes que pueden ayudar a superar un momento de crisis y sufrimiento. Como enfermeros y miembros de un equipo multidisciplinar, tenemos todo el interés profesional, moral y ético en conocer la dimensión espiritual del paciente crónico hospitalizado, lo que nos permitirá ofrecer cuidados más personalizados.

Objetivo/s: Identificar las formas de espiritualidad experimentadas por la persona con una enfermedad crónica hospitalizada y determinar cómo se correlacionan con las variables sociodemográficas, familiares y clínicas.

Métodos: Estudio no experimental, transversal, descriptivo-correlacional y cuantitativo, utilizado en una muestra de conveniencia no probabilística compuesta por 307 individuos. Los datos se recogieron a través de un cuestionario, aplicado entre enero y junio de 2013, a personas con patología crónica en un entorno hospitalario.

Resultados: Los participantes afirman que las “creencias espirituales/religiosas” dan sentido a su vida y fuerza en los momentos difíciles y han aprendido a valorar las pequeñas cosas de la vida, sin embargo, menos de la mitad de la muestra ve su futuro con esperanza. Los predictores de la espiritualidad resultaron ser la “edad” (10,4%) y el “funcionamiento familiar” (10,4%), variando positivamente.

Conclusión: La espiritualidad es un recurso de afrontamiento muy presente en las personas con una enfermedad crónica hospitalizada, y la “edad” y el “funcionamiento familiar” fueron predictores de la espiritualidad.

Palabras clave: nursing; spirituality; coping skills.

Introdução

Atualmente os hospitais portugueses acolhem uma população envelhecida e portadora de múltiplas doenças crônicas, muitas delas incapacitantes. A doença crônica é um evento adverso que irrompe a vida da pessoa, abalando as suas estruturas internas e externas, o que implica mudanças tanto para a pessoa que está doente como para a família e meio em que está inserida (Meleis A. I., Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000; Barbosa, 2010; Wright L., 2017). São processos complexos que podem causar um sofrimento profundo resultante do desequilíbrio persistente ou rotura da integridade individual (Wright L., 2017; Batista & Martins, 2021).

A este respeito, Lorraine Whright (2017) afirma que a espiritualidade é um reconhecido mecanismo pessoal de coping, sendo fundamental para o alívio do sofrimento, a atribuição de sentido à vida e promoção de esperança. O presente estudo usa como base, o conceito de espiritualidade de Wright, que o apresenta como tudo o que confere significado e propósito à existência de cada pessoa, nas suas diferentes formas de estar no mundo, na relação com os outros, consigo própria e com o universo (Wright L., 2008). Para além de ser uma realidade subjetiva, é também indissociável ao Ser Humano, revelando-se fundamental para a enfermagem, conhecê-la. O cuidado espiritual em enfermagem é fundamental, com impacto direto no bem-estar espiritual do doente (Karaman et al, 2021).

Sequeira & Sampaio (2020) explicam que há uma variedade de elementos que influenciam o modo como um indivíduo percebe e responde a um evento stressante: os fatores predisponentes. Esses fatores influenciam a qualidade da resposta, que pode ser adaptativa ou mal-adaptativa (Lazarus & Folkman, 1984; Leventhal, Philips, & Burns, 2016, Sequeira & Sampaio, 2020). Num estudo com doentes crónicos hospitalizados portugueses, as estratégias individuais de coping mais utilizadas pelos indivíduos da amostra foram o carinho e acompanhamento da família, os cuidados de saúde e a espiritualidade (Batista & Martins, 2016). Um outro estudo realizado na Turquia, revelou que quanto maior for o nível de espiritualidade e de cuidados espirituais dos enfermeiros, maior é o bem-estar espiritual dos doentes (Karaman et al, 2021).

Neste sentido, a espiritualidade é uma potencialidade que tem sido apontada por vários autores, como importante mecanismo de coping, pelo que pretendemos com o presente estudo, identificar formas de espiritualidade vivenciadas pela pessoa com doença crónica hospitalizada e determinar como se correlacionam com as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas.

1. Enquadramento Teórico

Espiritualidade é a capacidade própria do Ser Humano de sair de si, de se transcender, de se centrar no outro, no sentido da vida e nos valores (Magalhães, 2015). É uma “imagem mental de estar em contacto com o princípio de vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial” (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Todo o Ser Humano é Ser espiritual, mesmo o indivíduo que não acredita na existência de Deus (ateu), mas que procura significado para a sua vida através do trabalho e das relações com os outros (Perry, Potter, Elkin, & Ostendorf, 2020), assumindo um forte sentido de responsabilidade por si e pelos outros e vendo-se a agir em nome de toda a Humanidade (Barbosa, 2010). Do mesmo modo, o indivíduo que acredita numa realidade absoluta desconhecida, ou que não é possível conhecer (agnóstico), mas que vive a experiência da força da vida como espiritualidade, acreditando que são as pessoas que dão significado às coisas que fazem (Perry, Potter, Elkin, & Ostendorf, 2020).

A espiritualidade é uma dimensão interior do ser humano que transcende a razão, é invisível e difícil de mensurar, mas é real e move a vida de forma determinante (Betto, Gleiser, & Falcão, 2011). Quando a espiritualidade se traduz em princípios e valores que visam o bem do outro, exerce-se a ética (Souza, Pessini, & Hossne, 2012). É esta ética que rege o código deontológico do enfermeiro que, ao ser confrontado com a fragilidade e vulnerabilidade humana na sua prática diária, tem deveres éticos para com o cliente, a família, a comunidade, a profissão, a excelência do exercício, outras profissões, a informação, o sigilo, o respeito pela intimidade, o respeito pelo doente terminal, a humanização dos cuidados, a objeção de consciência (Ordem do Enfermeiros, 2009). A enfermagem é uma profissão que baseia a sua prática nos direitos humanos fundamentais.



Apesar da evidência que nos define como seres espirituais, vivemos numa sociedade impregnada de valores articulados à vida material. Negar a espiritualidade é o primeiro passo para se perderem valores como a compaixão, solidariedade, amor e justiça, que inspiram o nosso modo de ser e agir, em prol do bem comum (Souza, Pessini, & Hossne, 2012). O modelo biomédico é o reflexo desta sociedade que fragmenta a pessoa humana, ocupando-se maioritariamente do corpo, da doença, deixando para segundo plano a dimensão psicológica e esquecendo a dimensão espiritual. Reinam o secularismo e o endeusamento da nossa autossuficiência, mas esquecemos que sem espiritualidade morreremos sós, tristes e sem sentido, encontrando apenas pequenas fugas pelo prazer, afirmações de poder pela violência e falsas religiosidades (Magalhães, 2015).

O crescente interesse do estudo da espiritualidade, na área da saúde, revela uma mudança de paradigma do cuidar em enfermagem. É o resultado de uma abordagem mais centrada na pessoa, que torna o cuidado espiritual mais importante, no cuidado das pessoas com doença crónica ou terminal (Austin, Macleod, Siddall, McSherry, & Egan, 2017).

De acordo com Taylor et al. (2017), a definição de cuidados espirituais é demasiado ampla, uma definição que se confunde com os cuidados básicos de enfermagem e cuidados psicossociais (como a escuta), prejudicando a capacidade de os investigar. Os cuidados espirituais podem diferir por contexto, cultura e situação (Ramezani et al., 2014). Em cuidados paliativos, cuidado espiritual significa prestar atenção à espiritualidade, que inclui a esperança, estar presente, capacitar e trazer paz aos doentes e familiares, incluindo criatividade, narrativa, e trabalho ritual (Gisberts et al., 2019, p.25). O cuidado espiritual é um cuidado individualizado e singular que promove o autoconhecimento, a relação com os outros, o contacto com a natureza, reduz a ansiedade, promove o conforto, proporciona bem-estar e paz interior, promove a relação com uma divindade superior, ajudando a pessoa a sentir-se confortada, a lutar contra o medo, a manter a força interior e lutar contra a solidão, promovendo a esperança (Edwards et al, 2010). Batstone & Bailey (2020) acrescentam que é um processo relacional que inclui amor, significado e valor.

Em 20 anos de investigação neste campo, Wright (2017) afirma que “é essencial que estejamos preparados para responder com sensibilidade espiritual aos clientes e membros da família, que estão a passar pela experiência de doenças sérias, morte (...) e aprender que tipo de conversações terapêuticas e práticas espirituais, podem assistir melhor ou inibir a esperança e a cura” (Wright L., 2017, pp. 2-3). Contudo, de acordo com o maior inquérito nacional de enfermagem do Reino Unido, os enfermeiros reconhecem a sua responsabilidade na prestação de cuidados espirituais (92,6%), no entanto, 79% concordam que os enfermeiros não recebem formação suficiente a este respeito (McSherry & Jamieson, 2011). É sentida ainda a necessidade de investigação nesta área não só para identificar os cuidados prestados como as necessidades espirituais em contexto intra ou extra-hospitalar (Batstone & Bailey, 2020).

Neste contexto, com enfermeiros, parece-nos fundamental identificar formas de espiritualidade vivenciadas pela pessoa com doença crónica hospitalizada e determinar como se correlacionam com as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas. De seguida é apresentado o estudo empírico que pretende dar resposta ao objetivo enunciado.

2. Métodos

Trata-se de um estudo não experimental, descritivo-correlacional, transversal, do tipo quantitativo.

2.1 Amostra

A amostra foi selecionada de forma não probabilística por conveniência, composta por pessoas com patologia crónica, internadas ou a fazer tratamentos em ambulatório no hospital de dia oncológico e serviço de hemodiálise, num Centro Hospitalar da região Centro de Portugal. Participaram no estudo 326 pessoas, tendo sido excluídos 19 questionários por se apresentarem incompletos ou indevidamente preenchidos, resultando uma amostra final de 307 doentes.

2.1.1 Critérios de Inclusão

A seleção dos indivíduos foi efetuada de acordo com critérios de inclusão: (1) possuir mais de 18 anos (2) ser portador de doença crónica diagnosticada há mais de 6 meses.

2.2. Variáveis em estudo

2.2.1 Variável dependente

Variável dependente: espiritualidade. Inclui a escala de avaliação da espiritualidade de Pinto & Pais-Ribeiro (2007)

2.2.2. Variáveis independentes

Variáveis sociodemográficas: idade, género, estado civil, profissão, habilitações literárias, zona de residência, rendimento mensal.

Variável familiar: percepção de funcionalidade familiar avaliada através da escala de Apgar familiar.

Variável Clínica: patologia crónica causadora de maior sofrimento. Consideramos doença crónica toda a patologia não transmissível, de longa duração e geralmente de lenta progressão, sendo as principais: doença cardiovascular, cancro, doenças respiratórias crónicas (como a doença pulmonar obstrutiva crónica, asma) e diabetes, (WHO, 2015).

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário que integra uma breve nota introdutória, onde são explicados os objetivos do estudo e é solicitada a colaboração livre do participante, um grupo de questões com dados sociodemográficos e clínicos, a escala de APGAR familiar e a Escala de Espiritualidade (EE) de Pinto & Pais-Ribeiro (2007).

A EE identifica e avalia duas dimensões espirituais. Uma dimensão vertical traduzida como “crenças”, avaliadas através das duas primeiras questões: “as minhas crenças espirituais /religiosas dão sentido à minha vida” e “a minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis”. Por sua vez, a dimensão horizontal traduzida para a escala como “esperança/otimismo” é avaliada através das questões três, quatro e cinco que correspondem respetivamente a: “vejo o futuro com esperança”, “sinto que a minha vida mudou para melhor” e “aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”. As respostas são dadas numa escala de Likert com quatro alternativas de “1” a “4”, entre “não concordo” a “plenamente de acordo”, variando a nota global entre 5 e 20. Quanto mais elevado for o valor atribuído a cada item, maior será a espiritualidade da pessoa (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Na nossa amostra os coeficientes de alfa de Cronbach variam de 0.681 (item 1- as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida) a 0.798 (item 4- sinto que a minha vida mudou para melhor), com uma consistência interna razoável ($\alpha=0.782$) para o total da escala. Na dimensão das “crenças” a consistência interna é muito boa ($\alpha=0.917$) e na dimensão “esperança e otimismo” o valor de alfa é de 0.565, valores semelhantes aos encontrados pelos autores.

2.3 Procedimentos

Os questionários foram entregues pelo investigador às pessoas referenciadas pelos enfermeiros responsáveis de turno em serviço e que aceitaram participar no estudo. De modo a ultrapassar algum problema de interpretação por parte de alguns inquiridos mais idosos e/ou com baixa instrução literária, houve a necessidade de leitura e preenchimento do questionário por parte do investigador.

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar para aplicação do questionário aos doentes dos serviços anteriormente referidos, que deu a sua aprovação, após avaliação e parecer positivo da Comissão de Ética. Os participantes foram informados da finalidade e objetivos do estudo, tal como do direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, livre de qualquer coação, visando a proteção contra o desconforto e prejuízo. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido, ficando assegurado o respeito pela autonomia, intimidade, anonimato e confidencialidade.

Os dados recolhidos foram trabalhados à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de



variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo. Para a análise inferencial utilizámos o teste de U-Mann Whitney (UMW), Kruskal-Wallis, teste t-Student e a Regressão Linear Simples.

3. Resultados

Começamos por apresentar uma breve análise descritiva para caracterização da amostra relativamente à idade, género e espiritualidade. Segue posteriormente a análise inferencial com o estudo dos fatores intervenientes (idade, zona de residência, estado civil, situação profissional, rendimento mensal, habilitações literárias, funcionalidade familiar, patologia e crenças acerca da patologia) na Espiritualidade da pessoa com doença crónica.

Pela análise da Tabela 1 podemos constatar que a amostra é constituída globalmente por 307 inquiridos sendo destes, 157 homens (51.1%) e 150 mulheres (48.9%). Possuem idades compreendidas entre um mínimo de 26 anos e um máximo de 91 anos, com uma média (\bar{x}) de idades de 64.84 anos, um desvio padrão (DP) de 14.989 e um coeficiente de variação (CV) de 23.1%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do género, verificamos que a média de idades para o género masculino (\bar{x} =66.45) é superior à do género feminino (\bar{x} =63.16), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0.104$).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade em função do género

	n	Min	Max	\bar{x}	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Médias	t Student
Feminino	150	26	90	63.16	15.946	-3.373	-0.767	25.2	145.35	t=1,876 p=0,104
Masculino	157	30	91	66.45	13.876	-2.984	-0.493	20.8	162.26	
Total	307	26	91	64.84	14.989	-4.798	-0.512	23.1		

A “Escala da Espiritualidade” (EE) utilizada avalia duas dimensões: “crenças” espirituais/religiosas e “esperança e otimismo”. A primeira dimensão é avaliada através das duas primeiras afirmações da escala: “as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida”, observando-se que 55.6% da amostra está plenamente de acordo com o afirmado, 20.6% concorda bastante, porém 13.0% das participantes discordam. Já quanto à afirmação “a minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis” 57.6% da amostra concorda plenamente, 22.5% concorda bastante e 10.1% não concorda. No que concerne à dimensão “esperança e otimismo” (itens 3 a 5), menos de metade da amostra (40.2%) vê o futuro com esperança. Perante a afirmação “sinto que a minha vida mudou para melhor” mais de metade da amostra não concorda (52.0%) ainda assim 14.7% afirma concordar plenamente. No que respeita à última afirmação “aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida” verificamos que a maioria das pessoas concorda e concorda plenamente (26.5 e 60.5% respetivamente) porém temos 6.5% que discorda ou concorda pouco (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da EE

Itens	Não concordo		Concordo pouco		Concordo bastante		Plenamente de acordo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	40	13.0	33	10.8	63	20.6	170	55.6
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	31	10.1	30	9.8	69	22.5	176	57.6
3. Vejo o meu futuro com esperança.	48	15.7	44	14.4	91	29.7	123	40.2
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	159	52.0	71	23.2	31	10.1	45	14.7
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	20	6.5	20	6.5	81	26.5	185	60.5

O estudo das “crenças” espirituais e religiosas face ao género (cf. Tabela 3), revela que as mulheres apresentam um valor médio superior ao do género masculino (OM=163.77 vs. OM=144.11), o que indica que as mulheres são mais crentes do que os homens, revelando o teste U de Mann Whitney diferenças estatisticamente significativas (U=10235.0; p=0.039).

Tabela 3 – Caracterização da dimensão “crenças” da EE em função do “género”

	n	Min	Max	\bar{x}	DP	Sk/erro	K/erro	CV(%)	OM	UMW
CRENÇAS										
Feminino	150	2	8	6.66	1.985	-6.752	1.296	29.8	163.27	U=10235.0;
Masculino	156	2	6	6.26	1.997	-4.123	-1.608	31.9	144.11	Z=-2.061;
Total	306	2	8	6.46	1.998	-7.496	-0.676	30.9		p=0.039*

Legenda: * p<0.05

Por sua vez, em relação à dimensão “esperança/otimismo”, as mulheres apresentam valores médios que apontam para uma maior esperança, contudo o teste t-Student indica que as diferenças encontradas não são significativas (t=1.218; p=0.224) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da dimensão “esperança/otimismo” da EE em função do “género”

	n	Min	Max	\bar{x}	DP	Sk/erro	K/erro	CV(%)	OM	t' Student
ESPERANÇA/OTIMISMO										
Feminino	150	5	12	8.38	1.713	1.459	-.865	20.4	-	t=1.218;
Masculino	156	3	12	8.07	2.653	.257	-1.966	32.9	-	p= 0.224
Total	306	3	12	8.22	2.244	.143	1.122	27.3		

No estudo da nota global da EE os valores oscilam entre mínimo de 5 e um máximo de 20 com um valor médio de 14.69 (DP=3.762), com uma distribuição mesocúrtica, assimétrica e uma dispersão moderada em torno da média (CV=25.6%). Verificamos que os valores de ordenação média das mulheres apontam para uma espiritualidade global superior, contudo sem evidência estatística significativa (U=10727.0; p=0.206) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização da EE em função do “género”

	n	Min	Max	\bar{x}	DP	Sk/erro	K/erro	CV(%)	OM	UMW
ESPIRITUALIDADE (TOTAL)										
Feminino	150	7	20	15.05	3.046	-2.737	.350	20.2	159.99	U=10727.0;
Masculino	156	5	20	14.35	4.322	-2.005	-1.378	30.1	147.26	Z=-1.265;
Total	306	5	20	14.69	3.762	-3.820	.449	25.6		p=0.206

Espiritualidade e “Idade”

Para estudar a relação entre a EE e “idade” (dimensões e nota global) recorreremos à análise de regressão linear simples, apresentada na Tabela 6. Observamos uma associação positiva significativa entre a idade e a dimensão “crenças” (r=0.322; p=0.000), tal como com a nota global da “espiritualidade” (r=0.197; p=0.001). Isto significa que as pessoas com doença crónica com mais idade também se apresentam mais crentes e com espiritualidade mais elevada. O valor de r² revela que a “idade” explica 10.4% da variância da dimensão “crenças” e 3.9% da nota global da “espiritualidade” (cf. Tabela 6).



Tabela 6 – Regressão linear simples entre EE e “idade”

	r	r ² (%)	t	p
Crenças	0.322	10.4	5.932	0.000***
Esperança/otimismo	0.042	0.8	0.746	0.456
Espiritualidade (nota global)	0.197	3.9	3.497	0.001**

Legenda: ** p<0.01*** p<0.001

Espiritualidade e “Zona de Residência”

Quanto ao estudo da associação entre a EE e a “zona de residência”, observamos através dos resultados do teste U de Mann Whitney, que os valores são bastante idênticos entre as pessoas que vivem em meio rural e urbano, pelo que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p=0.964), logo a “zona de residência” não se correlaciona com a “espiritualidade” das pessoas com doença crónica (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Teste de U de Mann Whitney entre EE e “zona de residência”

ZONA DE RESIDÊNCIA (n=306)	Rural (n=220)	Urbano (n=86)	U de Mann Whitney		
	OM	OM	U	Z	p
Espiritualidade	153.64	153.13	9428.5	-.046	0.964

Espiritualidade e Estado civil

Em relação ao “estado civil” podemos verificar que as pessoas que vivem sem companhia são as que apresentam valores de ordenação média mais elevados, contudo sem evidência estatística significativa (U=9720.0; p=0.511), ou seja o “estado civil” não se correlaciona com o nível espiritual das pessoas em estudo (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Teste de U de Mann Whitney entre EE e “estado civil”

ESTADO CIVIL (n=306)	Não acompanhado (n=98)	Acompanhado (n=208)	U de Mann Whitney		
	OM	OM	U	Z	p
Espiritualidade	158.32	151.23	9720.0	-0.658	0.511

Espiritualidade e “Situação profissional”

Quanto ao estudo da correlação entre a EE e a “situação profissional”, apurámos através do teste de Kruskal-Wallis, que são as pessoas desempregadas que apresentam um peso médio mais elevado (PM=209.76). Por sua vez, as pessoas que pertencem “quadros superiores, especialistas, técnicos e pessoal de nível intermédio” são quem manifesta menos espiritualidade (PM=112.50). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas (H=30.029; p=0.000) pelo que podemos concluir que as pessoas com doença crónica hospitalizadas, profissionalmente não ativas (desempregados e reformados), apresentam maior “espiritualidade” do que os que se encontram no ativo (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Teste de Kruskal-Wallis entre EE e “Situação profissional”

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Quadros Superiores, especialistas, pessoal de nível intermédio (n=26)	Pessoal administrativo, pessoal dos serviços e vendedores (n=42)	Operários, artífices, trabalhadores não qualificados (n=25)	Desempregados (n=17)	Reformados (n=196)	Teste Kruskal-Wallis	
	PM	PM	PM	PM	PM	H	p
EE	112.50	113.17	118.82	209.76	167.13	30.029	0.000***

Legenda: *** p<0.001

Espiritualidade e Rendimento mensal

Quanto ao “rendimento mensal” verificamos pela análise da Tabela 10 que este não se correlaciona com a “espiritualidade” ($H=1.147$; $p=0.564$), contudo observamos que as pessoas que têm um rendimento inferior a 300€ são quem apresenta mais “espiritualidade”.

Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis entre Espiritualidade e “Rendimento mensal”

RENDIMENTO MENSAL	Até 300€ (n=91)	300 a 1000€ (n=170)	Mais de 1000€ (n=45)	Teste Kruskal-Wallis	
	PM	PM	PM	H	p
ESPIRITUALIDADE	158.32	154.15	141.31	1.147	0.564

Espiritualidade e Habilitações literárias

No que respeita à correlação entre a EE e “habilitações literárias”, constatamos que as pessoas com nível de instrução mais elevado, “títulos universitários”, apresentam menor “espiritualidade” ($PM=79.88$). O teste Kruskal-Wallis indica que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($H=15.005$; $p=0.005$), o que significa que as “habilitações literárias” se correlacionam com a “espiritualidade” das pessoas com doença crónica da amostra (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Teste de Kruskal-Wallis entre EE e “Habilitações literárias”

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	Analfabeto (n=16)	Instrução Primária (n=170)	Instrução secundária incompleta (n=60)	Instrução secundária/universitária incompleta (n=40)	Títulos universit. (n=16)	Teste Kruskal-Wallis	
	PM	PM	PM	PM	PM	H	p
ESPIRITUALIDADE	166.75	150.06	169.29	168.93	79.88	15.005	0.005**

Legenda: ** $p<0.01$

Espiritualidade e Funcionalidade familiar

No que diz respeito à análise da correlação entre a EE e a perceção de “funcionalidade familiar”, revela-nos a regressão linear simples que quando aumenta a “funcionalidade familiar” também aumenta a “espiritualidade” ($r=0.307$; $p=0.000$). O valor de r^2 da regressão linear simples revela que a “funcionalidade familiar” é responsável por 9.4% da variância da “espiritualidade” (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Regressão linear simples entre EE e “Funcionalidade Familiar”

	r	r^2 (%)	t	p
Espiritualidade (nota global)	0.307	9.4	5.198	0.000***

Legenda: *** $p<0.001$

Espiritualidade e Tipo de Patologia

O estudo da correlação entre da variável “que doença neste momento lhe causa mais sofrimento” na “espiritualidade”, revela que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($H=2.856$; $p=0.898$), ou seja, o tipo de patologia não está associada à “espiritualidade” (cf. Tabela 13).



Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre a EE e “patologia”

PATOLOGIA	PM	Teste Kruskal-Wallis
Cardiovascular (n=32)	157.25	
Renal (n=39)	151.94	
Pulmonar (n=47)	155.20	
Neurológica (n=26)	138.15	H=2.856
Oncológica (n=104)	159.21	p=0.898
Osteoarticular (n=9)	144.17	
Metabólica (n=33)	138.53	
Digestiva/Hepática (n=16)	168.75	

Em síntese, a maioria das pessoas com doença crónica da nossa amostra recorre às suas crenças espirituais e religiosas como mecanismo pessoal de coping, reconhecendo que estas dão sentido à sua vida tal como força nos momentos difíceis. Pouco menos de metade tem esperança no futuro, contudo a maioria reconhece que aprendeu a dar valor às pequenas coisas da vida. A análise inferencial revelou que as variáveis idade e funcionalidade familiar são preditoras de espiritualidade, sendo a idade responsável por 10,4% da variabilidade das crenças espirituais e religiosas e a funcionalidade familiar responsável por 9,4% da variância da Espiritualidade. Isto é, quanto mais idade tiver a pessoa e melhor percepção de funcionalidade familiar, maiores serão os seus recursos Espirituais. A espiritualidade associa-se também ao pensamento positivo acerca da patologia que causa mais sofrimento, tal como a pessoas que não estão no ativo e com um nível de instrução mais baixo.

4. Discussão

O contacto direto com o sofrimento humano em contexto hospitalar, tal como as diversas estratégias individuais de coping, conduziu-nos à presente investigação, emergindo daí a necessidade de compreender o recurso à espiritualidade como estratégia de coping da pessoa com doença crónica em ambiente hospitalar.

Traçando um perfil sociodemográfico dos participantes da nossa amostra, encontramos desde jovens adultos (21 anos) a idosos (91 anos), contudo com uma média de idades de 65 anos, maioritariamente do género masculino (51.1%).

A análise da espiritualidade demonstra que a maioria das pessoas recorre às suas crenças espirituais e religiosas para dar sentido à sua vida e força nos momentos difíceis. Também o estudo de Zumstein-Shaha (2020) com doentes com cancro, revela que os mesmos se voltam para a espiritualidade e/ou religião devido à sua doença, invocando Deus ou o Senhor, lendo as Sagradas Escrituras, orações ou envolvendo-se em rituais como o batismo ou unção. No mesmo estudo uma enfermeira relatou que ao questionar uma doente acerca do que era importante para si, ela disse que era a sua família e fé em Deus (Zumstein-Shaha, 2020).

A esperança e o otimismo foram dois sentimentos fundamentais para a maioria das pessoas da nossa amostra, uma vez que lhes permitiu dar sentido e valor às pequenas coisas da vida. No entanto, apenas um grupo minoritário vê o futuro com esperança e sente que a sua vida mudou para melhor. Os resultados corroboram o estudo de Martins & Mestre (2014) que relaciona a esperança com o estado de saúde percebido, com a manifestação de interesse por parte da família, tal como com o número de filhos, mostrando-se determinante na qualidade de vida (Martins & Mestre, 2014). Também Batista & Martins (2021), confirmaram a correlação entre a atribuição de sentido à vida e as experiências positivas do sofrimento na doença. O que é também confirmado pelo resultado do presente estudo relativo à correlação entre a espiritualidade e o pensamento positivo acerca da patologia que causa mais sofrimento.

O presente estudo demonstrou que a idade e a percepção de funcionalidade familiar são preditoras de espiritualidade. Ou seja, quanto mais idade tiver a pessoa e melhor percepção de funcionalidade familiar, maiores serão os seus recursos Espirituais. Os resultados corroboram o estudo de Reis & Menezes (2017): em idosos com mais de 80 anos de idade, identifica que a espiritualidade/ religiosidade são estratégias de resiliência e de capacidade para enfrentar problemas

de saúde e sociais, possibilitando alcançar o bem-estar. Também o estudo com doentes crónicos de Batista & Martins (2016) revelou que a estratégia de coping com maior impacto no alívio do sofrimento, está relacionada com o “carinho e a companhia da família” (62.4%).

A família tem sido descrita por vários autores como essencial na atribuição de sentido à vida e um recorrente mecanismo de coping por parte de idosos com doença crónica, no entanto os autores constataam que muitos não dispõem de uma rede de suporte mínima, acabando por sofrer com o abandono e distância da família (Silva et al, 2020). Muitas vezes os doentes têm receio de ser um fardo pelo que, apesar da necessidade, preferem pedir ajuda só em último recurso, considerando o apoio da família/amigos e a fé, os mecanismos de coping mais importantes (Nazly, Ahmad, Musil, & Nabolsi, 2013). Considerando que a perceção de apoio familiar é dos mecanismos de coping mais valorizados (Silva et al, 2020; Nazly, Ahmad, Musil, & Nabolsi, 2013), é compreensível que a perceção de menor funcionalidade familiar, cause maior sofrimento existencial, pois todo o Ser Humano nasce de uma família, e esta interfere no sentido de vida (Batista & Martins, 2021).

Atualmente, são vários os autores que se dedicam ao estudo da espiritualidade e do cuidado espiritual em enfermagem, para dar resposta a esta necessidade (Timmins & Caldeira, 2017; Karaman et al, 2021). Ainda assim, os enfermeiros que prestam cuidados espirituais, atuam a partir da espiritualidade pessoal, experiência de vida e prática profissional de trabalhar com pessoas em fim de vida (Batstone & Bailey, 2020). Também no estudo de Batista & Martins (2016), os doentes crónicos hospitalizados relacionam a atitude de “disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação e atenção demonstradas” por parte do enfermeiro, como fatores que aliviam o sofrimento. As sugestões que apresentam para a melhoria das práticas de enfermagem, são por ordem de importância: mais carinho, simpatia, interesse, rapidez no atendimento, tempo, respeito pela dignidade das pessoas e bom senso, mais comunicação e informação (Batista & Martins, 2016).

Como sabemos, o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, evidencia a atenção às necessidades espirituais dos clientes, respeitando os seus valores, costumes, crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos (OE, 2012). Contudo em 2011, os enfermeiros em Portugal, sentiam falta de formação nesta área, acompanhando a produção científica pouco profícua para a consolidação de conhecimentos e para a integração na prática clínica (Caldeira, S., Branco, Z. & Vieira, M., 2011). Situação esta que tem vindo a evoluir favoravelmente, contudo há ainda um longo caminho a percorrer, pois é sentida ainda a necessidade de investigação nesta área não só para identificar os cuidados prestados como as necessidades espirituais em contexto intra ou extra-hospitalar (Batstone & Bailey, 2020), pois a prestação do cuidado espiritual requer a identificação das necessidades espirituais e atender a essas necessidades, o que requer treino em cuidados espirituais (Austin, Macleod, Siddall, McSherry, & Egan, 2017).

Conclusão

O Enfermeiro é o profissional de saúde que, em meio hospitalar, ocupa o lugar mais privilegiado junto do doente e sua família. Esta proximidade faz da Enfermagem uma profissão ímpar, pois implica uma entrega de si como ser humano, a aceitação do outro na sua totalidade, trazendo consigo a responsabilidade e a exigência das questões da vida, da morte e do morrer, de maneira plural e interdisciplinar.

Relativamente às formas de espiritualidade vivenciadas pela pessoa com doença crónica hospitalizada, a maioria das pessoas recorre às crenças espirituais e religiosas, para dar sentido à vida e força nos momentos difíceis. A esperança e o otimismo foram também dois sentimentos fundamentais para a maioria das pessoas, uma vez que lhes permitiu dar sentido e valor às pequenas coisas da vida. Ainda assim, apenas um grupo minoritário vê o futuro com esperança e sente que a sua vida mudou para melhor.

Da análise inferencial com as variáveis com as variáveis sociodemográficas, familiares e clínicas, revelaram-se preditores de espiritualidade, a idade e a funcionalidade familiar, variando positivamente. Isto é, quanto maior a idade e a funcionalidade familiar, maior o nível de espiritualidade. A variável clínica não revelou diferenças estatisticamente significativas.



Podemos concluir que a espiritualidade é um recurso de coping presente na pessoa com doença crónica hospitalizada, sendo a “idade” e a “funcionalidade familiar” fatores preditores de espiritualidade. Ainda assim, há ainda um longo caminho a percorrer no sentido da prática baseada na evidência ao nível do cuidado espiritual.

Limitações do estudo

O tema é muito subjetivo e a escala utilizada é reduzida, o que limita os resultados do estudo. Os resultados, em nosso entender não poderão ser extrapolados para a população portuguesa, pois o n amostral é baixo e a amostra representa apenas uma região de Portugal, podendo haver diferenças por questões culturais.

Recomendações para o futuro

Consideramos que seria de extremo interesse que se realizasse um estudo qualitativo, de modo a fazer emergir as necessidades espirituais do cliente e do prestador de cuidados. Também acerca dos cuidados espirituais e estratégias de comunicação terapêutica, com vista à prevenção e alívio do sofrimento.

Conflito de Interesses

Declaramos não ter conflito de interesses.

Referências bibliográficas

- Austin, P., Macleod, R., Siddall, P., McSherry, W., & Egan, R. (2017). Spiritual care training is needed for clinical and non-clinical staff to manage patients’ spiritual needs. *Journal for the study of Spirituality*, 7:1, 50-63, DOI:10.1080/20440243.2017.1290031
- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 595-659). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batista, S. M. L. P., & Martins, R. M. L. (2021). Factores asociados al sufrimiento en la enfermedad crónica en pacientes hospitalizados en Portugal. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.043>
- Batista, S., & Martins, R. (2016). The suffering from chronic illness as a focus in nursing care. *Servir*, 59 (2), 57-62. <http://hdl.handle.net/10400.19/4447>
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3609-3624.
- Caldeira, S., Branco, Z., Vieira, M. (2011) Espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência- III*, 5. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1133>
- Edwards, A [et al] (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, Vol 24, Nº 8, 2010, pp: 753-770.
- Krikorian, A., & Limonero, J. (2012). An Integrated View of Suffering in Palliative Care. *Journal of palliative care*, pp. 41-49. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/224955375>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Philips, L., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*, 39: 935-946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Magalhães, V. P. (2015). Espiritualidade, Esperança e Sentido da Vida em Oncologia. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 399-402). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47(19). www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf
- Mcsherry, W. Jamieson, S. (2011)- An online surveys of nurses perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* Nº 20, 2011, pp: 17571767.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28. PMID: 10970036
- Nazly, E. A., Ahmad, M., Musil, C., & Nabolsi, M. (2013). Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: a qualitative study. *Nephrology Nursing Journal*, 40(4), pp. 321-327. PMID: 24175441

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2- Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Divulgar, pp. 12-13. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents>
- Perry, A. G., Potter, P. A., & Ostendorf, W. (2020). *Nursing Interventions & Clinical Skills*, 7th Edition. Missouri: Elsevier. ISBN: 9780323547017
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, pp. 21(2):47-53. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57268/2/85810.pdf>
- Reis, A., & Menezes, T. M. de O. (2017). Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo vivo no cotidiano. *REBEn*, 70(4), 794–799. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>
- Silva, V., Neves, I., Paraizo, C., Rodrigues, A., Silva, M., Dias, N., Bem, M., Miareli, A. (2020). Spirituality and religiosity in elderly with diabetes mellitus. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n.2, p.7097-7114 DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n2-128>
- Souza, V. C., Pessini, L., & Hossne, W. (2012). Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bioethikos*, 6 (2), pp. 181-190. <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a7.pdf>
- Taylor, E., Mamier, I., Ricci-Allegra, P., & Foith, J. (2017). Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. *Applied Nursing Research*, 35, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.019>
- Timmins F, Caldeira S. (2017) Assessing the spiritual needs of patients. *Nurs Stand*; 31(29):47-53. doi: 10.7748/ns.2017.e10312. PMID: 28294021.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel. ISBN: 9789897524134
- Wright, L. (2017). *Suffering and Spirituality: The Path to Illness Healling*. Canadá: 4th Floor Press Inc.
- Zumstein-Shaha, M., Ferrell, B., & Economou, D. (2020). Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *European*