PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião

Rosiléia de Fátima Costa

SAÚDE E CONFLITOS ESPIRITUAIS:

Um estudo com profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19

Belo Horizonte
2026

Rosiléia de Fátima Costa

SAÚDE E CONFLITOS ESPIRITUAIS:

Um estudo com profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

Área de concentração: Religião e Cultura.
Linha de pesquisa Pluralismo religioso, diálogo e linguagem.
Eixo: Ciências da Religião Aplicadas

Orientador: Prof. Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza

Belo Horizonte
2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Costa, Rosiléia de Fátima
C837s Saúde e conflitos espirituais: um estudo com profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19 / Rosiléia de Fátima Costa. Belo Horizonte, 2025.
135 f. : il.

Orientador: Carlos Frederico Barboza de Souza
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião

1. Maslow, Abraham H. (Abraham Harold), 1908-1970. 2. Fé. 3. Espiritualidade. 4. Enfermagem. 5. COVID-19, Pandemia de, 2020-. 6. História oral. I. Souza, Carlos Frederico Barboza de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 248

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Marques de Souza e Silva - CRB 6/2086

Rosiléia de Fátima Costa

SAÚDE E CONFLITOS ESPIRITUAIS:

Um estudo com profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião.

_____

Prof. Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza – PUC Minas (Orientador)

_____

Prof. Dr. Roberlei Panasiewicz – PUC Minas

_____

Profa. Dra. Isabel Cristina de Oliveira Arrieira – UCPel

_____

Prof. Dr. Carlos Ribeiro Caldas Filho – PUC Minas

Belo Horizonte, 06 de março de 2026

AGRADECIMENTOS

Para chegar ao mestrado, eu agradeço a Deus, que sempre me orientou. Ao meu professor, Doutor Paulo, da Faculdade Unyleya, agradeço com carinho pelos ensinamentos. Registro, aqui, uma gratidão especial pela minha família, agradecendo ao meu amado Wolney Lobato pelo incentivo, aos meus filhos Daniel, pelo carinho, e Jardel, por todo o tempo ao meu lado: sem a sua ajuda, não seria a mesma coisa. Agradeço, também, aos queridos doutores e doutoras que me acompanharam nessa jornada, em especial ao Dr. Carlos Frederico, meu orientador.

O homem não está em busca de prazer, nem de poder, mas de sentido.
Frankl, 2005, p. 89

RESUMO

Este estudo investiga os conflitos espirituais vivenciados por profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19 (2020–2022), considerando as percepções de si mesmos, dos pacientes e de seus acompanhantes, à luz da Hierarquia das Necessidades de Maslow, com o apoio teórico de Frankl, Esperandio, Koenig, Souza, Panasiewicz, Tillich e outros autores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na história oral temática, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiras atuantes em unidade pediátrica de Belo Horizonte. Os achados revelam que o contexto pandêmico intensificou sentimentos de medo, insegurança, exaustão física e sofrimento emocional, associados à sobrecarga de trabalho, à escassez de recursos e às perdas humanas. Nesse cenário, a fé destacou-se como importante estratégia de enfrentamento, contribuindo para a resiliência emocional e para a manutenção do sentido da prática profissional, mesmo diante da diversidade religiosa das entrevistadas. Os conflitos espirituais manifestaram-se, sobretudo, como crises de fé diante da instabilidade do período, sem, contudo, gerar conflitos diretos entre profissionais e pacientes. O respeito às diferenças religiosas e o diálogo favoreceram práticas de cuidado mais humanizadas. O apoio mútuo entre colegas, bem como práticas espirituais, foram apontados como recursos relevantes para lidar com o sofrimento. Conclui-se que a espiritualidade constitui dimensão significativa no enfrentamento de situações-limite vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, devendo ser considerada na formação e na prática em saúde, a fim de promover uma assistência integral, ética e sensível.

Palavras-chave: Fé; Espiritualidade; COVID-19; Enfermagem; Hierarquia das Necessidades de Maslow.

ABSTRACT

This study investigates the spiritual conflicts experienced by nursing professionals during the COVID-19 pandemic (2020–2022), considering their perceptions of themselves, patients, and their companions, in light of Maslow's Hierarchy of Needs, with the theoretical support of Frankl, Esperandio, Koenig, Souza, Panasiewicz, Tillich, and other authors. This qualitative study was grounded in thematic oral history and conducted through semi-structured interviews with nurses working in a pediatric healthcare unit in Belo Horizonte. The findings indicate that the pandemic context intensified feelings of fear, insecurity, physical exhaustion, and emotional suffering, associated with work overload, scarcity of resources, and human losses. In this scenario, faith emerged as an important coping strategy, contributing to emotional resilience and to the maintenance of meaning in their professional practice, even in the face of the interviewees' religious diversity. Spiritual conflicts manifested mainly as crises of faith in response to the instability of the period, but without generating direct conflicts between professionals and patients. Respect for religious differences and dialogue fostered more humanized care practices. Mutual support among colleagues, as well as spiritual practices, were identified as relevant resources for dealing with suffering. It is concluded that spirituality constitutes a significant dimension in coping with the critical situations experienced by nursing professionals and should be considered in education and healthcare practice in order to promote comprehensive, ethical, and sensitive care.

Keywords: Faith; Spirituality; COVID-19; Nursing; Maslow's Hierarchy of Needs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Abraham Maslow, psicólogo pioneiro da psicologia humanista _____ 30
Figura 2 – Pirâmide das necessidades, por Abraham Maslow _____ 32
Figura 3 – Relações entre espiritualidade, religiosidade e religião: perspectivas e conexões. 47
Figura 4 – Pirâmide das necessidades, por Abraham Maslow _____ 104
Figura 5 – Análise de temas abordados_____ 113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACF	Almeida Corrigida Fiel
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
COVID-19	*Corona Virus Disease* 2019
CTI	Centro de Terapia Intensiva
HU Revista	Hospital Universitário Revista
POP	Protocolo Operacional Padrão
PPGCR	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião
ProSer	Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade
R/E	Religiosidade e Espiritualidade
RIME	Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade
SIC	*Sic Erat Scriptum* – do latim, "assim estava escrito"
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TED	*Technology*, *Entertainment*, *Design*.
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
N95	N – não resistente a óleo / 95 – porcentagem da capacidade de filtragem
PSF	Programa Saúde da Família
WHOQOL	*World Healt Organization Quality of Life*

Sumário

INTRODUÇÃO 12

CAPÍTULO I: ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E ÉTICA: INTERFACES COM O CUIDADO E COM A FÉ 19

1.1 Fé e sentido existencial de vida 21

1.2 Espiritualidade e saúde: uma relação necessária 36

1.3 Religião, espiritualidade e ética do cuidado 40

CAPÍTULO II: CONFLITOS ESPIRITUAIS: COMPREENSÕES, MANIFESTAÇÕES E PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO 52

2.1 Conflitos espirituais: entre a religiosidade, a espiritualidade e a crise de sentido 55

2.2 Tipos de conflitos espirituais e suas manifestações 59

2.3 Estratégias de enfrentamento e ressignificação dos conflitos espirituais 63

CAPÍTULO III: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 68

3.1 Metodologia de pesquisa 69

3.2 O cotidiano de um profissional de enfermagem no lidar com a COVID-19 72

3.3 Entrevistas 73

3.3.1 Entrevista 01, realizada no dia 20 de maio de 2025 – Evangélica 73

3.3.2 Entrevista 02, realizada no dia 21 de maio de 2025 – Dupla pertença, espírita e umbanda 77

3.3.3 Entrevista 03, realizada no dia 23 de setembro de 2025 – Dupla, pertença espírita e umbanda 86

3.3.4 Entrevista 04, realizada no dia 01 de dezembro de 2025 – Espírita 92

3.3.5 Entrevista 05, realizada no dia 15 de janeiro de 2026 – Católica 97

3.4 Análise 103

3.4.1 Fisiologia – Fé no acolhimento sensível e silencioso 104

3.4.2 Segurança – Conflitos na equipe e falta de EPIs 105

3.4.3 Amor/relacionamento – Formas religiosas 107

3.4.4 Estima – Fé como preocupação, resistência e superação 109

3.4.5 Pluralismo da fé como realização pessoal 111

CONCLUSÃO 114

REFERÊNCIAS 117

Apêndice 1 123

Anexo 1 132

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda a atuação da enfermagem no enfrentamento da pandemia da COVID-19, entre os anos de 2020 e 2022, com especial atenção às relações entre espiritualidade, saúde e práticas de cuidado nesse contexto crítico. Partindo dessa problemática, busca-se compreender como elementos espirituais e religiosos atravessaram a experiência dos profissionais de enfermagem durante o período pandêmico.

A pesquisa insere-se na Área 44 da CAPES, Ciências da Religião e Teologia, com ênfase no eixo de Ciência da Religião Aplicada. Foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PPGCR/PUC Minas) na área de concentração "Religião e Cultura", e está vinculada à linha de pesquisa "Pluralismo Religioso, Diálogo e Linguagem", sob orientação do Prof. Dr. Carlos Frederico Barboza de Souza, integrando o projeto de pesquisa "Espiritualidade e Saúde", que orienta e fundamenta o estudo.

A dissertação adota como eixo de análise a atuação do profissional da saúde (especialmente da enfermagem) diante das demandas espirituais presentes no cuidado hospitalar. Procura-se compreender como esses profissionais enfrentam seus próprios conflitos espirituais, bem como percebem e respondem aos conflitos espirituais manifestos por seus pacientes e acompanhantes. Tal abordagem se ancora em uma perspectiva interdisciplinar, que une os saberes da espiritualidade enquanto dimensão subjetiva da existência humana às práticas de cuidado e acolhimento em contextos de sofrimento.

O campo empírico adotado para a pesquisa é a Unidade Pediátrica de Internação da rede municipal de Belo Horizonte, durante o período da pandemia da COVID-19 (2020–2022). Esse contexto é marcado por forte impacto emocional, tanto nos profissionais de saúde quanto nas famílias atendidas, sendo a enfermagem protagonista no acolhimento integral da criança hospitalizada e de seus acompanhantes. Nesse cenário, o estudo busca evidenciar como os vínculos estabelecidos e o acolhimento sensível e espiritual contribuíram (ou não) para mitigar o sofrimento e promover o equilíbrio emocional dos envolvidos.

O psicólogo estadunidense Abraham Harold Maslow, conhecido pela proposta da "Hierarquia de Necessidades", também refletiu sobre a importância de um acolhimento sensível e espiritual. Em sua obra publicada em 1995, Maslow destaca que, ao tratar da espiritualidade,

sua abordagem não se voltava às formas religiosas tradicionais, mas aos valores espirituais intrínsecos presentes na experiência humana.

O autor afirma que o ser humano possui uma "necessidade cognitiva de compreender" e, para isso, busca uma estrutura de valores, uma filosofia de vida, uma espiritualidade ou um substituto de religião como norte para sua existência. Maslow reconhece que esses valores têm base inata, biológica e genética, e devem ser considerados nos estudos sobre os objetivos mais elevados do ser humano, inclusive em situações de adoecimento. Nessa linha, pensadores como Viktor Emil Frankl, Gordon Willard Allport e Carl Ransom Rogers também contribuíram com a ideia da espiritualidade como experiência existencial e não institucional, centrada em valores, atitudes, crenças, emoções e sentido de vida (Elkins *et al*., 1988).

A construção do objeto de pesquisa se fundamenta, ainda, na ética do relacionamento, tomando como referência o projeto Haward – Brookline Massachusetts (TED Ideas Worth, 2015), o qual identificou que a qualidade das relações humanas é um dos maiores fatores de bem-estar e saúde. Os resultados dessa pesquisa apontam que o apoio social e a conexão com o outro são preditores centrais da felicidade e da saúde mental, com impactos profundos no cotidiano dos sujeitos.

Complementando esse arcabouço teórico, integram-se reflexões extraídas de publicações de minha autoria. Em *Quando Deus dá um Propósito à Vida* (Costa, 2022), são apresentados relatos que ilustram a busca por equilíbrio emocional frente aos desafios cotidianos, com base em experiências espirituais, assim como relatado pelas enfermeiras sobre os seus desafios cotidianos mediante a sua espiritualidade e os desafios enfrentados na pandemia do COVID-19. Já na obra *Identidade da Mulher* (Costa, 2023), publicada em edição bilíngue, destaca-se o papel da mulher como figura de força, fé e determinação, em uma sociedade que ainda carece de valorização integral da subjetividade feminina. Observou-se ao longo da pesquisa que, em alguns momentos, a profissional perdia sua identidade em meio ao caos, e essa obra visa sustentar a mulher no seu íntimo para não perder a si, mantendo-se firme em sua fé, com força e determinação.

Assim, a presente dissertação propõe investigar, de forma crítica e aplicada, como a espiritualidade, compreendida em sua amplitude e complexidade, se manifestou nas práticas de cuidado da enfermagem no contexto de uma crise sanitária. Ao fazer isso, espera-se contribuir para os debates acadêmicos sobre espiritualidade e saúde, e também para a formação humana, ética e integral dos profissionais da saúde, com ênfase na dimensão relacional e no cuidado com o outro como fundamento de uma espiritualidade vivida.

Nesse contexto, torna-se fundamental compreender os conflitos espirituais que ocorrem quando crenças, valores ou experiências pessoais entram em desacordo com questões espirituais, ou religiosas, gerando dúvidas, angústia e um sentimento de desconexão. Durante a pandemia da COVID-19, isso ficou especialmente evidente, sobretudo nos momentos de crise, perdas e mudanças significativas. Questões como o sentido da vida, a fé e o relacionamento com o Sagrado emergiram com força, colocando indivíduos diante de uma realidade marcada pela incerteza e pelo sofrimento. Essas experiências provocaram, além de uma revisão de valores espirituais, um profundo impacto emocional e existencial.

Para lidar com tais desafios, muitas pessoas recorreram a estratégias de enfrentamento que envolviam a prática da meditação, o apoio espiritual por meio de líderes religiosos ou conselheiros, o diálogo interior, a reflexão sobre crenças pessoais, além de atividades voltadas ao autocuidado e ao equilíbrio emocional. Reconhecer e aceitar as dúvidas como parte do processo de crescimento espiritual revelou-se uma atitude fundamental para a superação das crises. No caso dos profissionais da saúde, especialmente enfermeiros atuantes na linha de frente, esses conflitos espirituais foram intensificados pelo isolamento social e pelas perdas generalizadas, incluindo a constante exposição ao sofrimento, à morte e ao risco de contágio.

Muitos enfermeiros vivenciaram conflitos internos ao tentar conciliar suas crenças pessoais com as exigências éticas da profissão, ao mesmo tempo em que enfrentavam intenso esgotamento físico e mental devido à alta demanda da jornada de trabalho. Para lidar com essas adversidades, muitos se apoiaram em suas próprias crenças espirituais, práticas de oração ou meditação. Também buscaram apoio entre colegas de trabalho, formando redes de solidariedade que ofereciam acolhimento mútuo. Além disso, recursos institucionais, como programas de saúde mental, capelanias hospitalares e grupos de escuta, foram importantes para ajudar esses profissionais a elaborarem o sofrimento vivido. Estratégias de autocuidado, como práticas corporais, momentos de descanso e reflexão, também contribuíram para manter o equilíbrio emocional e espiritual.

Ainda nesse contexto, para Rothebarth e Lima (2016), os conflitos assumem diferentes características emocionais e racionais, e a maneira como são abordados influencia diretamente seus efeitos construtivos ou destrutivos. Assim, compreender a complexidade dos conflitos espirituais requer também considerar o cenário institucional em que esses profissionais atuam, suas relações interpessoais e as variáveis que influenciam a vivência e o manejo das tensões emocionais.

Nas palavras de Trenchciampone (2016), é reforçado que o enfermeiro, como profissional da saúde, é o protagonista na solução de vários problemas diários na sua equipe de

atuação, principalmente aqueles que envolvem e visam ao serviço de qualidade ao paciente. Essa centralidade, no entanto, faz com que o profissional, muitas vezes, se veja responsável pelas decisões que afetam diretamente o cuidado e a segurança dos pacientes, o que intensifica a carga emocional e os potenciais conflitos, inclusive de natureza espiritual. Posto isso, compreende-se que o profissional de saúde habitualmente vivencia conflitos ao desenvolver o processo de convivência entre a equipe e os pacientes. O desenvolvimento de competências no manejo dos efeitos negativos, embora tradicionalmente compreendido como algo ruim, pode ser ressignificado como uma oportunidade de transformação e fortalecimento interior.

As evidências encontradas nesses conflitos mencionados são confrontadas com a literatura e com os problemas levantados, tendo revelado a significação do produto: o conhecimento gerado no processo de enfrentamento espiritual, com valorização da autonomia e da subjetividade, conferindo ao profissional um novo lugar no cuidado. É nesse sentido que se compreende a importância da fala de Anna Lembke (2023), médica e professora da Universidade de Stanford, ao afirmar:

> Os ganhos de encontrar e manter equilíbrio não são imediatos nem permanentes. Exigem paciência e manutenção. Temos que estar dispostos a seguir em frente, apesar da incerteza do que nos espera. Temos que ter fé de que as atitudes de hoje, que parecem não ter impacto no momento presente, estão, de fato, se acumulando em uma direção positiva que nos será revelada apenas em um momento desconhecido, no futuro (Lembke, 2023, p. 213).

Essa perspectiva traz à tona a importância da reciprocidade como princípio que orienta o cuidado: a capacidade de se colocar no lugar do outro, reconhecendo sua dor e suas necessidades com empatia. O sujeito, entendido como um sistema de trocas simbólicas e afetivas, constrói-se a partir de experiências relacionais marcadas por pertencimento, fé, confiança e reconhecimento. Assim, a construção da identidade espiritual e profissional do enfermeiro ocorre em diálogo constante entre o individual e o coletivo, entre o sofrimento e a esperança, entre o limite e a transcendência.

Nesse cenário, torna-se indispensável repensar o sentido do cuidado. Cuidar demanda uma postura ética e afetiva em relação ao outro. Antes mesmo de ser uma ação técnica, cuidar é uma atitude que exige escuta, empatia e consideração pela alteridade. Portanto, ao abordar a espiritualidade no contexto dos conflitos enfrentados pelos enfermeiros durante a pandemia, esta pesquisa propõe uma leitura integradora do cuidado, que reconhece o sofrimento como parte da experiência humana e espiritual e valoriza o indivíduo em sua totalidade, mediante o

comportamento em relação ao que crê, sente e espera.

O objetivo central desta pesquisa consiste em compreender os conflitos de ordem espiritual enfrentados por profissionais de enfermagem durante o período da pandemia da COVID-19, entre os anos de 2020 e 2022, no contexto de uma Unidade Pediátrica de Internação da rede municipal de Belo Horizonte. Pretendeu-se, com isso, analisar de que maneira essas experiências afetaram o cotidiano laboral, a dimensão emocional e os sentidos atribuídos à espiritualidade pelos profissionais. Além disso, busca-se investigar como tais profissionais perceberam os conflitos espirituais de seus pacientes e acompanhantes, e de que forma essas percepções interferiram, positiva ou negativamente, em suas práticas de cuidado e nas estratégias de enfrentamento desenvolvidas ao longo do período pandêmico.

Esta pesquisa contou, ainda, com alguns objetivos específicos. O primeiro deles, desenvolvido ao longo do primeiro capítulo desta dissertação, propõe-se a conceituar o termo espiritualidade, estabelecendo uma diferenciação clara entre espiritualidade e religião, com base na literatura contemporânea, sobretudo naquela que considera a espiritualidade como uma dimensão subjetiva da experiência humana. A proposta é situar a espiritualidade como um elemento central na ética do cuidado em saúde, entendendo-a para além de crença ou doutrina religiosa, pois se trata de um conjunto de valores, atitudes e significados que influenciam diretamente como os indivíduos compreendem o sofrimento, a finitude e a busca por sentido. Essa diferenciação foi fundamental para compreender como a espiritualidade pode ser mobilizada na prática do cuidado, especialmente em momentos de crise, como a pandemia, sem necessariamente se confundir com manifestações religiosas institucionalizadas.

O segundo objetivo visa identificar o que são conflitos espirituais, mapeando seus principais tipos, suas causas e manifestações, tanto no contexto individual quanto no âmbito profissional. Entende-se por conflito espiritual toda experiência de desconexão, crise de sentido, angústia existencial ou sensação de abandono em relação a crenças, valores ou dimensões transcendentes. Esses conflitos podem emergir em situações de sofrimento intenso, como doenças graves, morte iminente ou, conforme o caso estudado, diante do colapso provocado pela pandemia da COVID-19. A análise se concentra em como esses conflitos se apresentam entre os profissionais de saúde e quais seriam os efeitos que provocam na saúde emocional, na prática ética e na qualidade das relações interpessoais com os pacientes.

O terceiro objetivo busca verificar de que forma os profissionais de enfermagem vivenciaram conflitos espirituais durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19, sobretudo em sua atuação diária na Unidade Pediátrica de Internação. O foco reside em

compreender como tais conflitos impactaram suas decisões, seu bem-estar e sua relação com os pacientes e familiares. Além disso, será analisada a capacidade desses profissionais de reconhecer e lidar com os conflitos espirituais apresentados pelas crianças internadas e por seus acompanhantes. A partir de entrevistas e relatos de experiências, pretende-se investigar a forma como a espiritualidade foi mobilizada enquanto recurso de enfrentamento ou, ao contrário, a maneira como se tornou uma fonte de tensão, dúvida e desgaste emocional para os profissionais envolvidos.

Para a fundamentação teórica deste estudo, foram procurados materiais em diversas bases de pesquisa, com destaque para o Google Acadêmico, o Portal de Periódicos da CAPES e a Biblioteca de Teses e Dissertações da CAPES. A busca pelo termo "conflitos espirituais e saúde" no Google Acadêmico retornou aproximadamente 108.000 resultados. No entanto, nenhum deles abordou diretamente o tema dos conflitos espirituais enfrentados por profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19, evidenciando uma importante lacuna acadêmica e confirmando a originalidade desta pesquisa. Já no Portal de Periódicos da CAPES, embora não tenham sido localizados estudos com abordagem direta ao tema, a análise de palavras-chave semelhantes permitiu o acesso a periódicos relevantes que, de forma indireta, contribuíram para a construção da base conceitual e teórica desta dissertação, especialmente no tocante às relações entre espiritualidade, saúde, sofrimento e cuidado. Quanto à Biblioteca de Teses e Dissertações da CAPES, foram localizadas apenas duas publicações sobre conflitos, espiritualidade e saúde na COVID-19, sendo que nenhuma delas aborda diretamente o tema desta dissertação.

Como referencial teórico, será abordado o conceito de espiritualidade a partir da visão de Maslow e de outros autores significativos para essa discussão, tais como Souza, Esperandio, Koenig, Pargament e Exline, considerando que a espiritualidade abrange uma dimensão de experiências humanas que perpassa valores, atitudes, crenças, emoções e busca de sentido. Essa dimensão espiritual se manifesta como parte integrante da estrutura do ser humano e pode ser compreendida como um elemento motivador para a autorrealização, conforme exposto na pirâmide das necessidades humanas. Na perspectiva de Maslow, a espiritualidade não se limita à religiosidade institucionalizada, mas se apresenta como uma necessidade humana de ordem superior, relacionada ao propósito de vida, à transcendência e à integração pessoal.

Segundo Freitas e Esperandio (2022), a espiritualidade deriva etimologicamente da palavra "espírito" e refere-se à dimensão imaterial da subjetividade humana, entendida como a instância que impulsiona o ser à busca de sentido e à construção de respostas diante dos grandes

desafios da existência. Para os autores, espiritualidade é o movimento interior que conduz o ser humano à abertura para o mistério, para o outro e para si, sendo, portanto, uma vivência que transcende dogmas e que está enraizada na experiência concreta da vida. Trata-se de um processo contínuo de significação da realidade, especialmente importante em contextos de sofrimento, como nos períodos de crise sanitária e emocional.

Nessa mesma linha, Souza e Panasiewicz (2021), afirmam que a espiritualidade pode ser compreendida como uma dimensão constitutiva do humano, que se expressa na capacidade de transcender a si, de relacionar-se com o outro de forma ética e compassiva, e de integrar racionalidade e afetividade em uma busca por plenitude. Para os autores, espiritualidade está ligada àquilo que confere direção à vida e permite que o indivíduo permaneça firme mesmo diante da dor, angústia ou medo.

Assim, especialmente no campo da saúde, a espiritualidade se apresenta como um elemento crucial para o cuidado integral, pois acolhe a totalidade do ser, incluindo sua história, seus vínculos, sua cultura e seus anseios mais profundos. Desse modo, compreender a espiritualidade como um componente legítimo da atenção em saúde, especialmente no enfrentamento de situações críticas, como a pandemia da COVID-19, exige o reconhecimento de sua complexidade e de sua centralidade na elaboração do sofrimento humano.

A metodologia utilizada neste estudo baseou-se na abordagem da história oral temática, por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de enfermagem que atuaram durante a pandemia de COVID-19. Essa técnica permitiu captar narrativas pessoais e experiências vivenciadas, proporcionando uma compreensão aprofundada dos conflitos espirituais enfrentados, bem como das estratégias de enfrentamento adotadas. A escolha dessa metodologia favorece a riqueza dos relatos e a análise qualitativa dos dados, essenciais para o entendimento das dimensões emocionais e espirituais no contexto da assistência em saúde.

CAPÍTULO I: ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E ÉTICA: INTERFACES COM O CUIDADO E COM A FÉ

Neste capítulo, explora-se a espiritualidade como uma dimensão imaterial da subjetividade humana, relacionada às buscas e perguntas sobre o sentido da vida. Ademais, aborda-se a relação entre espiritualidade, fé e saúde, entendida esta última para além da ausência de doença, como um estado pleno de bem-estar físico, mental, social e espiritual, embora não se possa alcançar plenitude em todos os aspectos mencionados.

Dentro dessa perspectiva, a fé ocupa um papel central e multifacetado. Ela representa a confiança e a esperança em algo transcendente, que pode ser Deus, uma força universal, valores éticos ou princípios espirituais que sustentam o indivíduo nas situações de adversidade, sofrimento ou incerteza. A fé fortalece o sentido de pertencimento e a capacidade de resiliência, funcionando como um recurso psíquico e emocional fundamental para o enfrentamento de crises existenciais, problemas de saúde e desafios cotidianos.

A integração das dimensões física, mental, social e espiritual demonstra que o cuidado humano deve ser compreendido de maneira holística, valorizando a totalidade do sujeito em suas múltiplas expressões. Nesse sentido, o cuidado ultrapassa uma ação técnica ou biológica, tornando-se uma atitude ética, fundamentada na empatia, no respeito e na prioridade ao outro, que reconhece a importância da espiritualidade e da fé como componentes essenciais para a promoção do bem-estar integral.

Este capítulo busca, portanto, analisar as interfaces entre espiritualidade, religião, fé, ética e cuidado, destacando a importância de reconhecer essas dimensões na prática profissional e na vida cotidiana. A compreensão dessas relações pode contribuir para práticas de cuidado mais humanizadas e sensíveis às necessidades subjetivas dos indivíduos, favorecendo processos de cura, conforto e fortalecimento da esperança.

Esse olhar integral sobre espiritualidade e cuidado se fortalece quando se reconhece que tais dimensões não estão desvinculadas da saúde, mas compõem parte fundamental da experiência humana. A reflexão sobre fé, sentido e propósito amplia a compreensão do cuidado, revelando que atender às necessidades subjetivas dos indivíduos é também promover saúde em sua totalidade. Nesse contexto, as contribuições teóricas ajudam a consolidar práticas mais humanizadas e éticas, que valorizam o indivíduo em sua plenitude. Para Harold Koenig (2009),

> A espiritualidade, em sua essência, envolve um senso de propósito e significado na vida, e estudos mostram que essa dimensão da experiência humana pode ter um impacto profundo na saúde física, mental e social. A compreensão da saúde vai além

> da ausência de doença, incluindo também a dimensão espiritual, que é essencial para o bem-estar global do indivíduo (Koenig, 2009, p. 17).

Assim, a espiritualidade, conforme descrita por Koenig (2009), transcende a simples ausência de doenças, constituindo-se como uma dimensão fundamental do ser humano, que influencia profundamente a saúde física, mental e social. Ao reconhecer a espiritualidade como um aspecto essencial da subjetividade humana, é possível compreendê-la como um elemento intrínseco à busca pelo sentido e propósito da vida. Esse entendimento amplia a visão de saúde, indo além de uma concepção biomédica, e revela que o verdadeiro bem-estar envolve o equilíbrio entre o corpo, a mente e o espírito.

A prática do cuidado, então, deve considerar essas múltiplas dimensões, adotando uma abordagem empática que valorize a individualidade do paciente. Quando a espiritualidade é integrada no cuidado, ela pode promover um estado de harmonia que favorece tanto a cura como o fortalecimento da resiliência emocional e a construção de um sentido mais profundo de bem-estar. Assim, o cuidado fundamentado na espiritualidade contribui para a promoção da saúde de maneira integrada, reforçando a conexão entre as necessidades físicas e espirituais do indivíduo.

A espiritualidade favorece a integração das necessidades do indivíduo, promovendo maior harmonia entre seus desejos e sua realidade. Essa dimensão envolve conceitos mais amplos do que os normalmente considerados no cotidiano. Embora a experiência de fé e os sentimentos espirituais sejam profundamente pessoais e dificilmente traduzidos por completo, é possível reconhecer que exercem influência significativa sobre as expectativas e atitudes do indivíduo. Em momentos de dor, essa vivência espiritual pode atuar como um recurso de fortalecimento, ajudando a enfrentar barreiras e dificuldades.

Embora a espiritualidade e a fé possam oferecer conforto e força para muitos indivíduos, é importante reconhecer que nem sempre atuam de forma unicamente positiva. Em certas situações, crenças mal elaboradas ou interpretações rígidas da fé podem gerar angústia, sentimento de culpa ou até mesmo resistência ao tratamento e à busca de ajuda profissional. Além disso, compreensões religiosas específicas (e não a espiritualidade em si) podem, em alguns contextos, levar a posturas de conformismo diante de problemas sociais ou pessoais, dificultando a adoção de estratégias concretas para a superação das dificuldades.

Para Viktor Frankl (2005), psiquiatra austríaco e fundador da logoterapia (abordagem terapêutica centrada na busca de sentido), o ser humano necessita de um propósito maior para suportar a dor e seguir vivendo. Sua experiência nos campos de concentração, embora não seja

a origem de sua teoria, aprofundou sua compreensão sobre a importância do sentido na vida humana. Como afirmou, “o homem não está em busca de prazer, nem de poder, mas de sentido” (Frankl, 2005, p. 89). A fé, nesse horizonte, pode representar uma das formas mais profundas de encontrar esse sentido, especialmente em tempos-limite, como os enfrentados durante a crise sanitária global. Diante disso, torna-se relevante discutir o que se entende por fé e de que maneira ela se torna significativa nos cuidados em saúde.

Dessa forma, a fé pode ser compreendida como uma atitude existencial complexa, que atravessa dimensões religiosas, éticas e simbólicas, desempenhando papel relevante na construção de sentido, no enfrentamento do sofrimento e na promoção do cuidado integral. Ao se reconhecerem suas múltiplas expressões, institucionais ou não, amplia-se a compreensão da experiência humana em contextos de vulnerabilidade, abrindo caminho para a análise da espiritualidade enquanto dimensão mais ampla da existência.

Nesse sentido, a espiritualidade pode ser entendida como uma dimensão transversal da existência humana, relacionada à busca de sentido, à resiliência diante do sofrimento e à integração das diferentes esferas da vida. Ao dialogar com os campos da saúde e da psicologia, amplia a noção de cuidado integral e prepara a reflexão sobre os conflitos espirituais e suas implicações nas experiências-limite.

Diante dessas reflexões, torna-se evidente que fé, espiritualidade e religiosidade constituem dimensões distintas, porém inter-relacionadas, que atravessam a experiência humana de busca por sentido e transcendência. Compreendidas em sua complexidade, ampliam o entendimento do cuidado em saúde e fundamentam a análise dos conflitos espirituais, tema desenvolvido no capítulo seguinte.

1.1 Fé e sentido existencial de vida

A fé constitui uma dimensão significativa da experiência humana, manifestando-se na confiança dirigida a uma realidade considerada maior do que o próprio indivíduo, seja ela entendida como Deus, uma força transcendente, um princípio universal ou um sentido último da existência. Diferentemente da espiritualidade, que abrange a busca ampla por significado e conexão, a fé envolve um compromisso subjetivo e confiável com essa realidade. No campo da saúde e do cuidado integral, a fé pode atuar como recurso de enfrentamento, oferecendo sustentação emocional, fortalecimento psicológico e esperança em situações de sofrimento, incerteza ou vulnerabilidade.

Segundo Paul Tillich, teólogo e filósofo existencialista, a fé é compreendida como "a preocupação última do ser humano" (Tillich, 2002, p. 15). Em sua obra *A coragem de ser* (2002), ele afirma que "fé é o estado de ser agarrado por algo incondicional, algo que é sentido como o fundamento de nosso ser" (Tillich, 2002, p. 15). Essa definição ressalta o caráter absoluto e existencial da fé, entendida como uma orientação profunda do indivíduo em direção ao que ele reconhece como seu valor ou fundamento último, seja Deus, um ideal, um princípio ético ou uma realidade considerada incondicional.

Essa visão de Tillich (2002) dialoga com a de Frankl (2003), mostrando que, mesmo se distanciando da religiosidade institucionalizada, é notável que há na fé uma força interior que torna o ser humano mais resistente ao sofrimento. Em sua obra *"Em busca de sentido"* (2003), Frankl afirma: "A fé, num completo sentido, seja como conceito extremo ou em termos religiosos como Providência, tem uma imensa importância psicoterápica e psico-higiênica. Esta fé é criadora. Como fé pura que brota de uma força interior, torna o homem mais forte" (Frankl, 2003, p. 121). Para ele, a fé fornece uma âncora que permite ao indivíduo resistir ao sofrimento extremo, sustentado pela convicção de que a vida tem um sentido mesmo quando este não é imediatamente evidente.

Contudo, essa concepção existencial e estável da fé entra em conflito com a análise feita por Zygmunt Bauman (1998) sobre a religiosidade e a fé no contexto da modernidade líquida. Em *O mal-estar da pós-modernidade* (1998), Bauman observa que "as religiões, como tudo mais na modernidade líquida, tornaram-se produtos de escolha individual, ajustáveis às preferências e necessidades momentâneas dos consumidores de sentido" (Bauman, 1998, p. 33). Para ele, a fé contemporânea tende a perder sua estabilidade e profundidade, tornando-se fluida, fragmentada e altamente subjetiva. Em vez de ser um fundamento existencial, a fé assume, muitas vezes, a forma de uma experiência episódica, moldada por interesses individuais e por contextos de consumo simbólico.

Esse contraponto revela duas compreensões distintas sobre a fé. De um lado, autores como Viktor Frankl (2003) e Paul Tillich (2002) entendem a fé como um eixo fundamental de sentido, que confere firmeza e estabilidade à existência humana, especialmente em momentos de crise. De outro lado, Zygmunt Bauman (1998) caracteriza a fé contemporânea como uma escolha fluida, adaptável e frequentemente superficial, refletindo a insegurança e a fragilidade das certezas em um mundo líquido e em constante transformação. Ambas as perspectivas são essenciais para uma reflexão profunda sobre a condição espiritual do ser humano

contemporâneo, mostrando que a fé pode ser tanto um alicerce sólido quanto um elemento fluido diante dos desafios da modernidade.

Como destaca Harold Koenig (2009), “a fé religiosa pode funcionar como uma fonte de esperança, conforto e motivação para os pacientes” (Koenig, 2009, p. 45). Mesmo em contextos marcados pela liquidez das convicções, a fé continua sendo um fator que pode contribuir para a melhora clínica, acelerando processo de recuperação e oferecendo suporte emocional diante de diagnósticos difíceis. No campo da saúde, a fé permanece relevante, seja em sua dimensão profunda e estável, seja em sua manifestação fluida e individualizada.

Nesse sentido, torna-se fundamental distinguir entre a fé religiosa, que se ancora em crenças, práticas e sistemas simbólicos compartilhados por comunidades religiosas, e a fé existencial, que pode ou não estar vinculada a uma religiosidade formal. A fé existencial manifesta-se como uma confiança profunda na vida, no futuro, em um propósito ou valor que transcende o imediato, e que pode sustentar o ser humano mesmo em contextos de incerteza ou sofrimento. Essa forma de fé, como apontam Tillich (2002) e Frankl (2003), pode ser experimentada por indivíduos independentemente de sua filiação religiosa, revelando-se como um dinamismo interior que impulsiona o sujeito à resistência, à superação e à busca de sentido.

Assim, a fé, enquanto atitude existencial, amplia o campo de compreensão do cuidado espiritual na saúde. Ela não se limita a práticas devocionais ou à presença de crenças religiosas específicas, mas se apresenta como um elemento que pode atravessar experiências humanas universais, oferecendo suporte emocional e existencial. Essa distinção é particularmente relevante em contextos clínicos diversos, nos quais os profissionais de saúde precisam reconhecer e acolher diferentes expressões da espiritualidade e da fé, respeitando tanto as convicções religiosas quanto as atitudes existenciais que conferem sentido à jornada de cada paciente.

Analisando Frankl (2003), a fé, entendida como conceito extremo na religião tem como resultado esperado a providência divina, porém não é saudável sem atitude. Essa fé é criadora e possui grande importância, contribuindo para o reequilíbrio emocional e a depuração dos conteúdos mentais. Quando brota de uma força interior, a fé torna a humanidade mais forte. Para uma pessoa assim, nada é, em última instância, sem sentido; nada lhe pode afigurar-se como inútil. A história da vida de um indivíduo nunca acontece em vão, mesmo em seu drama e tragédia; o tempo e a caducidade da vida não comprometem o sentido e o valor da existência.

Simone Weil (2001), filósofa e mística francesa, oferece uma perspectiva complementar e singular sobre a fé como atitude interior e atenção radical. Em *A gravidade e a graça* (2001),

ela afirma: “A atenção absolutamente pura é oração” (Weil, 2001, p. 117). Com isso, sugere que a fé não se limita a práticas institucionais, templos ou ritos, mas manifesta-se como um movimento silencioso de abertura, escuta e presença diante da dor e do mistério da vida.

Embora valorize essa dimensão interior, Weil não entende a fé como totalmente desvinculada da tradição religiosa. Em seus escritos, reconhece que a experiência de fé se nutre de fontes espirituais e simbólicas herdadas, especialmente do cristianismo, mesmo quando vivida de modo pessoal e não ritualístico. Para ela, a fé tem origem em uma realidade transcendente, maior que o próprio indivíduo, e se expressa na confiança de que a vida possui um sentido último, mesmo que invisível.

Dessa forma, podemos estabelecer um diálogo entre Frankl (2003) e Weil (2001): enquanto Frankl enfatiza a fé como força que confere sentido e valor à vida e fortalece o indivíduo, Weil acrescenta a dimensão da atenção interior, da escuta e da entrega ao transcendente, evidenciando que a fé é ao mesmo tempo força criadora e postura de abertura ao mistério da existência.

Ao destacar esse caráter íntimo, ético e contemplativo da fé, Simone Weil (2001) amplia o entendimento tradicional, que muitas vezes limita a fé a práticas institucionais e externas. Sua perspectiva valoriza a dimensão interior da experiência espiritual, enfatizando uma postura constante de abertura e entrega, tanto ao mundo quanto ao outro. Essa visão reforça o papel fundamental da fé como fonte de cuidado, sustentação e fortalecimento espiritual, elementos essenciais para que se possa enfrentar a existência com dignidade, sensibilidade e coragem.

Ampliando a compreensão sobre a fé, é possível observar como distintas tradições religiosas abordam essa dimensão como uma força estruturante da existência humana, cada qual a partir de seus próprios fundamentos teológicos e antropológicos. Embora distintas entre si, essas tradições compartilham a valorização da fé como eixo existencial e transformador da vida humana. Nesse contexto, a fé ultrapassa a mera crença subjetiva, assumindo contornos éticos, comunitários e espirituais mais amplos.

Neste estudo, apresentam-se algumas visões da fé, selecionadas com base em critérios de relevância teórica e diversidade de perspectivas: a fé cristã na visão de Leonardo Boff (2010), também a visão de Gondim (2007), a abordagem psicoexistencial de Victor Frankl (2003) e a dimensão interior proposta por Simone Weil (2001). Essa escolha permite articular perspectivas teológicas, filosóficas e psicológicas, evidenciando como a fé se manifesta e se expressa em diferentes contextos e tradições.

Na visão do teólogo católico e filósofo da libertação Leonardo Boff (2010), a fé está profundamente enraizada na vida concreta, especialmente nas realidades marcadas pela exclusão e pelo sofrimento. Em sua obra *A fé em tempos de crise* (2010), ele afirma: "a fé verdadeira é aquela que nos compromete com a vida, com os pobres, com a justiça e com a transformação do mundo" (Boff, 2010, p. 44). Para o autor, a fé não se reduz a um assentimento intelectual nem a uma experiência privada de espiritualidade. Ela se manifesta no compromisso com a transformação social e com o cuidado daqueles que sofrem, inspirando-se no exemplo de Jesus Cristo. Nesse sentido, a fé se torna inseparável da ética da solidariedade e da esperança ativa. A partir dessa perspectiva, no campo da saúde e do cuidado, a fé atua como força mobilizadora de ações em prol da vida digna, do alívio do sofrimento e da promoção de justiça social, contribuindo para o bem-estar integral do ser humano.

Do mesmo modo, nas reflexões do espírita Divaldo Franco (2002), a fé é compreendida como um recurso de natureza íntima, que fortalece o indivíduo frente às dificuldades existenciais e o impulsiona para o progresso moral. Em *"O sermão da montanha"* (2002), ele afirma: "A fé é esse estado íntimo de certeza que se converte em força para a realização do bem, vencendo os obstáculos interiores e exteriores" (Franco, 2002, p. 98). Aqui, a fé está além de um dogma ou sistema de crenças externas, emergindo como uma convicção profunda que orienta atitudes, molda decisões e inspira transformação pessoal. Influenciado pela doutrina de Joanna de Ângelis[1].

Divaldo Franco (2002) entende a fé como uma força que conduz o espírito à elevação, promovendo autoconhecimento, resignação diante da dor e abertura para o amor altruísta. Em contextos de doença, sofrimento e crise, essa fé pode se manifestar como serenidade e confiança na continuidade da vida, na justiça divina e na possibilidade de evolução mesmo através da dor. Assim, no cuidado com o outro, a fé na perspectiva espírita pode ser compreendida como um instrumento de equilíbrio emocional, de consolo espiritual e de superação moral.

Já sob a ótica protestante, o pastor e teólogo Ricardo Gondim (2007) propõe uma abordagem crítica, que busca decolonizar a fé das certezas rígidas e abri-la para a complexidade da existência. Em *É proibido pensar* (2007), Gondim afirma que "fé não é a ausência de dúvida,

[1] Joanna de Ângelis é um espírito considerado guia espiritual do médium Divaldo Pereira Franco, tendo psicografado, por meio dele, uma extensa obra de caráter filosófico, psicológico e espiritual. Sua doutrina baseia-se nos princípios do Espiritismo codificado por Allan Kardec, acrescida de um enfoque na psicologia profunda, especialmente a partir de influências da psicologia transpessoal e da psicologia analítica de Carl Gustav Jung. As obras assinadas por Joanna de Ângelis promovem uma abordagem integrativa do ser humano, contemplando as dimensões espiritual, emocional e moral da existência, com ênfase na evolução interior, no autoconhecimento e na superação das dores existenciais como caminho para o progresso espiritual e a plenitude.

mas a coragem de continuar mesmo sem todas as respostas" (Gondim, 2007, p. 103). Essa definição rompe com a ideia tradicional de fé como certeza absoluta ou como obediência cega, propondo-a como um comportamento ativo diante do mistério da vida e da própria vulnerabilidade humana. Para esse autor, a fé é um ato contínuo de entrega, que reconhece o limite do saber e a inevitabilidade do sofrimento, mas que, ainda assim, escolhe amar, confiar e seguir.

Essa visão dialoga com o sofrimento humano e com o cenário contemporâneo de incertezas, resgatando a potência da fé como força de resistência, resiliência e abertura ao sagrado. Na prática do cuidado, especialmente em contextos hospitalares ou terapêuticos, essa concepção de fé permite acolher a dúvida e a angústia dos pacientes sem os invalidar espiritualmente, oferecendo um espaço em que a fé não é oposta à fragilidade, mas profundamente solidária a ela.

Essas visões fornecem leituras distintas e complementares da fé enquanto uma experiência vital que articula sentido, resistência e compromisso existencial. Leonardo Boff (2010) destaca sua dimensão pública e transformadora, Divaldo Franco (2002) enfatiza sua capacidade de fortalecimento íntimo e superação moral, e Ricardo Gondim (2007) propõe uma fé que se realiza na tensão entre a dúvida e a coragem de prosseguir. Apesar das diferenças doutrinárias e epistemológicas entre essas tradições, todas convergem na compreensão da fé como um elemento constitutivo da subjetividade humana, capaz de mobilizar recursos internos e éticos diante das crises existenciais.

A fé torna-se, portanto, uma travessia entre o não saber e o confiar, entre o caos e o sentido, entre o silêncio e a esperança. É justamente na tensão entre dúvida e confiança que emerge uma fé mais autêntica, que se sustenta em um compromisso radical com o sentido, mesmo quando ele não se apresenta com nitidez. Essa perspectiva dialógica entre fé e dúvida, longe de enfraquecer o fenômeno da fé, enriquece sua densidade humana, ética e espiritual.

É nesse contexto que se pode avançar para a compreensão dos diferentes conceitos de fé. A fé existencial, por exemplo, não depende de crença em divindades ou dogmas. Ela pode ser expressa até mesmo por indivíduos que se declaram ateus ou agnósticos, mas que sustentam uma confiança íntima na vida, no futuro ou em valores que conferem coerência à própria trajetória. Ter fé, nesse sentido, é manter-se em movimento diante da incerteza, confiando que algo faz sentido mesmo que não se possa explicar racionalmente. Já a fé religiosa implica um sistema simbólico mais estruturado, articulado a crenças, rituais e, em alguns casos, a

comunidades de pertencimento, oferecendo uma linguagem compartilhada para expressar e experienciar essa confiança no transcendente.

Para aprofundar essa abordagem, é importante trazer a contribuição da reflexão de uma área da teologia cristã denominada Teologia Fundamental, que trata dois elementos: fé e revelação de Deus. A fé faz parte do desenvolvimento humano, gerando segurança e estabilidade. Esta área trata sobre o conceito de revelação como iniciativa divina por meio de uma ação comunicativa de Deus e da resposta humana, a fé (Rahner, 2005), um ramo da teologia cristã que busca refletir sobre os fundamentos racionais e existenciais da fé, respondendo à pergunta: "por que crer?". Essa disciplina não se limita à defesa de dogmas ou à apologética religiosa, mas propõe uma investigação sobre as condições humanas, históricas e espirituais que permitem e significam a experiência da fé. Ela considera as intersecções entre razão, cultura e revelação, oferecendo subsídios para o diálogo entre fé e mundo contemporâneo. Ao interrogar o sentido da fé em tempos de crise, secularização e pluralidade, a teologia fundamental contribui para o fortalecimento da fé como atitude consciente, crítica e comprometida.

A fé cristã apresenta-se sob múltiplas dimensões que, em conjunto, revelam toda a sua profundidade e complexidade. De acordo com o frade católico italiano São Tomás de Aquino (2001), da Ordem dos Pregadores, uma dessas dimensões é a *fides quae creditur*, que corresponde ao conteúdo da fé. Essa dimensão abrange tudo aquilo que é crido (os ensinamentos, as doutrinas, as Escrituras e os dogmas) formando a base do acreditar. Ela representa o conjunto de verdades reveladas, transmitidas pela tradição, e que o fiel reconhece como fundamento seguro para sua vida espiritual.

Em contraposição, ainda nas palavras de Aquino (2001), há a *fides qua creditur*, que se refere ao ato de crer em si mesmo, à disposição interior do indivíduo que acolhe o conteúdo da fé. Essa dimensão transcende o conhecimento intelectual dos ensinamentos; trata-se de uma atitude de confiança profunda e de entrega pessoal. Nesse sentido, a fé deixa de ser apenas um assentimento racional e se transforma em uma experiência vivida, íntima e dinâmica, capaz de orientar a existência do crente de maneira concreta e transformadora.

Além disso, a fé é compreendida na tradição cristã como um dom ou graça concedida por Deus, que ultrapassa os limites da razão e da vontade humanas. Nesse sentido para o pastor anglicano e teólogo cristão Alister McGrath (2012), ela não é considerada um simples produto do esforço individual, mas um presente divino que possibilita a abertura ao mistério e à transcendência, fortalecendo a relação entre o ser humano e o divino. Ao mesmo tempo, a fé

também é analisada como uma resposta ao chamado divino, caracterizada por uma adesão livre e pessoal. Essa dimensão enfatiza a participação ativa do indivíduo, que se engaja em comunhão com o projeto divino, assumindo uma postura de aceitação e compromisso.

Sob uma perspectiva analítica, essas concepções destacam que a fé possui tanto um aspecto dado ou recebido (entendido como dom) quanto um aspecto de resposta pessoal, envolvendo exercício da vontade e da confiança. Dessa forma, a análise acadêmica da fé deve reconhecer sua dupla natureza: enquanto conceito teológico, é apresentada como graça e dom; enquanto experiência humana, manifesta-se na adesão consciente do indivíduo.

A fé ultrapassa a mera adesão a sistemas doutrinais ou a experiências devocionais privadas, revelando-se como uma disposição ontológica que atravessa o ser humano em sua integralidade. Trata-se de uma força dinâmica que reconfigura a resposta ao sofrimento, oferecendo ao sujeito uma estrutura de sentido capaz de sustentar a vida mesmo nas situações-limite. No campo do cuidado e da promoção da saúde, a fé também se apresenta como uma dimensão relevante da experiência humana, contribuindo para uma abordagem integral do indivíduo. Ao reconhecer a diversidade de formas de acreditar e atribuir sentido, o profissional de saúde amplia sua compreensão para além dos aspectos biológicos, incorporando os repertórios simbólicos, espirituais e éticos do paciente. Assim, a fé opera como um horizonte de possibilidades que influencia atitudes, escolhas e estratégias de enfrentamento, promovendo resiliência, bem-estar e sustentação subjetiva em contextos de vulnerabilidade, sofrimento ou doença.

Ao situar a fé como parte da experiência subjetiva do cuidado, sem reduzir seu significado a uma prática religiosa específica, o enfoque se mantém inclusivo e ético. O profissional de saúde, ao reconhecer essa dimensão, amplia a compreensão da pessoa em sua totalidade, favorecendo intervenções que respeitem a pluralidade de sentidos e promovam uma atenção integral.

Dessa forma, a fé, enquanto força engajada, dimensão íntima ou atitude existencial, se apresenta como elemento estruturante na experiência do sofrimento, possibilitando processos de reconstrução subjetiva, elaboração do adoecimento e reintegração do sentido de vida. Longe de ocupar um lugar periférico no cuidado, ela emerge como um fator central de humanização, possibilitando que o sofrimento seja vivido não apenas como perda, mas como ocasião de transformação, vínculo e transcendência. Assim, a espiritualidade ilumina a ideia de que a fé pode ser silenciosa e não necessariamente ritualística, embora as dimensões ritualísticas sejam

importantes também, quando bem vividas, mas profundamente ativa na escuta do outro, na presença diante da dor e na entrega ao mistério da vida.

Na sequência da reflexão aqui proposta, torna-se necessária a compreensão da figura de Maslow (1943) e a construção de sua trajetória analítica. É necessário compreender o seu desenvolvimento intelectual para que se tenha um maior esclarecimento do que fundamenta a existência do ser humano e suas necessidades, buscando assimilar o percurso pessoal e intelectual do autor para uma leitura mais aprofundada de sua produção teórica. Isso torna possível o conhecimento das raízes existenciais de sua proposta humanista, assim como a elucidação dos eventos marcantes de sua vida, sua formação acadêmica e as influências filosóficas, sociológicas e psicológicas que moldaram seu pensamento.

Abraham Harold Maslow nasceu em 1º de abril de 1908, em Brooklyn, Nova York, em uma família de imigrantes judeus russos. Sua infância foi marcada por experiências de isolamento e conflitos familiares que influenciaram sua visão sobre o potencial humano. Segundo Koltko-Rivera (2006):

> Maslow frequentemente refletia sobre seu isolamento durante a infância, que lhe proporcionou um senso de outsider, mas também alimentou sua busca por compreender a natureza do ser humano e sua capacidade para a autorrealização (Koltko-Rivera, 2006, p. 85).

Inicialmente, Maslow ingressou no campo da psicologia influenciado pelo behaviorismo, dominante nos anos 1920 e 1930, que enfatizava o estudo do comportamento observável e rejeitava conceitos subjetivos, como emoções e motivações internas (Hoffman, 1988). Contudo, com o tempo, Maslow (1970), percebeu as limitações dessa abordagem:

> O behaviorismo, embora revolucionário para sua época, falhava em capturar a complexidade da experiência humana. A exclusão da consciência e da subjetividade restringia a compreensão do homem em sua totalidade (Maslow, 1970, p. 12).

Sua formação acadêmica incluiu a Universidade de Wisconsin, onde se graduou em Psicologia, e a Universidade de Cornell, onde obteve seu doutorado em Psicologia Experimental. Foi em Cornell que teve contato com Harry Harlow, cuja pesquisa com macaco-rhesus sobre necessidades básicas serviu de inspiração para a hierarquia das necessidades que Maslow desenvolveria mais tarde (Maslow, 1943).

Figura 1 – Abraham Maslow, psicólogo pioneiro da psicologia humanista.



Fonte: (Maslow, 1970)

Entre suas bases teóricas, constam também o existencialismo, que reforçou a importância da liberdade individual e da busca pelo significado, e a fenomenologia, a qual influenciou na atenção à experiência vivida e ao modo como o indivíduo percebe o mundo (Gomes, 2004). Já a psicologia analítica de Jung contribuiu para a noção de desenvolvimento integral da personalidade, destacando processos internos como sonhos e símbolos, fundamentais para a compreensão do ser humano na sua totalidade.

Foi em 1943 que Maslow publicou seu artigo seminal "A Theory of Human Motivation", que apresentou a hierarquia das necessidades humanas, organizando-as em níveis que vão das necessidades fisiológicas básicas até a autorrealização. Nesse trabalho, Maslow (1943) explicita:

> O ser humano é motivado por uma série de necessidades que se organizam em uma hierarquia. Quando as necessidades mais básicas estão satisfeitas, surge a necessidade de crescimento, a necessidade de se tornar mais e mais aquilo que se é capaz de ser (Maslow, 1943, p. 375).

Essa teoria foi posteriormente expandida em suas obras principais, como *Motivation and Personality* (1954) e *Toward a Psychology of Being* (1962), nas quais Maslow aprofunda os conceitos de necessidades de crescimento e das experiências de pico, que representam momentos de grande realização e transcendência pessoal.

Durante sua carreira acadêmica, Maslow lecionou em instituições como Brooklyn College, Universidade de Brandeis e Universidade de Columbia, difundindo sua visão

humanista. Ele definiu sua abordagem como “a terceira força” na psicologia, posicionada como alternativa à psicanálise e ao behaviorismo, ao valorizar a liberdade, a intencionalidade e a busca pelo sentido da vida (Schultz; Schultz, 2016), pois, conforme a sua visão: “A psicologia humanista é a psicologia do ser, preocupada com aquilo que torna a vida realmente humana: a busca pela verdade, pela bondade e pela beleza, pela autorrealização e pela transcendência” (Maslow, 1968, p. 15).

Em sua autobiografia, publicada postumamente, Maslow (1970) refletiu sobre sua trajetória e suas motivações, ressaltando seu foco no potencial positivo do ser humano:

> Minha vida intelectual foi dedicada a entender o que há de melhor em nós, não simplesmente o que está errado. Quis iluminar o caminho para que cada indivíduo possa realizar plenamente suas potencialidades, superar limitações e alcançar um estado de saúde psicológica vibrante (Maslow, 1970, p. 45).

A trajetória de Abraham Maslow se pauta em uma experiência acadêmica sólida, que fundamentou a construção de uma pesquisa das mais emblemáticas da psicologia humanista: a hierarquia das necessidades, popularmente conhecida como “pirâmide de Maslow”. Essa teoria representa uma das bases fundamentais da psicologia humanista e da compreensão das motivações humanas. Foram detalhados os diferentes níveis que compõem a pirâmide, a partir de uma estrutura que aprofunda a análise das distinções entre necessidades de subsistência e necessidades de crescimento, destacando seus impactos na dinâmica motivacional e na busca de sentido existencial. Para ele, os seres humanos organizam suas motivações em um tipo de hierarquia das necessidades, que vão desde as mais básicas, fisiológicas e de segurança, até as mais elevadas, como as de autoestima, pertencimento e, por fim, autorrealização.

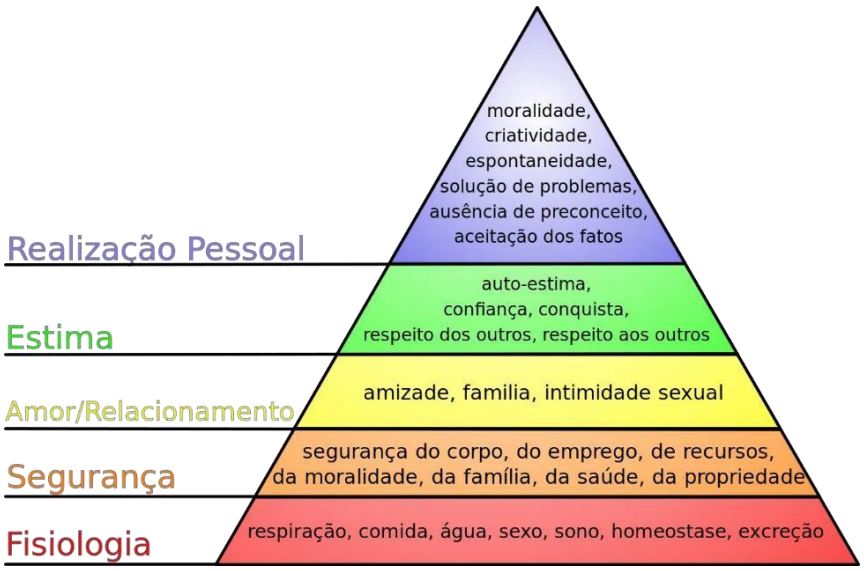
A compreensão da fé nesse contexto, como força existencial, transformadora e estruturante, pode ser aprofundada à luz da teoria da hierarquia das necessidades humanas proposta por Maslow (1943), especialmente nos domínios da busca por sentido, identidade e transcendência. Ao satisfazer necessidades espirituais e existenciais, a fé atua como força integradora, promovendo bem-estar psicológico, estabilidade emocional e sentido de vida, sobretudo em momentos de crise ou sofrimento.

Embora a fé, em muitos casos, se manifeste com maior plenitude no nível da autorrealização, como expressão do encontro com o sentido da vida e com o que há de mais profundo no ser, ela também atua nos níveis mais fundamentais da pirâmide. Nos momentos em que faltam segurança, vínculos ou reconhecimento, a fé pode fornecer uma base íntima de estabilidade, esperança e resiliência. Assim, ao integrar fé e espiritualidade à leitura das

necessidades humanas, é possível ampliar a compreensão do cuidado integral, reconhecendo que o ser humano não é apenas um corpo que precisa de abrigo e alimento, mas também um espírito que busca sentido, transcendência e comunhão. Dessa forma, fé e autorrealização, mais do que metas finais, são dimensões que podem emergir como respostas vitais em qualquer etapa da experiência humana.

A compreensão das necessidades humanas constitui um eixo central para o estudo do comportamento, do desenvolvimento pessoal e da promoção da saúde. Na pirâmide de Maslow (1943), é utilizada a hierarquia progressiva, de forma que a base são as necessidades fisiológicas, seguida por necessidade de segurança, necessidades sociais, necessidade de *status* ou estima e, no topo, a necessidade de autorrealização.

Figura 2 – Pirâmide das necessidades, por Abraham Maslow



Fonte: (Equipe dos Significado, s.d.)

Esta seção tem como objetivo apresentar e detalhar cada um desses níveis, enfatizando sua importância para a compreensão integral do ser humano. Ao reconhecer que as necessidades básicas e psicológicas influenciam diretamente o bem-estar, o comportamento e a capacidade de desenvolvimento do indivíduo, é possível estabelecer conexões com práticas de cuidado e estratégias de promoção da saúde que considerem a pessoa em sua totalidade física, emocional, social e existencial.

A análise segue uma abordagem descritiva, identificando as características de cada camada da pirâmide, seu impacto sobre a saúde e a vida cotidiana, bem como as implicações para contextos clínicos, educacionais e sociais. Ao compreender essas dimensões de forma

articulada, profissionais e pesquisadores podem estruturar intervenções mais integradas e eficazes, que respeitem a complexidade e a interdependência das necessidades humanas.

a) Necessidade fisiológica (base da pirâmide)

A necessidade fisiológica é a base fundamental, possuindo uma variedade que diz respeito à sobrevivência biológica do ser humano. As necessidades incluem elementos básicos como:

- Alimentação: o suprimento de nutrientes e calorias suficientes para a manutenção das funções corporais.
- Água: a hidratação necessária para o funcionamento celular e dos sistemas orgânicos.
- Sono e repouso: indispensáveis para o equilíbrio neurofisiológico e a recuperação do organismo.
- Respiração: oxigenação adequada para garantir a sobrevivência.
- Eliminação de resíduos corporais: funcionamento adequado dos sistemas excretor e digestivo.
- Abrigo e termorregulação: proteção contra intempéries e manutenção da temperatura corporal.

Se essas necessidades não forem atendidas, o ser humano não consegue canalizar suas energias em outras dimensões da vida. O seu organismo entra em estado de alerta, ou seja, limita suas ações, priorizando a sobrevivência, o que compromete a possibilidade de crescimento pessoal, social ou emocional. Na perspectiva clínica, é essencial garantir essas condições básicas antes de se promover qualquer outro tipo de intervenção ou desenvolvimento.

b) Necessidade de Segurança

Após as necessidades fisiológicas estarem razoavelmente satisfeitas, surge a necessidade de segurança, que se refere à busca por estabilidade, proteção e previsibilidade no ambiente. São elas:

- Segurança corporal: proteção contra violência, acidentes e ameaças externas.
- Segurança de recursos/propriedade: acesso contínuo à renda, moradia, alimentos e serviços básicos.
- Segurança na saúde: estabilidade quanto ao estado físico e psicológico, acesso a cuidados médicos.
- Segurança jurídica e estrutural: confiança em leis, instituições e normas sociais justas.

Essas necessidades envolvem tanto dimensões concretas quanto subjetivas. Por exemplo, uma pessoa pode estar segura objetivamente, com emprego e moradia, mas sentir-se insegura emocional ou socialmente. Em nosso atual contexto social, a insegurança pode se manifestar por meio do medo da exclusão, da perda de direitos ou da instabilidade econômica. A satisfação desse nível é essencial para que o indivíduo se sinta protegido o suficiente para se abrir ao convívio social e ao desenvolvimento de sua identidade.

c) Necessidades Sociais

Após atendida a necessidade de segurança, o indivíduo passa a buscar relacionamentos significativos, manifestados nas necessidades sociais, também chamadas de necessidades de amor e pertencimento. Elas abrangem:

- Afeto/carinho: dar e receber amor, cuidado e atenção.
- Pertencimento a grupos: integrar-se à família, às amizades, comunidades, aos grupos religiosos, culturais ou profissionais.
- Intimidade emocional: desenvolvimento de vínculos profundos com outros indivíduos.
- Aprovação e aceitação: sentir-se valorizado nos vínculos que estabelece.

Em sua essência, o ser humano é um ser relacional, ou seja, precisa se sentir e estar incluído em algum grupo, pois falta de pertencimento pode gerar sentimentos de solidão,

exclusão, ansiedade e depressão. O vínculo social influencia diretamente a estrutura da subjetividade, impactando o bem-estar psicológico. Quando marginalizado ou isolado, o indivíduo pode ter um adoecimento de sua psique de forma intensificada, demonstrando a relevância dessa camada da pirâmide para a saúde integral.

d) Necessidades de *status* e reconhecimento

Após o indivíduo se sentir acolhido e pertencente a um lugar, emergem as necessidades de estima, relacionadas à valorização de si e ao reconhecimento por parte dos outros. Elas se dividem em duas vertentes:

- Estima interna: autoconfiança, autoestima, senso de competência, independência, domínio sobre o ambiente.
- Estima externa: reconhecimento social, respeito, admiração, *status*, prestígio, valorização das conquistas.

Essas necessidades estão diretamente ligadas à identidade do indivíduo; quando elas são frustradas ou inatingidas, pode surgir o sentimento de inferioridade, insegurança, inutilidade ou fracasso. No ambiente de trabalho, por exemplo, o reconhecimento das capacidades e o incentivo ao protagonismo favorecem a saúde mental e o engajamento. No campo educacional e clínico, trabalhar a autoestima e o reconhecimento da singularidade do sujeito são aspectos centrais da promoção do desenvolvimento do bem-estar humano.

e) Necessidades de autorrealização (topo da pirâmide)

Chegando ao topo da hierarquia, estão as necessidades de autorrealização, que dizem respeito ao pleno desenvolvimento do potencial humano, ou seja, à busca de um sentido profundo para a existência e à realização das capacidades mais elevadas do ser humano. São elas:

- Autenticidade: viver de acordo com seus valores, suas vocações e seus desejos mais profundos.
- Realização de talentos e habilidades: expressão criativa, realização intelectual, inovação, arte, espiritualidade.
- Busca de sentido existencial: construção de um propósito de vida que transcende interesses imediatos.

- Contribuição para o bem comum: envolvimento com causas, ética, legado e responsabilidade social.

A autorrealização é uma experiência singular, pois varia de indivíduo para indivíduo. Para uns, pode se dar por meio da vida familiar, para outros, pela arte, espiritualidade, ciência ou serviço ao próximo. É uma dimensão que transcende o egocentrismo e abre o indivíduo à realização plena e ao encontro com aquilo que dá sentido à sua trajetória. Maslow (1947) ressalta que nem todas as pessoas atingem esse nível, pois ele exige condições materiais, emocionais e sociais estáveis que permitam esse florescimento. Contudo, é nesse estágio que o ser humano encontra maior grau de satisfação, liberdade e plenitude existencial.

A teoria da hierarquia das necessidades de Maslow oferece um modelo para se entender a motivação humana, desde as bases fisiológicas até os níveis mais complexos de autorrealização. Ainda hoje, ela continua sendo uma ferramenta valiosa para pensar o desenvolvimento humano, as políticas públicas, os cuidados em saúde e educação, e o papel das instituições na promoção de uma vida plena. Reconhecer essas camadas e respeitar seu caráter progressivo é fundamental para qualquer abordagem que busque considerar o ser humano em sua totalidade, incluindo as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual.

Dessa forma, com a compreensão da fé e das forças que impulsionam o ser humano à superação e ao sentido, torna-se necessário aprofundar a discussão sobre a espiritualidade em si, dimensão essencial da experiência humana, que atravessa contextos de sofrimento e cura. A seguir, propõe-se um foco no conceito de espiritualidade e em sua estreita relação com a saúde, destacando sua importância no cuidado integral e no fortalecimento psíquico, emocional e existencial dos indivíduos.

1.2 Espiritualidade e saúde: uma relação necessária

A espiritualidade pode ser entendida como uma dimensão constitutiva do ser humano, ligada à sua interioridade e à abertura para uma realidade que transcende o imediato. De acordo com Souza (2013), essa experiência não se reduz à prática de rituais ou a um caráter meramente religioso, mas envolve a busca por sentido, por valores que orientem a existência e por um horizonte de transcendência que permita integrar fé, ética e cuidado na vida cotidiana. Assim, a espiritualidade aparece como elemento de unificação, articulando a relação do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com o mistério que sustenta a vida.

James (2001) acrescenta que a vida espiritual é vivida como parte do fluxo contínuo da consciência, em que cada pessoa atribui significados próprios às suas experiências. Nessa mesma linha, Frankl (2005) ressalta que o ser humano necessita de propósito para enfrentar o sofrimento, afirmando que o verdadeiro equilíbrio não está na ausência de tensões, mas na luta por objetivos que dignifiquem a existência. Koenig (2009), por sua vez, destaca que a espiritualidade, quando assumida de forma autêntica, pode impactar positivamente a saúde física, mental e social, ampliando as possibilidades de enfrentamento em situações de crises.

No campo psicológico e terapêutico, a espiritualidade tem se mostrado um fator de proteção, capaz de favorecer a resiliência, a esperança e o fortalecimento da identidade pessoal. Monteiro *et al.* (2020) evidenciam que crenças espirituais e religiosas contribuem para maior adaptação em contextos de sofrimento, promovendo paz interior, autoconfiança e atitudes mais positivas diante das adversidades. Assim, ao ser relacionada com a saúde, a espiritualidade amplia a compreensão de cuidado, oferecendo subsídios para práticas humanizadas que consideram tanto a dimensão biológica quanto a subjetiva do indivíduo.

A espiritualidade é uma dimensão subjetiva e complexa da experiência humana, envolvendo a busca por significados profundos, transcendência e conexões com aspectos que ultrapassam a dimensão material, como questões existenciais, éticas e filosóficas. James (2001), destaca que “a consciência é uma corrente contínua, onde cada indivíduo navega com sua própria história, sentimentos e interpretações” (James, 2001, p. 56). Não se restringe, portanto, a dogmas ou práticas religiosas, podendo abranger diversas formas de reflexão e vivências pessoais, como meditação e contemplação.

Viktor Frankl (2005) destaca a importância do propósito na vida humana, enfatizando que o bem-estar, mais do que ausência de desafios, consiste na busca por um objetivo significativo. "O que o homem realmente necessita não é um estado sem tensão, mas sim a luta e o esforço por um objetivo digno de sua realização" (Frankl, 2005, p. 34). Segundo o autor, a existência ganha sentido quando o indivíduo se compromete com algo maior do que si próprio, seja por meio do trabalho, do amor ou da superação de adversidades. Essa perspectiva é fundamental no campo da psicologia e da saúde, pois sugere que enfrentar dificuldades com um propósito claro pode fortalecer a resiliência emocional e promover um estado de saúde mental mais equilibrado. Possibilita, assim, a compreensão de que o sofrimento pode ser ressignificado por meio da busca de um ideal que contribua para abordagens terapêuticas, como a logoterapia, que proporcione suporte aos pacientes na busca de algum significado, mesmo que em momentos de crise.

Durante a pandemia da COVID-19, observou-se que a resiliência e a esperança foram a base para a sustentação tanto do indivíduo ali institucionalizado quanto do acompanhante, e até mesmo do profissional, que se encontrava em uma batalha constante com a saúde e o bem-estar do paciente, tendo de lidar com a perda e seus conflitos espirituais mediante a crise.

É notório que a relação entre espiritualidade e saúde vem sendo amplamente investigada, com evidências sugerindo que uma prática espiritual consistente pode promover benefícios significativos para o bem-estar integral. Conforme o estudo feito na Academia Paulista de Psicologia, intitulado *Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão*, crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. (Monteiro *et al.*, 2020). Assim, a espiritualidade atua como um fator de proteção ao melhorar a capacidade de enfrentamento diante do estresse, proporcionando maior sentido de propósito, esperança e resiliência. Além disso, contribui para a adoção de comportamentos saudáveis e, em contextos terapêuticos, pode favorecer processos de cura e reabilitação.

No campo da saúde, a espiritualidade desempenha um papel importante, auxiliando os indivíduos a superar as adversidades e a dor. Quando as pessoas se sentem conectadas a algo superior, seja por meio de suas crenças ou práticas espirituais, elas tendem a desenvolver maior resiliência, esperança e um sentido de propósito mais claro. Esses fatores contribuem diretamente para uma adaptação mais eficaz às crises e dificuldades. Além disso, a espiritualidade está frequentemente associada à adoção de comportamentos mais saudáveis, como a prática de autocuidado e a promoção de um estilo de vida equilibrado, favorecendo, assim, o processo de cura e recuperação (Monteiro *et al.*, 2020).

A espiritualidade, ao ser compreendida como parte essencial da experiência humana, também pode ser relacionada às diferentes camadas de necessidades que estruturam o bem-estar integral. Nesse sentido, a proposta de Abraham Maslow (1947) sobre a hierarquia das necessidades humanas fornece uma base para refletir como os aspectos espirituais surgem não apenas como elementos finais de realização pessoal, mas também como forças que sustentam a vida em seus estágios mais desafiadores.

Importante destacar que, embora a espiritualidade esteja mais fortemente associada às camadas superiores dessa hierarquia, ela pode se manifestar, de forma potente, mesmo em situações de escassez. Em momentos em que faltam recursos materiais ou estabilidade, a fé e a

conexão interior tornam-se fontes fundamentais de resistência e reconstrução subjetiva. Durante a pandemia da COVID-19, por exemplo, foi possível observar como a espiritualidade sustentou indivíduos em situações-limite, fortalecendo a esperança e o cuidado mútuo.

Nesse contexto, a espiritualidade se apresenta como elemento transversal que atravessa toda a hierarquia das necessidades humanas. Ela é uma força que acompanha o ser humano em todas as etapas da vida, desde a sobrevivência até a transcendência. Monteiro *et al.* (2020) ressaltam que práticas espirituais coerentes com os valores do indivíduo promovem aceitação, resiliência e paz interior, contribuindo para um estado de saúde ampliado – físico, emocional, social e simbólico. Assim, compreender a espiritualidade à luz das necessidades humanas é reconhecer que o ser humano não vive apenas de pão, mas também de sentido. Integrar essa dimensão ao cuidado é respeitar a complexidade da vida, valorizando cada etapa da existência como parte de um caminho que conduz à plenitude.

A autorrealização, situada no ápice da proposta de Maslow sobre as necessidades humanas, refere-se ao florescimento do ser em sua integralidade. Trata-se de um processo contínuo, que vai além da simples satisfação de desejos imediatos ou da obtenção de conforto material, pois envolve a expressão autêntica dos valores mais profundos, a vivência de um propósito significativo e a articulação entre liberdade, responsabilidade e compromisso com a existência. Segundo Maslow (1968), o ser humano não se move apenas pela carência, mas também por um impulso interior de crescimento. A realização pessoal representa essa força de superação, em que a pessoa busca ser aquilo que está em potência dentro de si, por meio de ações criativas, escolhas éticas e engajamento com causas que transcendem o interesse individual. Mais do que um estado estático, trata-se de um caminho em constante construção.

A pandemia de COVID-19 revelou, de forma aguda, a importância de valores como esperança, sentido de vida e solidariedade, todos profundamente ligados à espiritualidade e à autorrealização. Diante do luto, da incerteza e da ruptura das rotinas, muitos indivíduos redescobriram o valor de relações significativas, da interioridade e de práticas que favorecessem o reencontro consigo mesmos. Em tempos de instabilidade, a autorrealização não se deu por conquistas externas, mas pela reconexão com o que realmente importa. A ética nesse processo aparece como uma escuta da consciência, uma orientação que nasce do compromisso com a verdade interior. Como afirma Rollo May (1999), viver com autenticidade exige coragem: coragem de ser, de escolher e de lidar com os próprios limites. Isso envolve, também, o reconhecimento da dor, da fragilidade e da solidão, condições inevitáveis da vida humana.

Nesse horizonte, Viktor Frankl (2005) contribui ao afirmar que a realização pessoal está intimamente ligada à descoberta de um sentido que sustente o viver. Mesmo nos momentos mais adversos, como aqueles vividos em campos de concentração, é possível encontrar um "para quê" capaz de dar continuidade à existência. Para o autor, essa busca por significado é a força estruturante da condição humana.

A expressão plena do ser também requer tempo, silêncio e um ambiente propício ao florescimento. Em sociedades marcadas pela velocidade e pelo produtivismo, muitas pessoas adoecem justamente por ignorar suas necessidades mais profundas e, nesse sentido, Marziale (2015) alerta para os riscos de um modelo que prioriza metas externas em detrimento da escuta da subjetividade. Reaprender a reconhecer os próprios desejos e limites é, portanto, uma prática de cuidado integral.

1.3 Religião, espiritualidade e ética do cuidado

A espiritualidade e a religião, embora relacionadas, são conceitos distintos. A religião é, tradicionalmente, caracterizada por um sistema estruturado de crenças, rituais e práticas que buscam consolidar uma compreensão coletiva da fé, orientando seus seguidores para uma vivência comum de valores espirituais e oferecendo um conjunto de normas, praxes e ensinamentos que orientam a fé e a conduta dos seus adeptos, de maneira institucionalizada. A partir das considerações do sociólogo e teólogo luterano Peter Berger (1985), vemos que a religião é definida como um fenômeno social que desempenha um papel fundamental na construção da realidade e na manutenção da ordem social. Em *O Dossel Sagrado* (1967), ele argumenta que a religião é um sistema de significação que legitima a ordem social ao fornecer um "dossel" de sentido, que cobre e estrutura a vida humana. Segundo Berger (1985): "A religião é a empreitada humana pela qual uma ordem sagrada é estabelecida, cobrindo a experiência cotidiana do indivíduo com um escudo de significado" (Berger, 1985, p. 25).

Sendo assim, a religião desempenha o papel de um mecanismo para legitimação das instituições sociais, tornando-as aparentemente naturais e necessárias. Aos olhos de Berger (1985), pode-se dizer que, durante o período de isolamento da COVID-19, a fé em suas crenças religiosas foi uma valiosa ferramenta perante a incerteza, proporcionando um senso de estabilidade maior diante do enfrentamento.

Em contraste, a espiritualidade, conforme discutido por Kardec (2010), é um conceito mais amplo, que pode ou não estar vinculada a uma religião específica, ou seja, ela diz respeito

à experiência pessoal de conexão com algo transcendente, sendo, portanto, mais individualizada. Ele acredita que a verdadeira religião é aquela que proporciona ao indivíduo uma compreensão mais clara da vida, incentivando práticas de bem e de aprimoramento pessoal, sem depender exclusivamente de dogmas ou rituais. A espiritualidade é uma busca pessoal por sentido, propósito e conexão com algo transcendente, muitas vezes relacionada ao autoconhecimento, à paz interior e ao crescimento individual. Ela é uma experiência subjetiva, que pode ou não estar vinculada a uma crença religiosa, sendo mais aberta e individualizada.

Em momentos de crise e/ou doenças, o indivíduo passa por uma reflexão mais profunda sobre o ser e suas crenças. A depender da situação, é possível notar até mesmo questionamentos a respeito da fé e crença. Conforme o médico neurologista e psicanalista Sigmund Freud (2012), a crença é como um mecanismo de defesa em meio à adversidade, mas que também demonstra ser eficaz no amparo da vulnerabilidade, auxiliando na redução da angústia momentânea causada pela enfermidade. "A religião é uma tentativa de obter controle sobre o mundo sensorial em que estamos colocados, por meio dos desejos do nosso aparelho psíquico" (Freud, 2012, p. 40). Sendo assim, a fé, juntamente com pensamentos positivos, auxilia para uma recuperação mais saudável e resiliente. Apesar da visão negativa de Freud (2012), que considera a religião como uma busca infantil de proteção, fruto da culpabilidade e vulnerabilidade do indivíduo em apoiar-se no transcendente, ele vê também um fato benéfico ao sujeito em alguns momentos, mas que deve ser superado.

A experiência humana é atravessada pela necessidade de pertencer, compreender e transcender. Em diversas tradições filosóficas e espirituais, esse movimento interior de busca é compreendido como uma expressão essencial da condição humana. Nesse percurso, surgem desde necessidades básicas até aspirações profundas (como a procura por justiça, liberdade, verdade, beleza e fé), elementos que envolvem dimensões subjetivas e existenciais mais elevadas da vida.

Para Maslow (1971), essas chamadas "necessidades de ser" representam um nível superior da experiência humana, conectando o indivíduo com valores que o ligam ao que há de mais significativo e transcendente. A fé, nesse contexto, não se reduz à filiação religiosa ou a dogmas institucionais. Ela é entendida como confiança íntima, como disposição interior de entrega, esperança e abertura ao mistério da vida. Nas palavras do próprio autor, as experiências mais autênticas de alegria e realização são frequentemente acompanhadas pela sensação de pertencimento a algo maior do que o próprio eu (Maslow, 1964, p. 21).

Esse sentido de transcendência também pode ser observado em diversas práticas humanas, como no cuidado com o outro, no engajamento social, na expressão artística e na contemplação silenciosa. São gestos que apontam para uma espiritualidade vivida, uma espiritualidade cotidiana que se manifesta além de templos ou rituais, estando presente na ética, na compaixão e no compromisso com o bem comum.

A espiritualidade, quando pensada em sua complexidade, ultrapassa a ideia de prática religiosa formal e se manifesta como uma dimensão constitutiva do ser humano, marcada pela interioridade, pela abertura ao transcendente e pela busca de sentido para a existência. De acordo com Souza (2013), trata-se de um modo de ser que articula a vida interior com as relações interpessoais e com o mistério que sustenta a experiência humana, permitindo compreender a pessoa em sua totalidade. Essa perspectiva evidencia que a espiritualidade não se reduz a ritos, mas envolve uma maneira singular de lidar com a realidade, com a finitude e com as situações de sofrimento.

Frankl (2005) amplia essa visão ao destacar que a vida só alcança plenitude quando o indivíduo se vincula a propósitos que ultrapassam sua própria individualidade. Nesse horizonte, a dimensão espiritual funciona como um eixo de resistência e reorganização interna, oferecendo à pessoa recursos simbólicos e existenciais para enfrentar o adoecimento, a dor ou a perda. Mais do que proporcionar alívio imediato, ela atua como mediadora de significados, favorecendo uma leitura mais ampla dos acontecimentos e possibilitando ressignificações que contribuem para o equilíbrio emocional e psicológico.

Pesquisas apontam que essa dimensão repercute também na saúde física, mental e social. Koenig (2009) observa que experiências de espiritualidade genuína se associam a maiores índices de bem-estar, menor incidência de depressão e maior adesão a práticas de autocuidado. Tais achados confirmam que a espiritualidade não ocupa um lugar periférico, mas desempenha papel central na promoção de uma saúde integral, capaz de integrar corpo, mente, emoção e valores. Nesse sentido, a espiritualidade pode ser compreendida como um recurso vital que auxilia o indivíduo a enfrentar adversidades e a manter uma postura mais resiliente diante das crises.

Monteiro *et al.* (2020) reforçam que as crenças e vivências espirituais influenciam diretamente a forma como as pessoas lidam com situações de estresse e sofrimento. Elas podem favorecer maior aceitação e firmeza em contextos de vulnerabilidade, estimular atitudes de solidariedade e despertar confiança na vida, promovendo paz interior e fortalecimento da autoestima. Dessa forma, a espiritualidade surge como um elemento que não apenas ampara

subjetivamente, mas que também favorece a construção de comunidades mais solidárias e cuidadoras.

A fé, enquanto força que impulsiona o ser humano a continuar mesmo diante da dor, revela-se especialmente presente nos momentos de crise ou escassez. Ao longo da pandemia da COVID-19, por exemplo, muitos encontraram na fé, por meio da espiritualidade, o alicerce necessário para enfrentar o isolamento, a perda e o medo. Essa fé (compreendida como confiança na vida e no futuro) tornou-se uma força integradora, permitindo reorganizar sentidos e restaurar vínculos. Nesses momentos, o sagrado se manifesta nas pequenas atitudes de cuidado, na esperança silenciosa, na solidariedade partilhada.

Na vivência dessa espiritualidade integral, a fé atua como eixo de sustentação e sentido. Ela promove escuta, acolhimento, ressignificação. É também uma forma de cuidado, pois fortalece o ser diante da dor, reordena prioridades e convida à contemplação da vida em sua totalidade. Nesse sentido, a espiritualidade está no centro do cuidado, abrindo espaço para práticas que consideram o ser humano em sua plenitude: corpo, mente, espírito e comunidade.

O cenário da pandemia da COVID-19 evidenciou, com profundidade, a importância dessas camadas existenciais. Para milhões de pessoas, as necessidades básicas (como abrigo, alimentação, segurança sanitária e cuidado com a saúde) foram abaladas, colocando-as em uma condição de extrema vulnerabilidade. Em hospitais, abrigos, comunidades e instituições, a luta pela vida reacendeu a urgência do cuidado integral. A fé, nesse contexto, tornou-se recurso fundamental: fortaleceu profissionais em sua missão, confortou famílias enlutadas e sustentou pacientes nos momentos de angústia e incerteza.

Quando os sistemas externos (como a estrutura de saúde, as redes sociais ou o apoio institucional) se mostram frágeis ou insuficientes, a fé e a espiritualidade emergem como formas potentes de resistência. Essa conexão com algo maior, seja Deus, a natureza, o cosmos ou um propósito existencial, pode funcionar como um mecanismo de enfrentamento em situações de crise. Na psicologia da religião, Pargament (1997) conceitua o coping religioso/espiritual como a utilização de crenças e práticas religiosas para lidar com estresse profundo e adversidade. Além disso, Pargament (1997) distingue estratégias de enfrentamento religioso positivo, que promovem conforto, sentido e controle, das formas negativas, que podem gerar angústia ou conflito espiritual. Estudos empíricos corroboram a importância dessas estratégias. Por exemplo, Koenig, McCullough e Larson (2001) observaram que a espiritualidade pode melhorar a qualidade de vida de pacientes terminais, favorecendo o enfrentamento da finitude e do sofrimento. Em populações com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), Cotton *et al.*

(2006) constataram que o uso da espiritualidade como recurso de coping gerava conforto, crescimento pessoal e fortalecimento emocional.

Mesmo quando os sistemas sociais funcionam adequadamente, a fé e a espiritualidade permanecem dimensões centrais da existência humana: como refúgio em momentos de crise e como expressões contínuas do anseio por sentido, pertencimento e transcendência. Durante o isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19, muitos relataram que a oração, a meditação, a música ou momentos de silêncio ajudaram a manter a conexão com o sagrado e com o próprio propósito de vida, funcionando como sustento emocional e espiritual (Koenig, 2020).

Essa experiência de conexão ressaltou a importância de reconhecer que o ser humano não pode ser reduzido a uma única dimensão. O cuidado com o corpo precisa caminhar junto à atenção com a alma, com o espírito, com aquilo que move, anima e sustenta a existência. A própria estrutura proposta por Maslow (1947) serve, assim, como uma metáfora viva da complexidade humana, em que o alimento, o amor, o reconhecimento e a fé se complementam como partes de um mesmo processo de humanização.

A fé, nesse percurso, é compreendida como disposição interior que permite sustentar a esperança, confiar no fluxo da vida e permanecer aberto ao desconhecido. Frankl (2005), ao refletir sobre o sentido, observa que “a vida é incondicionalmente significativa, mesmo diante do sofrimento” (Frankl, 2005, p. 112). A confiança profunda, muitas vezes sustentada por práticas espirituais por meio da fé, pode conduzir o sujeito à superação de traumas, ao perdão e à compaixão. A transcendência, então, não se configura como fuga do mundo, mas como forma de estar no mundo com maior profundidade.

Ao valorizar a transcendência como necessidade humana legítima, Maslow (1947) aproxima- se de uma psicologia do sagrado, que considera o ser humano em sua totalidade: corpo, mente, emoções, cultura e espírito. Essa concepção, longe de representar um retrocesso científico, constitui um avanço epistemológico ao reconhecer que os fenômenos humanos mais significativos não se deixam reduzir a variáveis isoladas ou processos mecânicos.

Nesse sentido, a crença pode ser vista como força integradora que atravessa as experiências e fortalece o vínculo com valores universais como justiça, compaixão, beleza e verdade. Ela favorece um modo de vida enraizado no cuidado e na interdependência, permitindo que o indivíduo experimente sua existência como parte de uma ordem maior, na qual há espaço para o silêncio, a contemplação e a entrega.

Na busca por uma compreensão mais profunda do ser humano, é essencial reconhecer a importância da interioridade e da vivência espiritual, sobretudo em momentos de incerteza e dor. Essa dimensão interior se manifesta como uma força silenciosa que sustenta o indivíduo em meio às adversidades, oferecendo sentido, consolo e direção.

Durante a pandemia da COVID-19, essa dimensão mostrou-se particularmente relevante. A atitude existencial, entendida como um impulso interior que alimenta a esperança e fortalece o espírito diante do sofrimento, tornou-se um pilar de sustentação para muitos indivíduos, famílias e comunidades. Em um cenário global de isolamento, perda e incerteza, a fé confortou e orientou decisões, deu sentido à espera e criou espaços de solidariedade e compaixão.

Filosoficamente, essa confiança no invisível e essa abertura ao transcendente já foram abordadas por pensadores como Søren Kierkegaard (1994), que refletiu sobre o "salto da fé" como um ato de coragem e responsabilidade existencial. A fé, para ele, não era um refúgio irracional, mas uma escolha livre e comprometida, que envolve angústia, incerteza e, ao mesmo tempo, liberdade interior (Kierkegaard, 1994).

Martin Buber (2001), por sua vez, ao diferenciar as relações "Eu-Tu" das relações "Eu-Isso", oferece uma contribuição valiosa para pensar a espiritualidade como experiência relacional. Quando o outro é reconhecido em sua dignidade e integralidade, como um "Tu" e não como um objeto a ser manipulado, abre-se um espaço de encontro autêntico, no qual o cuidado e a solidariedade se tornam possíveis.

Essa perspectiva de Buber (2001) ilumina a ética do cuidado, pois sugere que a atenção verdadeira ao sofrimento do outro não ocorre pela objetificação, mas pela presença, escuta e reciprocidade. Além disso, Buber (2001) propõe diferentes tipos de relações que configuram a experiência espiritual: a relação consigo mesmo, com o outro, com a natureza e com o Tu eterno, que ele identifica como Deus. Em todas essas relações, a espiritualidade se manifesta no encontro genuíno, na abertura ao outro e no reconhecimento do divino em tudo o que é.

Nessa chave interpretativa, Buber (2001) aponta também que a relação com o transcendente, o "Tu Eterno", pode ser vivida de modo autêntico, quando marcada pela abertura e pelo encontro, ou de forma reduzida, quando transformada em objeto, função ou mero mecanismo religioso. Essa dualidade pode ser transposta para a vida cotidiana, na maneira como nos relacionamos com a dor, com os processos de adoecimento ou com os vínculos familiares. A lógica do "Eu- Tu" possibilita uma postura de reconhecimento e acolhimento, enquanto a lógica do "Eu-Isso" conduz ao distanciamento e à indiferença.

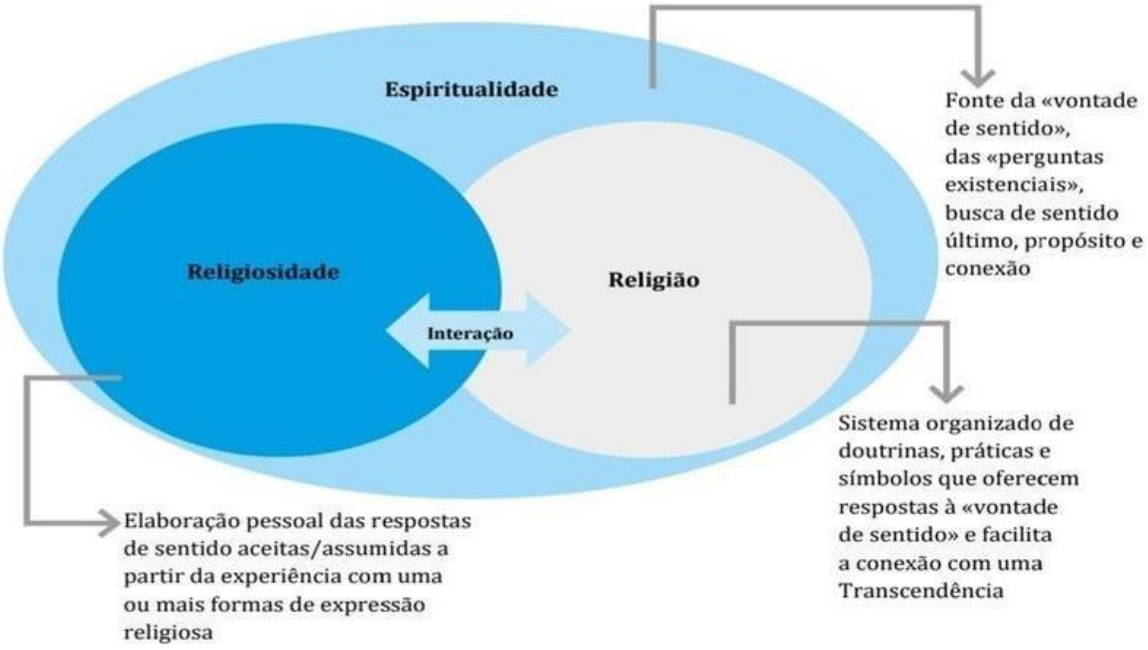
Durante a pandemia da COVID-19, essa visão mostrou-se particularmente significativa: em meio ao caos e à perda, muitos redescobriram formas de encontro autêntico, que fortaleceram laços, renovaram a esperança e abriram espaço para vivências espirituais profundas. A espiritualidade, assim compreendida, atua como elemento estruturante da existência. Ela sustenta a identidade, alimenta a esperança e renova o compromisso com a vida, mesmo quando tudo ao redor parece desabar. Em tempos de crise, como o vivido recentemente, torna-se evidente que a sobrevivência do ser humano depende de mais do que certezas científicas ou garantias materiais, incluindo vínculos invisíveis com aquilo que transcende a lógica imediata, seja esse vínculo nomeado como fé, amor, compaixão ou sentido.

O propósito de vida, nesse entendimento, se apresenta como uma experiência viva e integradora. Trata-se de um movimento interior de coerência entre o sentir, o pensar e o agir, capaz de orientar o ser humano em direção à sua verdade mais profunda. Para muitas pessoas, essa verdade inclui experiências espirituais e momentos de transcendência que não podem ser plenamente explicados, mas são profundamente significativos.

Estudos realizados por Koenig (2005) e Seligman (2011) indicam que pessoas com uma vivência espiritual estruturada tendem a apresentar maiores níveis de bem-estar, resiliência e capacidade de enfrentamento diante das dificuldades da vida. Esses dados evidenciam que a fé pode ser uma fonte significativa de sentido, esperança e força interior para muitas pessoas. A espiritualidade, nesse contexto, transcende a prática religiosa formal, sendo uma parte essencial da caminhada existencial de muitos indivíduos, que se veem na busca por algo maior que os sustente em momentos de desafio.

Em tempos de sofrimento, luto ou incerteza, como os vividos durante a pandemia da COVID-19, a fé pode se manifestar como um espaço interior de refúgio. Nesse espaço, o ser humano busca compreensão, consolo e direção. Trata-se de um anseio por ser acolhido em sua totalidade, com suas dúvidas, crenças e esperanças. Nesse cenário, o quadro proposto pela teóloga, psicóloga e pesquisadora Mary Rute Gomes Esperandio (2022), que relaciona espiritualidade, religiosidade e religião, oferece uma perspectiva esclarecedora sobre as formas como esses elementos se interconectam nas experiências humanas.

Figura 3 – Relações entre espiritualidade, religiosidade e religião: perspectivas e conexões.



Fonte: (Esperandio, 2022, p. 162)

De acordo com Esperandio (2022), a espiritualidade aparece como uma dimensão abrangente da experiência humana, relacionada à busca de sentido último, à formulação de perguntas existenciais e à construção de propósito e conexão. A religiosidade situa-se como espaço de interseção, sendo compreendida como a elaboração pessoal de respostas de sentido mediadas por uma ou mais formas de expressão religiosa. Já a religião é apresentada como um sistema estruturado de doutrinas, práticas e símbolos, que oferece respostas às inquietações existenciais e favorece a conexão com a transcendência. O diagrama, portanto, evidencia que espiritualidade, religiosidade e religião não são esferas excludentes, mas dimensões que se articulam de maneira dinâmica e complementar, embora, como já afirmado anteriormente, sejam realidades diferentes uma da outra.

A espiritualidade, em sua essência, transcende a rigidez de sistemas religiosos ou delimitações científicas. Essa é uma das principais contribuições de Esperandio (2022), que defende uma visão interdisciplinar e inclusiva do fenômeno espiritual. Em sua obra *Espiritualidade e Saúde, Fundamentos e Práticas em Perspectiva Luso-Brasileira*, a autora propõe compreender a espiritualidade como uma dimensão constitutiva do ser humano, que não pertence exclusivamente a nenhuma tradição religiosa ou área do conhecimento, mas que atravessa e conecta diferentes saberes, práticas e culturas. Para ela, espiritualidade é, sobretudo,

ponte, um caminho que possibilita o encontro, o diálogo e a transformação em contextos marcados por sofrimento, crise ou incerteza.

A espiritualidade, segundo Esperandio (2022), oferece um contrapeso a essa visão reducionista, ao promover um cuidado que integra o físico, o emocional, o social e o espiritual. Ela ressalta que a espiritualidade deve ser acolhida como parte legítima da experiência humana e, portanto, deve ser reconhecida como um elemento fundamental no processo de cura e reabilitação. Para tanto, é necessário que profissionais de saúde desenvolvam sensibilidade e formação adequada para lidar com essas questões, superando a tendência de relegá-las ao plano secundário ou meramente simbólico.

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona, de maneira aguda, a urgência dessa integração. O sofrimento provocado pelo isolamento, pelo luto e pela perda de controle sobre a própria existência levou muitas pessoas a buscar sentido além da lógica racional ou biomédica. Neste contexto, a espiritualidade se destacou como um eixo de sustentação interior, capaz de oferecer esperança, consolo e resiliência. Conforme destaca Esperandio (2022), não se tratava apenas de um retorno à religiosidade institucionalizada, mas de uma vivência espiritual plural, que se expressou por meio da oração, do silêncio, da arte, da meditação ou de atitudes compassivas e solidárias. Essa pluralidade, longe de fragmentar, indicou a riqueza de possibilidades de reconexão com o sagrado, seja ele nomeado como Deus, natureza, vida, comunidade ou propósito existencial.

Além disso, Esperandio (2022) aponta que a espiritualidade, quando adequadamente reconhecida no ambiente clínico, contribui tanto para o bem-estar do paciente como para a qualidade do cuidado oferecido pelos profissionais. Ao abordar o "cuidado espiritual" como uma dimensão concreta e necessária, ela reforça que sua implementação exige sensibilidade e também preparo técnico, institucional e ético. A espiritualidade, portanto, deve ser parte integrante do cuidado, respeitando a individualidade de cada um e sua forma particular de experienciar o transcendente. Assim, formar profissionais capazes de dialogar com essa dimensão é um desafio urgente nas políticas de saúde contemporâneas.

Mesmo entre pessoas sem vínculo institucional com religiões organizadas, observa-se uma expressiva presença da espiritualidade em suas vidas, manifestada por meio de crenças em Deus, na vida após a morte e em práticas como a oração. Essa constatação, destacada no editorial da *HU Revista* (Resende *et al*., 2018), demonstra que a espiritualidade transcende a filiação religiosa formal e se apresenta como dimensão significativa da experiência humana. Em consonância com esse panorama, a literatura científica tem evidenciado os efeitos positivos

da religiosidade e espiritualidade (R/E) na saúde física e mental, como já apontavam Koenig *et al*. (2012), contribuindo para a legitimação institucional dessa interface no campo da saúde.

Nesse sentido, Moreira-Almeida *et al*. (2016) argumentam que, considerando a relevância da R/E na vida da população, torna-se fundamental que essas dimensões sejam integradas à prática clínica de maneira ética, respeitosa e sustentada por evidências científicas. O cuidado integral, segundo os autores, deve reconhecer a dimensão espiritual como parte legítima da abordagem terapêutica, especialmente em situações de sofrimento, doenças crônicas e cuidados paliativos. Ressalta-se, ainda, que a espiritualidade não deve ser tratada de forma utilitarista ou simplificada, mas compreendida em sua complexidade, como uma fonte significativa de sentido existencial, resiliência e enfrentamento.

Outro aspecto destacado refere-se à lacuna existente na formação dos profissionais da saúde. A ausência de conteúdos sistemáticos sobre R/E nos currículos compromete a preparação técnica e ética necessária para lidar com essa dimensão do cuidado. Conforme enfatizam Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2010), é urgente que os cursos da área da saúde incluam, de forma estruturada, o estudo da espiritualidade, a fim de capacitar os profissionais para acolherem as crenças e práticas espirituais dos pacientes de maneira sensível, ética e cientificamente embasada.

Com base nesses pressupostos, diferentes iniciativas têm buscado contribuir para a formação e prática clínica em R/E, oferecendo subsídios teóricos e aplicados. Entre essas iniciativas, destacam-se propostas como a coleta da história espiritual durante o atendimento, protocolos específicos para a enfermagem, intervenções voltadas a públicos específicos, como crianças e adolescentes, além de experiências institucionais como o ProSER (Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade), é uma iniciativa desenvolvida no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), focado em assistência, ensino e pesquisa, abordando a influência da espiritualidade e religiosidade na saúde mental e no tratamento médico. Destacam-se também abordagens terapêuticas como a psicoterapia RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade), uma modalidade de psicoterapia breve desenvolvida no Brasil, com foco no ambiente hospitalar e em cuidados paliativos, sendo aplicável também como tratamento adjuvante na clínica convencional que incorpora a espiritualidade no processo de cuidado.

A ampliação do debate sobre espiritualidade no campo da saúde evidencia que se trata de uma dimensão constitutiva do cuidado integral. Segundo Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2010), a ausência de conteúdos sistemáticos sobre religiosidade e espiritualidade (R/E)

nos currículos da saúde compromete a formação ética e científica necessária para o manejo dessa dimensão.

Nesse horizonte, o conceito de "cuidado espiritual", apresentado por Esperandio (2022), destaca-se como parte essencial da atenção em saúde. A autora defende que essa forma de cuidado envolve reconhecer as necessidades existenciais e transcendentais dos pacientes, valorizando suas experiências subjetivas e simbólicas. Trata-se de um componente intrínseco à prática clínica, cuja implementação requer preparo técnico, respaldo institucional e compromisso ético para respeitar a diversidade cultural e espiritual de cada indivíduo. Essa compreensão dialoga com a reflexão de Frankl (2005), que associa a busca de sentido a uma das forças mais profundas do ser humano, capaz de sustentar o enfrentamento de crises e sofrimentos.

A partir dessa perspectiva, torna-se possível articular espiritualidade e ética do cuidado como dimensões complementares. Souza (2013) lembra que a espiritualidade promove integração entre interioridade e abertura ao transcendente, enquanto Buber (2001) ressalta que relações autênticas se constroem na lógica do "Eu-Tu", marcada pela reciprocidade e pelo reconhecimento da dignidade do outro. Tais referenciais ampliam a noção de cuidado, pois sugerem que a atenção clínica não se restringe ao tratamento técnico, mas deve envolver presença, empatia e solidariedade. Nesse sentido, a ética do cuidado, ao reconhecer a vulnerabilidade e a interdependência humanas, encontra na espiritualidade uma aliada para fundamentar práticas mais humanizadas, transformadoras e sensíveis à totalidade do ser.

A ética do cuidado e a espiritualidade, embora oriundas de diferentes campos do saber, se complementam profundamente na promoção do bem-estar humano, valorizando as relações interpessoais, a empatia e a responsabilidade mútua, destacando o acolhimento e a solidariedade como princípios centrais da vida em sociedade. Elas propõem o cuidado como uma prática moral, fundamentada no reconhecimento da vulnerabilidade humana e da interdependência.

De acordo com Kardec, a ética do cuidado dentro dos princípios espíritas, conforme apresentados em sua obra *O Livro dos Médiuns* (2005), pode ser observada como uma doutrina, enfatizando a responsabilidade moral dos médiuns e a necessidade de empatia, respeito e auxílio ao próximo. O espiritismo prega a fraternidade e a solidariedade como pilares fundamentais, o que se alinha diretamente com os princípios da ética do cuidado, que valoriza as relações interpessoais, a compaixão e a assistência mútua. O autor adverte que o desenvolvimento mediúnico deve estar sempre acompanhado de "pureza de intenções, desinteresse material e desejo sincero de fazer o bem" (Kardec, 2005, p. 328). Esse princípio reflete a ideia central da

ética do cuidado, pois reforça a importância da responsabilidade moral e do compromisso com o bem-estar dos outros.

Considerando a ética de um profissional da área da saúde, o sigilo na escuta e no prontuário se torna essencial para o atendimento humanizado sem julgo de valia – ato de avaliar, julgar ou atribuir valor moral às atitudes, aos sentimentos, às crenças ou aos comportamentos de alguém, com base em critérios pessoais, culturais ou sociais. O amparo profissional também ocorre na espiritualidade, na qual apenas são acolhidos sentimentos, preocupações, medos e inseguranças, não sendo divulgado aos demais sobre os anseios do paciente, ficando apenas entre ele e enfermeiro. Por sua vez, a espiritualidade, com sua busca por sentido, conexão e transcendência, reforça essa ética ao promover compaixão, respeito à dignidade e o compromisso com o bem comum. Ambas incentivam a criação de espaços de acolhimento e suporte, pautados por amor, empatia e respeito, essenciais tanto para o desenvolvimento pessoal quanto para a harmonia social.

Na visão de Berger (1985), a espiritualidade pode ser compreendida dentro de sua abordagem sociológica da religião. Ele considera que a espiritualidade, diferentemente da religião institucionalizada, pode representar uma busca individual por significado e transcendência em um mundo onde as estruturas religiosas tradicionais perdem influência, com o argumento de que, em sociedades modernas, os indivíduos tendem a criar suas próprias experiências espirituais, muitas vezes fora das instituições religiosas convencionais.

Segundo Berger (1985), "A religião, e por extensão a espiritualidade, é um empreendimento humano que busca conferir ordem e significado à experiência da vida, servindo como um escudo contra a anomia e o caos" (Berger, 1985, p. 107), ou seja, mesmo quando as pessoas se afastam das religiões formais, a necessidade de sentido e pertencimento permanece, manifestando-se em formas de espiritualidade mais personalizadas e subjetivas. Em contraponto à religião institucionalizada, a espiritualidade no ambiente hospitalar se manifesta em gestos simples: o olhar compassivo, palavras de conforto, e a ressignificação do próprio trabalho como um propósito de vida.

Berger (1985) sugere que a espiritualidade moderna é construída individualmente, embora se realize na interação com o social. Para muitos enfermeiros, foi essa busca por sentido que permitiu continuar cuidando, apesar das perdas diárias. Além disso, garantir o espaço seguro ao paciente, não só físico, mas mental e espiritual, é importante no auxílio do processo de cura.

CAPÍTULO II: CONFLITOS ESPIRITUAIS: COMPREENSÕES, MANIFESTAÇÕES E PROCESSOS DE ENFRENTAMENTO

À luz das reflexões desenvolvidas no capítulo anterior, no qual foram examinadas as interfaces entre espiritualidade, religião, fé, ética e cuidado, torna-se possível avançar para uma compreensão mais aplicada dessas categorias no contexto da saúde. As discussões apresentadas evidenciaram que a espiritualidade e a fé constituem dimensões estruturantes da experiência humana, profundamente implicadas na atribuição de sentido, no enfrentamento do sofrimento e na construção de práticas de cuidado mais humanizadas. Partindo desse arcabouço teórico, o presente capítulo propõe aprofundar a análise das manifestações concretas da espiritualidade e de seus desdobramentos no cotidiano do cuidado em saúde, especialmente em contextos marcados pela vulnerabilidade, pela crise e pela experiência do adoecimento.

Inicialmente, foi possível delimitar a espiritualidade como uma dimensão imaterial e constitutiva do ser humano, vinculada à busca por sentido, propósito e transcendência, sem que isso implique, necessariamente, adesão a sistemas religiosos institucionalizados. A distinção entre espiritualidade e religião mostrou-se fundamental para ampliar o campo analítico do cuidado, permitindo reconhecer expressões espirituais plurais, existenciais e éticas que atravessam tanto a vida cotidiana quanto os contextos clínicos. Nesse horizonte, a saúde foi compreendida de forma ampliada, ultrapassando a concepção biomédica restrita à ausência de doença e incorporando dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais do bem-estar, segundo a concepção biopsicossocioespiritual.

A fé, por sua vez, foi analisada como uma atitude existencial complexa, capaz de assumir múltiplas configurações: ora como fundamento último de sentido, ora como força interior de resistência, ora como prática comunitária e ética. O diálogo estabelecido entre autores como Viktor Frankl, Paul Tillich, Simone Weil e Zygmunt Bauman permitiu evidenciar tanto o potencial estruturante da fé diante das situações-limite quanto sua fragilidade e fluidez no contexto contemporâneo, marcado pela instabilidade das certezas. Essa tensão revelou-se particularmente fecunda para pensar o cuidado em saúde, na medida em que exige dos profissionais sensibilidade para acolher tanto convicções profundas quanto dúvidas, ambivalências e rupturas espirituais.

A análise da hierarquia das necessidades permitiu ainda compreender o cuidado como prática que exige atenção simultânea às dimensões fisiológicas, emocionais, sociais, simbólicas e espirituais do sujeito. Nesse sentido, cuidar, além de um procedimento técnico, se configura

como uma atitude ética e relacional, marcada pela empatia, pela escuta e pelo reconhecimento da alteridade. A espiritualidade emerge, assim, como um eixo transversal que qualifica o cuidado e contribui para práticas mais humanizadas e integradoras.

Ao final deste capítulo, tornou-se possível afirmar que espiritualidade e fé constituem recursos significativos na promoção da saúde integral, não apenas por seus efeitos sobre o bem-estar emocional, mas por sua capacidade de sustentar a esperança, a resiliência e a reconstrução do sentido diante da dor. Ao mesmo tempo, reconheceu-se que tais dimensões podem, em determinadas circunstâncias, gerar conflitos, tensões e ambiguidades, exigindo uma abordagem ética, crítica e sensível por parte dos profissionais de saúde.

Dessa forma, o percurso teórico desenvolvido neste primeiro capítulo estabelece as bases conceituais necessárias para a compreensão dos conflitos espirituais que emergem em contextos de crise, como a pandemia da COVID-19. A partir dessas reflexões, abre-se caminho para os próximos capítulos, nos quais essas categorias – espiritualidade, fé, cuidado e ética – serão aprofundadas à luz das experiências concretas dos profissionais de enfermagem, permitindo uma análise mais densa e aplicada da espiritualidade no cotidiano do cuidado em saúde.

Dando continuidade às reflexões teóricas desenvolvidas no capítulo anterior, este segundo capítulo propõe-se a aprofundar a compreensão dos conflitos espirituais, concebendo-os como experiências complexas de ruptura, tensão ou desorganização na relação do indivíduo com o sentido da vida, com seus valores importantes e com aquilo que reconhece como ou perpassa o sagrado. Tais conflitos tendem a surgir de modo mais intenso em contextos marcados pela dor, pela perda, pela incerteza e pela confrontação com os limites da existência, nos quais as estruturas simbólicas que anteriormente sustentavam o equilíbrio subjetivo mostram-se fragilizadas ou insuficientes.

Parte-se do entendimento de que os conflitos espirituais não se restringem a questionamentos de ordem religiosa ou a dúvidas doutrinárias, mas envolvem processos mais profundos de avaliação existencial, nos quais o sujeito é convocado a revisitar o significado de sua própria trajetória, suas crenças, seus projetos e sua relação com o sofrimento. Nessa perspectiva, tais conflitos podem ser compreendidos como manifestações específicas de estresse e tensão existencial, na medida em que o indivíduo percebe que os recursos simbólicos, emocionais e espirituais de que dispõe não são suficientes para lidar com determinadas situações adversas, ameaçando seu bem-estar integral.

Reconhece-se, ainda, que a vivência dos conflitos espirituais está intrinsecamente relacionada à forma como cada sujeito constrói sua relação com o sagrado e com o sentido da existência. Enquanto a religião se organiza a partir de sistemas institucionais de crenças, rituais e normas compartilhadas, a espiritualidade refere-se a uma experiência singular, subjetiva e dinâmica de busca por significado, propósito e conexão.

Embora distintos, espiritualidade e religião frequentemente se entrelaçam na experiência humana, especialmente em momentos de vulnerabilidade. Diante do sofrimento, o indivíduo tende a mobilizar tanto práticas religiosas institucionalizadas quanto recursos espirituais pessoais na tentativa de reorganizar sua experiência interna e resgatar algum sentido para a dor vivida.

Assim, este capítulo organiza-se em três movimentos analíticos complementares. No primeiro momento, busca-se delimitar conceitualmente o que se entende por conflitos espirituais, situando-os no campo das experiências humanas de crise de sentido, angústia existencial e ruptura simbólica. Essa seção tem como objetivo oferecer uma base conceitual sólida que permita diferenciar os conflitos espirituais de outras formas de sofrimento psicológico, sem, contudo, dissociá-los das dimensões emocionais e relacionais da experiência humana.

Na sequência, serão apresentados e sistematizados os principais tipos de conflitos espirituais identificados na literatura, considerando suas diferentes manifestações, suas causas e seus impactos sobre o sentido da existência, a fé, a identidade e o propósito de vida. Essa tipologia permitirá compreender como tais conflitos se expressam de maneira diversa, a depender da história de vida, do contexto sociocultural e das experiências-limite enfrentadas pelos indivíduos, tais como a doença, o luto, a perda e a proximidade da morte.

Por fim, o terceiro momento do capítulo dedica-se à análise das estratégias de enfrentamento dos conflitos espirituais, com ênfase no coping religioso-espiritual. Serão discutidas as formas pelas quais os indivíduos mobilizam recursos espirituais, religiosos e simbólicos para lidar com o sofrimento, reconstruir o sentido da vida e restaurar o equilíbrio interior. Essa discussão permitirá compreender a espiritualidade não apenas como campo de tensão e conflito, mas também como potencial fonte de resiliência, reorganização subjetiva e fortalecimento existencial, especialmente em contextos de crise prolongada.

Dessa forma, o presente capítulo busca oferecer uma compreensão integrada dos conflitos espirituais e de suas estratégias de enfrentamento, articulando teoria e experiência humana, e preparando o terreno analítico para, nos capítulos subsequentes, examinar como tais

conflitos se manifestam concretamente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, particularmente no contexto da pandemia da COVID-19.

2.1 Conflitos espirituais: entre a religiosidade, a espiritualidade e a crise de sentido

É importante iniciar a construção deste estudo viabilizando a compreensão de que os conflitos espirituais podem ser entendidos como experiências de tensão profunda na relação do ser humano com o sentido da vida e com aquilo que ele reconhece como sagrado, transcendental ou dotado de significado último. Essas experiências emergem com maior intensidade em contextos marcados pela dor, pela perda, pela incerteza e por situações que desestabilizam referenciais de significado previamente consolidados. Pargament e Exline (2021) afirmam que "as lutas espirituais estão entre os conflitos mais profundos que o ser humano pode vivenciar, podendo abalar o indivíduo no cerne do seu ser", definindo-as de maneira mais formal como "experiências de tensão, conflito ou sofrimento que se concentram naquilo que as pessoas reconhecem como sagrado" (Pargament; Exline, 2021, p. 6, tradução nossa), o que evidencia que tais conflitos não dizem respeito apenas a desacordos religiosos superficiais, mas se referem a abalos estruturantes na forma de compreender a existência.

Para compreender adequadamente esses conflitos é necessário distinguir, ainda que de maneira inter-relacionada, os conceitos de religiosidade e espiritualidade. Segundo Esperandio e Souza (2023), religiosidade aponta para a absorção pessoal de uma tradição religiosa, enquanto para Hill e Pargament (2003), a espiritualidade refere-se à busca pessoal por sentido, propósito e conexão com o transcendente. Nesse sentido, "embora diferentes, religião e espiritualidade são construtos interligados que frequentemente se sobrepõem na experiência humana" (Hill; Pargament, 2003, p. 88). Em contexto brasileiro contemporâneo, Esperandio e Souza (2023) reforçam que a espiritualidade "diz respeito à dimensão do sentido e propósito da existência […] podendo se expressar de maneira religiosa, mas também para além dos domínios institucionais" (Esperandio; Souza, 2023, p. 5). Portanto, compreender conflitos espirituais implica reconhecer que eles atravessam tanto a esfera institucional quanto a vivência subjetiva do sagrado.

Em momentos de sofrimento intenso, muitas pessoas recorrem à fé, às crenças e às práticas espirituais como tentativa de reorganização interna e reconstrução do sentido da vida. Essa mobilização pode ser compreendida à luz do coping religioso-espiritual, entendido como "o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e reduzir

o impacto de situações estressoras" (Koenig *et al*., 1998, p. 221). Contudo, quando as respostas espirituais disponíveis não conseguem sustentar a experiência vivida ou entram em choque com a realidade existencial, podem emergir conflitos espirituais marcados por ambivalência, dúvida, culpa, sensação de abandono espiritual e questionamento do valor da própria existência.

A literatura internacional tem contribuído significativamente para a sistematização conceitual desses conflitos. Pargament e Exline (2021) delineiam diferentes modalidades de lutas espirituais, demonstrando que tais experiências se manifestam em múltiplas dimensões. Entre elas, destacam-se: as lutas divinas, marcadas por sentimentos de abandono, decepção ou punição divina; as lutas demoníacas, compreendidas como percepções de ataque do mal ou forças espirituais negativas; as lutas interpessoais, relacionadas a conflitos com pessoas ou instituições religiosas; as lutas morais, vinculadas à culpa e dificuldade de corresponder a padrões éticos e espirituais; as lutas de dúvida, que envolvem questionamentos profundos sobre crenças anteriormente estáveis; e as lutas de sentido último, caracterizadas por incertezas quanto ao propósito e significado da vida. Segundo os autores, "os seis tipos de luta espiritual abrangem dimensões que envolvem o sobrenatural, o intrapsíquico e o interpessoal" (Pargament; Exline, 2021, p. 10, tradução nossa), revelando a complexidade e a amplitude dessas experiências.

Os conflitos de sentido ocupam posição central na compreensão dessas vivências. Quando o indivíduo não consegue sustentar narrativas que deem coerência à sua existência, instala-se o que Frankl (1991) descreve como vazio existencial, caracterizado pela perda de direção e pela sensação de falta de propósito. Nesse horizonte, é possível compreender que "as lutas relacionadas ao sentido último envolvem questionamentos sobre se a vida possui um significado mais profundo e se, de fato, a existência tem valor" (Pargament *et al. apud* Pargament; Exline, 2021, p. 10, tradução nossa). Assim, a crise espiritual não se restringe ao campo das crenças, mas atinge a própria estrutura do sentido, impactando a forma como a pessoa se percebe, interpreta seu sofrimento e projeta o futuro.

No contexto da saúde e do cuidado, a literatura brasileira recente também tem evidenciado que a dimensão espiritual não pode ser reduzida a recurso de enfrentamento positivo, sendo igualmente atravessada por conflitos, ambivalências e experiências negativas. Esperandio e Souza (2023) ressaltam que "há que se lembrar que, embora os estudos enfatizem a espiritualidade como fonte de enfrentamento, é preciso considerar os aspectos tóxicos e negativos que podem se fazer presentes em certas manifestações religiosas, tais como os conflitos espirituais", os quais podem atuar como fatores associados a piores desfechos em

saúde (Esperandio; Souza, 2023, p. 5). Tais evidências reforçam a necessidade de compreensão crítica e humanizada da espiritualidade, especialmente em cenários de sofrimento e vulnerabilidade.

Além disso, estudos nacionais demonstram que a escuta e o manejo adequado dessas experiências ainda representam desafio significativo nos espaços de cuidado. Muitas vezes, a dimensão espiritual é invisibilizada, confundida exclusivamente com religiosidade institucional ou tratada como esfera privada, o que dificulta o reconhecimento do sofrimento espiritual. Como alerta o editorial de *Interações* (2023), "na maior parte das vezes, não há avaliação do sofrimento espiritual por parte da equipe, sendo a dimensão espiritual confundida com religiosidade e, portanto, considerada de natureza privada" (Marinho *apud* Esperandio; Souza, 2023, p. 2).

A partir desse panorama, permite-se compreender que os conflitos espirituais emergem como campo de tensão entre religiosidade, espiritualidade e busca de sentido, atravessando dimensões pessoais, culturais e institucionais. Eles expressam a complexidade da experiência humana diante do sofrimento, revelando que a relação com o sagrado não é estática, mas dinâmica, marcada por rupturas, questionamentos, reelaborações e reconstruções de significado. Por isso, reconhecer a legitimidade dessas tensões, descrevê-las de forma conceitualmente rigorosa e analisá-las à luz das Humanidades e das Ciências da Religião constitui passo fundamental para compreender a profundidade dessas experiências e suas implicações na vida humana e nos contextos de cuidado.

A literatura também evidencia que esses conflitos assumem formas recorrentes, especialmente quando se analisam as experiências humanas à luz da religiosidade, da espiritualidade e da crise de sentido. Entre elas, destaca-se o conflito de culpa, caracterizado pela interpretação de que o sofrimento seria consequência de falhas pessoais, pecados passados ou punição divina. Conforme observa Koenig (2012) "muitos indivíduos interpretam o sofrimento como consequência direta de falhas morais ou espirituais, o que intensifica o sentimento de culpa e afasta a possibilidade de acolhimento interior" (Koenig, 2012, p. 143). Assim, a culpa não atua apenas no plano moral, mas atravessa profundamente a dimensão espiritual, comprometendo a relação do indivíduo com o sentido da vida e com aquilo que considera sagrado.

Outro tipo frequente é o conflito de abandono espiritual, no qual o sujeito passa a perceber-se desconectado de qualquer forma de transcendência, questionando a presença, a justiça ou mesmo a existência do sagrado. Esse sentimento produz inquietação interior, solidão

existencial e fragilização do vínculo espiritual. Nesse sentido, “a percepção de desconexão do sagrado gera uma sensação profunda de solidão existencial, que compromete a capacidade do indivíduo de encontrar equilíbrio e sentido” (Stokols, 1996, p. 215), evidenciando a forma como o abandono espiritual toca diretamente o núcleo das experiências de fé e significado.

Também se destaca o conflito de propósito, que se manifesta quando a pessoa já não reconhece sentido em suas ações, projetos e relações, vivenciando uma ruptura na continuidade simbólica de sua própria história. Trata-se de uma experiência que desorganiza perspectivas, fragiliza esperanças e compromete a motivação para seguir. Como afirma Maslow (1971), “quando o ser humano perde a percepção de propósito, instala-se um estado de apatia existencial que afeta profundamente sua motivação para continuar” (Maslow, 1971, p. 93).

Outro aspecto importante diz respeito aos conflitos de fé, marcados pelo questionamento das crenças anteriormente assumidas como verdades consolidadas. Trata-se de um processo profundo de revisão de valores, símbolos e significados que estruturam a visão de mundo do indivíduo. Como destacam Hill e Pargament (2003) “as crises espirituais frequentemente envolvem a desconstrução de crenças que antes ofereciam segurança e estabilidade, dando lugar a incertezas e questionamentos profundos” (Hill; Pargament, 2003, p. 102).

Em situações-limite, como luto, doença grave, perdas irreparáveis e experiências de ruptura, os conflitos espirituais tendem a se intensificar. Nessas circunstâncias, o ser humano é confrontado com sua própria vulnerabilidade e finitude, sendo convocado a reorganizar suas compreensões sobre a vida, o sofrimento e o sagrado. O psiquiatra e filósofo alemão, Karl Theodor Jaspers (1973) afirma que “as situações-limite são aquelas que interrompem a continuidade da vida cotidiana e obrigam o ser humano a se confrontar com sua própria vulnerabilidade e finitude” (Jaspers, 1973, p. 52), o que favorece o surgimento de dilemas espirituais marcados por angústia, desamparo e busca urgente de respostas transcendentais.

Além disso, diante da perda de um familiar ou do diagnóstico de uma enfermidade limitante, o indivíduo pode experimentar sensação de abandono espiritual, interpretando o sofrimento como punição ou sinal de rompimento com o sagrado. Esse fenômeno pode ser compreendido à luz da afirmação de Koenig (2012) de que “o sofrimento humano não se restringe ao corpo, mas atinge também a dimensão do significado, afetando as crenças, os valores e a esperança” (Koenig, 2012, p. 101).

Em contextos de crise prolongada, como dor crônica ou luto complicado, é comum o surgimento de questionamentos do tipo: “por que comigo?”, “onde está Deus?” ou “qual é o sentido de continuar?”. Tais indagações revelam, além da dor emocional, uma fragmentação do

sentido existencial e espiritual. Frankl (1991) destaca que “quando o sentido da vida é ameaçado, o ser humano vivencia um vazio existencial que pode se transformar em sofrimento profundo” (Frankl, 1991, p. 87), apontando que a crise espiritual envolve diretamente a dimensão do significado último da existência.

Ainda nesse horizonte, a experiência de doença avançada e terminalidade constitui um dos momentos mais críticos para a emergência de conflitos espirituais, pois confronta o indivíduo com a irreversibilidade da condição e com a proximidade da morte. A consciência desse limite intensifica reflexões sobre culpa, perdão, transcendência e legado. Conforme o escritor e psiquiatra, Irvin D. Yalom (2008), “a consciência da morte provoca uma intensificação das preocupações espirituais, uma vez que o sujeito passa a rever seus valores, crenças e toda a sua trajetória de vida” (Yalom, 2008, p. 214).

2.2 Tipos de conflitos espirituais e suas manifestações

A compreensão dos conflitos espirituais exige reconhecer que eles não se reduzem às experiências religiosas em si, mas envolvem dimensões existenciais profundas que atravessam o sofrimento humano, e podem assumir caráter ético, emocional, moral e existencial, impactando diretamente a forma como o indivíduo atribui sentido à própria vida. Conforme já apontado na literatura, a espiritualidade está diretamente ligada ao “sentido e propósito da existência” (Esperandio; Souza, 2023, p. 5), remetendo à conexão consigo, com o outro, com a natureza e/ou com o transcendente.

Entre os principais tipos de conflito espiritual, destacam-se aqueles relacionados à culpa religiosa. Em determinados contextos, a vivência religiosa pode assumir caráter punitivo, produzindo sentimentos intensos de inadequação e medo. Isso ocorre principalmente em contextos em que práticas religiosas reforçam exigências rígidas e expectativas normativas, podendo gerar sofrimento significativo. Como explicitam Esperandio e Souza, é necessário considerar “os aspectos tóxicos e negativos que podem se fazer presentes em certas manifestações religiosas” (Esperandio e Souza, 2023, p. 5), capazes de desencadear angústia e agravamento do sofrimento humano.

De forma complementar, é importante destacar que a culpa religiosa transcende apenas a dimensão moral, alcançando níveis profundos da experiência subjetiva e espiritual do indivíduo. Em contextos de espiritualidade marcada por rigidez doutrinária, interpretações punitivas do sagrado ou exigências de “pureza espiritual”, o sujeito passa a internalizar padrões

elevados e, muitas vezes, inatingíveis, resultando em sentimentos persistentes de inadequação e falha. Koenig (2001a) aponta que, quando a religiosidade é vivida sob uma perspectiva marcada pelo medo e pela punição, ela pode deixar de exercer função protetiva e tornar-se fonte de sofrimento psicológico, intensificando quadros de ansiedade, tristeza e angústia espiritual. De modo semelhante, Hill e Pargament (2003) afirmam que a espiritualidade, embora potencialmente promotora de bem-estar e sentido, também pode assumir caráter negativo quando associada a interpretações rígidas, julgamentos severos ou expectativas religiosas excessivamente normativas, favorecendo o surgimento de conflitos internos e sentimento de culpa persistente.

Além disso, estudos que abordam o enfrentamento religioso indicam que estratégias espirituais desadaptativas (como leitura do sofrimento como castigo divino, crença em indignidade espiritual ou percepção de abandono por parte do sagrado) tendem a ampliar o desgaste emocional e agravar a crise existencial (Koenig; Pargament; Nielsen, 1998; Koenig; Larson; Larson, 2001). Nessa mesma direção, George *et al*. (2000) ressaltam que a espiritualidade influencia diretamente a saúde mental e emocional, podendo tanto promover resiliência e reconstrução de sentido quanto intensificar sentimento de culpa e fracasso moral, quando vivida de forma conflitiva.

Sob uma perspectiva de enfrentamento, Lazarus e Folkman (1984) destacam que as formas pelas quais os indivíduos avaliam e interpretam suas experiências desempenham papel fundamental nos modos de lidar com situações estressoras. Assim, quando o sofrimento é avaliado a partir de uma lógica espiritual punitiva, há maior probabilidade de que a culpa religiosa atue como fator desestabilizador, comprometendo o equilíbrio emocional e espiritual. Desse modo, compreender a culpa religiosa como um tipo específico de conflito espiritual implica reconhecer sua complexidade e os impactos que pode produzir sobre a identidade, o sentido de valor pessoal e a relação com o transcendente.

Outro tipo importante de conflito espiritual refere-se ao sentimento de abandono ou distanciamento do transcendente. Em crises, dor ou adoecimento, muitos indivíduos relatam a sensação de que “Deus se afastou” ou deixou de responder às suas necessidades. Nesse sentido, a literatura destaca que, quando a dimensão espiritual não é acolhida, o sofrimento tende a se intensificar, evidenciando que “a dor é mais difícil de ser controlada quando não há cuidado em todas as dimensões, incluindo a espiritual” (Saunders, 2000, p. 7).

Koenig (2001a) destaca que, nessas circunstâncias, a espiritualidade pode desempenhar papel crucial na forma como a experiência é vivida: quando o sujeito percebe o sagrado como

ausente ou indiferente, intensificam-se sentimentos de solidão, vazio e desesperança. Do mesmo modo, Pargament (1997) observa que o enfrentamento religioso negativo, caracterizado por percepções de abandono divino, conflito com Deus ou sensação de rejeição espiritual, está associado a maior sofrimento emocional, pior adaptação e maior vulnerabilidade psíquica. Assim, em vez de constituir fonte de conforto, a espiritualidade passa a ser vivenciada como lugar de tensão, dúvida e angústia, ampliando o impacto emocional da crise. Além disso, George *et al*. (2000) ressaltam que a espiritualidade exerce influência direta sobre a saúde emocional, podendo favorecer a resiliência quando oferece sentido e acolhimento, mas também intensificando a dor quando se associa à percepção de ruptura na relação com o transcendente.

A crise de fé também constitui manifestação marcante de conflito espiritual. Ela ocorre quando o indivíduo passa a questionar suas crenças, instituições religiosas, práticas ou mesmo a existência do sagrado. Em momentos de fragilidade, doença ou perda, esses questionamentos podem emergir com maior intensidade, gerando angústia e ruptura interna. Esperandio e Souza (2023) destacam que ainda há "escassez de estudos empíricos que discutam os conflitos espirituais em grupos específicos" (Esperandio; Souza, 2023, p. 4), como mulheres, negros, adeptos de tradições indígenas e neurodivergentes, o que reforça a necessidade de maior atenção acadêmica e clínica a essas vivências complexas.

Nessa perspectiva, a crise de fé não se restringe a um simples momento de dúvida religiosa, mas representa um processo de reorganização interna profundamente ligado à busca de sentido, identidade espiritual e reconstrução existencial. Hill e Pargament (2003) afirmam que a espiritualidade envolve sistemas de significado que orientam a compreensão da vida; quando tais sistemas entram em colapso, instala-se um estado de desorientação que exige reelaboração simbólica e emocional. Em muitos casos, como aponta Frankl (1991), a crise emerge justamente quando a experiência humana confronta limites extremos, revelando que a perda de sentido pode desencadear sofrimento tão intenso quanto a dor física.

Do ponto de vista do enfrentamento, Lazarus e Folkman (1984) compreendem que situações de estresse intenso exigem processos de coping capazes de reinterpretar a realidade e construir novas formas de compreensão; quando isso não ocorre, prevalecem sentimentos de ruptura, incerteza e vulnerabilidade. Assim, a crise de fé pode ser entendida como fenômeno ambivalente: ao mesmo tempo em que provoca dor, insegurança e desorganização interna, também pode abrir espaço para reconstruções mais autênticas da espiritualidade, novos modos de relação com o transcendente e redefinição do próprio sentido de viver, conforme destacam

George *et al*. (2000) ao demonstrarem que religião e espiritualidade exercem papel dinâmico na saúde e no bem-estar humano.

Outro conflito recorrente diz respeito à perda de sentido e propósito. Em determinadas experiências-limite, como doenças graves, luto ou crises sociais, o indivíduo pode sentir-se vazio e desorientado diante da vida. A ausência de significado fragiliza o enfrentamento do sofrimento e pode aprofundar estados de desânimo e desesperança. A literatura reforça que a espiritualidade não é apenas coping, mas uma dimensão vinculada ao significado profundo da existência, sendo "mais do que recurso de enfrentamento; está ligada ao sentido e finalidade da vida" (Esperandio; Souza, 2023, p. 5).

Frankl (1991) já afirmava que o ser humano adoece quando perde sua orientação de significado, pois "a ausência de propósito fragiliza a capacidade de enfrentar a dor" (Frankl, 1991, p. 144) e pode conduzir ao vazio existencial. Da mesma forma, estudos contemporâneos reforçam que espiritualidade e crenças pessoais estão intrinsecamente associadas à qualidade de vida, uma vez que constituem dimensões estruturantes da experiência humana (George *et al.*, 2000). Pesquisas desenvolvidas no campo da saúde indicam que espiritualidade está relacionada à percepção de bem-estar, esperança e reorganização simbólica do sofrimento, demonstrando que indivíduos que encontram significado e propósito tendem a apresentar melhores níveis de enfrentamento e ajustamento psicossocial (Rocha; Borges; Fleck, 2002; WHOQOL Group, 1994).

Além disso, conflitos ético-morais também se manifestam quando valores pessoais entram em tensão com preceitos religiosos, tradições culturais ou expectativas sociais. Em muitos casos, normas religiosas rígidas podem gerar medo, culpa e coerção, resultando em sofrimento espiritual prolongado. Como alertam Esperandio e Souza (2023), determinadas formas de religiosidade podem produzir efeitos negativos em saúde, inclusive contribuindo para "piores resultados em saúde, incluindo risco aumentado de sofrimento psicológico" (Esperandio; Souza, 2023, p. 5).

Nesse sentido, os conflitos ético-morais emergem especialmente quando o indivíduo se vê dividido entre aquilo que acredita ser humanamente legítimo e as normas religiosas que orientam seu grupo de pertencimento. Quando a religião assume caráter normativo inflexível, pode ocorrer aquilo que Pargament (1997) denomina formas negativas de coping religioso, isto é, estratégias espirituais que, ao invés de favorecerem crescimento e resiliência, intensificam culpa, autoacusação e sofrimento emocional. Esse tipo de tensão interna pode comprometer a saúde mental e espiritual, uma vez que conflitos morais persistentes tendem a gerar elevado

estresse, desgaste psíquico e sensação de inadequação perante si e a comunidade (Siegel; Anderman; Schrimshaw, 2001; Tarakeshwar; Pargament, 2001). Tais experiências demonstram que a religiosidade, quando mediada por interpretações punitivas ou coercitivas, pode transformar-se em fonte de adoecimento, em vez de amparo e fortalecimento.

É relevante destacar que esses conflitos não atingem apenas indivíduos religiosos. Pessoas não religiosas também podem vivenciar crises espirituais, sobretudo quando confrontadas com finitude, vulnerabilidade e limites da existência. A literatura reforça que conflitos espirituais podem afetar diferentes populações e contextos, incluindo grupos socialmente vulneráveis, como mostram estudos recentes que apontam vivências espirituais conflituosas em minorias sexuais e em cuidadores de pessoas com deficiência (Rosa; Esperandio, 2022; Xavier; Esperandio, 2023). Esses conflitos podem afetar também pessoas não religiosas com a perda da esperança e da fé.

2.3 Estratégias de enfrentamento e ressignificação dos conflitos espirituais

A reconstrução de significado diante de crises espirituais constitui um dos processos mais complexos e profundos da experiência humana. Quando o sofrimento atinge dimensões existenciais, como a perda, a doença ou o colapso das crenças que sustentavam a visão de mundo do sujeito, torna-se necessário reformular os referenciais simbólicos que conferem coerência à própria existência. Frankl (1991) afirma que “o ser humano não é destruído pelo sofrimento, mas pela perda de sentido em relação a ele” (Frankl, 1991, p. 59), ressaltando que a capacidade de atribuir um novo significado à dor é o que permite a continuidade da vida psíquica e espiritual. Assim, a espiritualidade emerge não apenas como uma forma de crença, mas como um eixo estruturante da identidade e da compreensão do mundo.

Em momentos de ruptura existencial, o indivíduo é confrontado com a necessidade de reconstruir o vínculo com o transcendente, processo que envolve tanto a reelaboração de suas convicções quanto a redefinição do próprio modo de se relacionar com o sagrado. Hill e Pargament (2003) destacam que “a espiritualidade representa um sistema de significados que conecta o indivíduo ao que é considerado sagrado” (Hill; Pargament, 2003, p. 88) e, quando esse sistema é abalado, a tarefa espiritual passa a ser a reconstrução dessa conexão. Essa reconfiguração pode ocorrer de modo gradual, por meio de experiências de introspecção, meditação, oração ou diálogo comunitário, em que o sujeito tenta reconciliar o sofrimento com a fé, integrando-o à sua narrativa existencial (Pargament, 1997).

Segundo Koenig (2001a), a espiritualidade, quando vivenciada de forma saudável, funciona como fator protetor que possibilita reorganizar cognitivamente o sofrimento e restaurar o senso de continuidade da vida. Para o autor, "a fé oferece ao indivíduo uma estrutura de compreensão e esperança que o ajuda a reinterpretar as adversidades sob uma ótica de propósito e transcendência" (Koenig, 2001a, p. 327). Essa reconstrução não elimina o sofrimento, mas o ressignifica, transformando-o em experiência de crescimento interior. A religiosidade, nesse contexto, não é apenas um conjunto de crenças, mas um espaço simbólico de reorganização identitária e espiritual, no qual o indivíduo encontra novas formas de pertencimento e de relação com o mistério da existência (George *et al*., 2000).

Do ponto de vista antropológico e cultural, a reconstrução espiritual também implica o reconhecimento da pluralidade das formas de experiência do sagrado. Conforme observam Esperandio e Souza (2023), a espiritualidade deve ser compreendida como um campo dinâmico, permeado por valores, tradições e significados diversos, no qual cada indivíduo elabora seu modo próprio de viver o transcendente. Assim, a superação de crises espirituais não se dá por substituição de crenças, e sim por uma integração mais madura entre fé, experiência e sentido de vida. Panzini e Bandeira (2005a) reforçam que essa dimensão espiritual se articula profundamente à percepção de qualidade de vida, uma vez que está ligada à coerência interna e à capacidade de interpretar o sofrimento como parte de um processo de amadurecimento existencial.

O cuidado em saúde pode acolher espiritualmente o indivíduo sem se tornar doutrinário quando se fundamenta em princípios de respeito, ética e reconhecimento da espiritualidade como dimensão humana legítima e plural, e não como espaço de imposição religiosa. A literatura recente reforça que o cuidado espiritual precisa estar vinculado ao bem-estar integral do paciente e não à transmissão de crenças específicas. Nesse sentido, Esperandio e Souza (2023), defendem claramente a necessidade de "propostas práticas de cuidado espiritual culturalmente sensíveis e desvinculadas da noção tradicional de capelania religiosa-confessional" (Esperandio e Souza, 2023, p. 5), destacando que o acolhimento espiritual no âmbito da saúde deve concentrar-se na escuta, no reconhecimento de valores e no apoio ao sentido de vida, e não na evangelização ou persuasão religiosa.

Quando a espiritualidade é reconhecida e acolhida no contexto do cuidado, observa-se melhora tanto em indicadores emocionais quanto clínicos. Esperandio e Souza (2023) destacam evidências consistentes de que "quando pessoas enfermas hospitalizadas têm suas necessidades espirituais atendidas verifica-se: menor prevalência de depressão […] maior adesão ao

tratamento […] e maior sensação de bem-estar" (Esperandio e Souza, 2023, p. 2). Os autores ainda reforçam que há impacto concreto inclusive nos serviços de saúde, indicando resultados como "índice de re-hospitalização mais baixo […], menos uso de Unidades de Tratamento Intensivo e menos tempo de hospitalização" (Esperandio; Souza, 2023, p. 2), evidenciando que a dimensão espiritual ultrapassa o campo simbólico e participa do processo de cuidado integral.

Nesse sentido, Koenig (2000; 2001) argumenta que a espiritualidade, ao oferecer horizonte de significado, esperança e suporte existencial, contribui para melhores processos de recuperação, maior estabilidade emocional e melhor prognóstico em contextos de adoecimento.

Essa compreensão converge com a perspectiva do WHOQOL Group (1994), ao reconhecer espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais como componentes essenciais da qualidade de vida, articulados ao sentido de propósito, dignidade e esperança. Assim, a espiritualidade não se reduz a um recurso adicional, mas constitui dimensão estruturante da experiência humana de saúde e adoecimento, favorecendo o fortalecimento subjetivo, a resiliência e a capacidade de reconstruir sentido diante do sofrimento.

A fé pode assumir papel ambivalente na experiência humana, funcionando tanto como força restauradora quanto como elemento potencialmente gerador de sofrimento. Em muitos contextos, a espiritualidade atua como fonte de esperança, fortalecimento emocional, reconstrução de sentido e apoio existencial diante do sofrimento. Entretanto, quando atravessada por rigidez doutrinária, interpretações punitivas do sagrado ou práticas religiosas coercitivas, pode se transformar em fator de adoecimento, intensificando culpa, medo, vergonha e autodesvalorização. Esperandio e Souza (2023) alertam para essa ambivalência ao afirmarem que determinadas expressões religiosas podem produzir efeitos prejudiciais, resultando em "piores resultados em saúde, incluindo risco aumentado de sofrimento psicológico" (Esperandio e Souza, 2023, p. 5), evidenciando que a vivência da fé não é automaticamente protetiva, podendo converter-se em elemento de risco quando conduzida por narrativas espirituais opressivas.

Por outro lado, quando vivenciada de maneira saudável, a fé pode favorecer a reorganização subjetiva, fortalecer a identidade espiritual e ampliar os recursos internos para enfrentar crises, contribuindo para melhor adaptação ao adoecimento e para maior percepção de qualidade de vida, conforme indicam Koenig (2001) e George *et al*. (2000). Nessa perspectiva, a espiritualidade restauradora não atua negando a dor, mas possibilitando reinterpretá-la dentro de um horizonte de propósito, dignidade e transcendência. Já a espiritualidade tóxica, frequentemente associada à experiência de culpa exacerbada, punição

divina e religiosidade rigidamente normativa, interrompe processos de ressignificação e aprofundam o sofrimento moral e existencial, como ressaltam estudos sobre conflitos espirituais e saúde (Pargament, 1997; Esperandio; Souza, 2023). Portanto, compreender a fé como fenômeno complexo implica reconhecer sua potência humanizadora, mas também seus riscos quando instrumentalizada de forma dogmática, autoritária ou desumanizante, exigindo sensibilidade ética e cuidado crítico na abordagem dessa dimensão no campo da saúde e das relações humanas. Vale enfatizar que existem também coping religiosos e espirituais negativos que não são devedores apenas das instituições, dependendo do próprio sujeito em seus conflitos espirituais, que são provenientes de fragilidades psicológicas ou de uma história de vida negativa na relação com uma tradição religiosa.

Um dos desafios mais importantes quando se aborda a espiritualidade no campo da saúde é evitar sua transformação em procedimento mecânico, padronizado e desumanizado. A espiritualidade, enquanto dimensão existencial e simbólica profundamente ligada ao sentido da vida, não pode ser tratada como protocolo, *checklist* ou instrumento operacional de intervenção terapêutica. Quando reduzida a técnica, ela perde sua essência relacional e experiencial, distanciando-se de sua função humanizadora, o que implica reconhecer que espiritualidade não é aplicação de método, mas encontro com a singularidade do sujeito, com sua dor, sua narrativa de fé, sua história de significado e sua forma de se relacionar com o transcendente.

Nessa perspectiva, não se trata de instrumentalizar a espiritualidade como ferramenta terapêutica, mas de compreendê-la como dimensão constitutiva do ser humano, que precisa ser respeitada em sua complexidade, pluralidade e profundidade. Saunders (2000), ao conceituar a ideia de "dor total", lembra que o sofrimento não é apenas físico, mas também emocional, social e espiritual; portanto, o cuidado autêntico não se limita a aplicar intervenções, mas exige presença, sensibilidade, escuta e reconhecimento da transcendência como parte real da experiência humana. Autores como Koenig (2001) e George *et al*. (2000) reforçam que espiritualidade está intrinsecamente relacionada ao significado, à esperança e à dignidade, sendo incompatível com reduções utilitaristas ou meramente funcionais.

A cura existencial não se restringe à remissão de sintomas físicos ou psíquicos, mas envolve a restauração da harmonia interior, da esperança e do sentido da vida. Nesse processo, as tradições religiosas e as experiências espirituais pessoais exercem papel fundamental, pois oferecem linguagens simbólicas, práticas rituais e referenciais éticos que ajudam o indivíduo a reinterpretar o sofrimento e a reconstruir sua identidade diante da adversidade. Segundo Pargament (1997), "as tradições religiosas fornecem sistemas de significado que permitem às

pessoas compreender e transformar o sofrimento, dando-lhe um propósito dentro de uma narrativa maior" (Pargament, 1997, p. 112), o que evidencia a dimensão integradora e restauradora da fé quando vivenciada de modo autêntico e não dogmático.

Ao mesmo tempo, as experiências interiores de espiritualidade, expressas em momentos de introspecção, oração, meditação ou contemplação, representam espaços de reconexão com o transcendente e de reorganização simbólica da dor. Koenig (2002) argumenta que "a espiritualidade, quando integrada à vida cotidiana, pode oferecer um sentido de coerência e esperança que atua como base para a recuperação e a paz interior" (Koenig, 2002, p. 58). Essas práticas permitem que o sujeito reinterprete o sofrimento não como punição, mas como oportunidade de crescimento, aceitação e transcendência, aproximando-se de uma vivência mais plena e consciente.

Frankl (1989) também destaca que a dimensão espiritual é a última fronteira da liberdade humana, pois, mesmo diante da dor e da finitude, o ser humano é capaz de escolher sua atitude perante o sofrimento, transformando-o em fonte de sentido. Essa capacidade de ressignificação, segundo o autor, constitui o núcleo da cura existencial, na qual a pessoa reencontra propósito e dignidade.

Além disso, a convivência comunitária proporcionada pelas tradições religiosas pode favorecer vínculos afetivos e redes de apoio que auxiliam na reconstrução da esperança e no fortalecimento da identidade espiritual (Koenig; George; Peterson, 1998a). No mesmo sentido, Panzini e Bandeira (2005b) evidenciam que a espiritualidade e as crenças pessoais estão associadas à percepção de qualidade de vida e bem-estar, contribuindo para um estado de maior equilíbrio interior.

CAPÍTULO III: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Este capítulo evidencia que, durante a pandemia de COVID-19, muitos indivíduos enfrentaram conflitos espirituais devido ao isolamento, às incertezas e às perdas, levando a uma reavaliação de crenças e à busca por conforto espiritual. Enfermeiros na linha de frente sofreram intensos desafios espirituais e emocionais, enfrentando conflitos entre crenças pessoais, ética profissional e esgotamento físico e emocional. Para lidar com esse desafio, adotaram estratégias como oração, apoio de colegas, programas de saúde mental, suporte de líderes religiosos e práticas de autocuidado, para manter o equilíbrio emocional e espiritual.

Dessa forma, a metodologia da história oral temática, apresentada no primeiro tópico, mostrou-se adequada para apreender as experiências vividas pelos profissionais de Enfermagem, permitindo acessar narrativas marcadas por memória, sentido e subjetividade no contexto da pandemia da COVID-19. A utilização de entrevistas semiestruturadas possibilitou compreender como esses profissionais elaboraram seus próprios conflitos espirituais e perceberam aqueles vivenciados por pacientes e acompanhantes.

A partir desse percurso metodológico, o tópico seguinte apresenta o cotidiano desses profissionais, analisado à luz de seus relatos e experiências concretas de cuidado. Durante a pandemia de COVID-19, o cotidiano dos profissionais de enfermagem foi marcado por jornadas exaustivas, sobrecarga de trabalho e pelo uso contínuo de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que, embora essenciais para a segurança, dificultavam o vínculo com pacientes e acompanhantes. O medo constante da contaminação e de levar o vírus para casa levou muitos profissionais ao isolamento familiar e social, somando-se ao sofrimento provocado pela convivência diária com a dor, a morte de pacientes e a perda de colegas de trabalho. Esse contexto gerou intenso desgaste emocional e evidenciou a fragilidade do suporte institucional, especialmente no que se refere ao apoio psicológico e espiritual, aprofundando o impacto da crise sanitária sobre esses profissionais.

O terceiro tópico apresenta e analisa os relatos das entrevistas realizadas com enfermeiras que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19, a partir da metodologia da história oral temática, evidenciando impactos profundos na vida pessoal, profissional e espiritual dessas profissionais. As narrativas abordam o isolamento social, o medo da contaminação, as perdas humanas, a sobrecarga de trabalho e os conflitos organizacionais decorrentes da escassez de profissionais, da instabilidade nos protocolos e da

insuficiência de EPIs, além da fragilidade do suporte institucional psicológico e espiritual. Ao contemplar diferentes pertenças religiosas, os relatos revelam convergências e singularidades nas formas de vivenciar a fé, a espiritualidade e os conflitos espirituais, destacando esses elementos como recursos fundamentais de fortalecimento interno, resiliência e produção de sentido, que sustentaram o cuidado ao outro, o enfrentamento do sofrimento e a reorganização das prioridades existenciais em um contexto de crise extrema.

A análise das entrevistas, realizada no último tópico deste capítulo, é orientada pela Hierarquia das Necessidades de Maslow, relacionando os relatos das enfermeiras às dimensões fisiológicas, de segurança, vínculo, estima e realização pessoal, evidenciando como a fé e a espiritualidade atravessaram cada nível da pirâmide durante a pandemia de COVID-19. Os depoimentos revelam que, diante da escassez de EPIs, da sobrecarga de trabalho, dos conflitos institucionais, do medo da morte e do isolamento, a fé vivenciada de forma plural atuou como recurso de acolhimento silencioso, resistência emocional, fortalecimento dos vínculos humanos e ressignificação do sofrimento. Ao longo das narrativas, observa-se que a espiritualidade não eliminou a dor, mas sustentou o cuidado humanizado, a empatia e a permanência no exercício profissional, culminando na realização pessoal entendida não como ausência de sofrimento, mas como a capacidade de seguir cuidando, encontrando sentido, propósito e compromisso ético mesmo em contextos extremos.

3.1 Metodologia de pesquisa

Ao longo deste estudo, optou-se por uma abordagem metodológica que possibilitasse a compreensão aprofundada das experiências dos participantes. Nesse sentido, será apresentada a metodologia da história oral temática, aplicada por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com gravação em áudio e registros por meio de anotações, bem como o questionário utilizado. Posteriormente, descrevem-se os procedimentos de análise dos dados e a interpretação dos resultados obtidos.

Após serem realizadas as entrevistas por meio da metodologia de história oral, percebe-se que elas trazem consigo muitos esclarecimentos em suas narrativas, pois os indivíduos colaboram de forma intensa, com dados reais, a partir da sua perspectiva, na construção do relato a ser analisado. Reafirma-se a importância da pesquisa e da metodologia com base no resgate da narração da história oral temática na investigação de uma abordagem convencional de pesquisa, a qual busca ampliar e vislumbrar caminhos pouco explorados.

Lang (1996), em *História Oral*, declara:

> É no indivíduo que a História Oral encontra sua fonte de dados, mas sua referência não se esgota nele, dado que aponta para a sociedade. O indivíduo que conta sua história, ou dá seu relato de não (*sic*) constitui ele próprio o objeto de estudo; a narrativa constitui a matéria prima para o conhecimento sociológico que busca, através do indivíduo e da realidade por ele vivida, aprender as relações sociais em que se insere em sua dinâmica (Lang, 1996, p. 36).

A história oral como método de investigação possibilitou a recuperação da narração, bem como o ato de rememorar e promover o encontro entre os sujeitos, para compartilhar experiências e divulgá-las em forma oral. Com isto, pretendeu-se avaliar cada entrevistado por meio da história oral apresentada, tendo em vista a sua trajetória acadêmica, profissional e pessoal, as quais moldam cada indivíduo, trazendo a experiência do passado para o presente como uma história viva.

A história de tempo presente, desenvolvida por meio da arte multivocal, é feita a partir da narrativa de cada entrevistada, que, por meio da fala, concede detalhes sobre o passado e o presente, sem a necessidade de uma cronologia específica. De acordo com Meihy e Holanda (2020), a história oral é sempre uma história de tempo presente, como uma história viva:

> História oral é um recurso moderno usado para a elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva (Meihy; Holanda, 2020, p. 17).

De acordo com Portelli (2010), as narrativas orais têm modalidades que se encontram mais de uma vez, não apenas sobre o assunto central, mas também a respeito de temas cruciais que ocorrem paralelamente à história principal, estabelecendo uma relação entre história e memória que toma forma na narração oral. Na história oral, o relato da história não é o fim em si. Dialogando com o exposto por Portelli (2010, p. 27-28) sobre os lugares da memória, observa-se que, no discurso multivocal, o narrador pode se transportar no tempo para conjecturar sua narrativa. No discurso multivocal, o tempo narrativo torna-se bem mais fugidio: a combinação de estruturas cíclicas e lineares dá lugar ao livre fluxo de associações acrônicas, determinado pelos procedimentos analógicos da memória e pelos objetivos dos narradores e narratários em diálogo (Portelli, 2010).

A história oral traz em si uma narrativa em tempo, memória e identidade, com suas múltiplas fases revelando suas características e desenvolvendo a narrativa, ora sem rupturas,

ora com rupturas. Efetivamente, trata-se de uma representação magnífica, com simultaneidades e continuidades que trazem sensações em todo o transcorrer do processo, orientando uma perspectiva de visão sobre o passado, avaliação sobre o presente e projeção sobre o futuro.

Pode-se abordar, nesse sentido, uma caminhada conjunta entre tempo, memória, espaço e história. Nem sempre essa tentativa de reconstrução da memória pela história é algo tranquilo e sereno, pois pode ocorrer de uma forma um pouco mais tensa do que a esperada, afinal, irá recompor lembranças vividas sem ter o poder de alterar o que passou. O tempo, entretanto, atua modificando ou reafirmando o significado do passado, projetando utopia pela possibilidade de um futuro almejado. Citando as palavras de Lucilia Delgado (2003): "Ao se dedicar à análise do passado, o estudioso da História vai ao encontro de um outro tempo diferente daquele no qual está integrado. Nessa viagem realiza-se um amalgama peculiar caracterizado pelo encontro de singularidades temporais" (Delgado, 2003, p. 10).

O tempo também é de suma importância para a história oral, pois essa memória processa uma multiplicidade de tempos em seu contexto. No processo de relembrar, ativa-se na memória a busca de um tempo passado com os interesses de um tempo presente, e esse tempo passado é transportado em um deslumbre no tempo presente. Delgado (2003) nos diz que: "O tempo da memória ultrapassa o tempo de vida individual e encontra-se com o tempo da história, visto que se nutre de lembranças de família, de músicas e filmes do passado, de tradições, de histórias escutadas e registradas" (Delgado, 2003, p. 17).

Para o desenvolvimento do estudo, o local selecionado foi a Unidade Pediátrica de uma rede municipal de Belo Horizonte, no período da pandemia da COVID-19, de 2020 até 2022, abrangendo setores pediátricos de internação, pronto atendimento, CTI infantil e UTI neonatal. Adotou-se como critério que o profissional fosse formado como bacharel em enfermagem e vale ressaltar que, no setor e no período em questão, trabalhavam apenas mulheres. A pesquisa foi submetida e aprovada na Plataforma Brasil, passando pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) e recebendo o registro de número 85584424.7.0000.5137. Todas as entrevistadas passaram por uma pré-orientação, na qual se explicava a pesquisa, os critérios adotados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo se encontra no anexo 1.

Realizou-se um trabalho de campo, em que foram entrevistadas 05 (cinco) enfermeiras de maneira a atender diferentes pertenças religiosas, com idades entre 45 e 60 anos, sendo 01 divorciada e 04 casadas. Todas as entrevistadas são mães. O tempo de formadas variava de 10 a 20 anos, majoritariamente trabalhados na pediatria. O nome das entrevistadas e o local onde trabalham não foram mencionados, para preservar a confidencialidade. As crenças religiosas

relatadas foram: entrevistada 01: evangélica; entrevistada 02: dupla pertença, espírita e umbanda; entrevistada 03: umbanda; entrevistada 04: espírita; entrevistada 05: católica. Devido ao tempo reduzido disponível para a etapa de análise, foi preciso utilizar recursos técnicos, especificamente da inteligência artificial TurboScribe, no modelo "baleia", que fornece maior precisão para a transcrição inicial dos áudios. Ressalta-se, porém, que elas foram utilizadas apenas como recurso técnico para agilizar o processo de transcrição, não substituindo, em nenhuma etapa, a escuta atenta, a revisão integral e a análise interpretativa conduzidas pela pesquisadora. As entrevistas tiveram, em média, a duração de 32 minutos a 1 hora e 25 minutos, e foram realizadas fora do ambiente de trabalho.

3.2 O cotidiano de um profissional de enfermagem no lidar com a COVID-19

O cotidiano de um profissional de enfermagem durante a pandemia de COVID-19 foi caracterizado por desafios sem precedentes e uma carga de trabalho intensificada. Esses profissionais enfrentaram longas jornadas, frequentemente superiores a 12 horas, em ambientes hospitalares sobrecarregados, onde o aumento drástico no número de pacientes exigiu um esforço contínuo e exaustivo. O reforço da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) tornou-se imprescindível, trazendo à tona preocupações relacionadas à segurança e ao desconforto gerado pelo uso prolongado desses itens. A utilização dos EPIs também gerava um distanciamento do profissional em relação ao paciente e seu acompanhante, por não possibilitar a visualização plena do rosto com uso das máscaras e por perder o contato tátil por meio das luvas. Apesar do uso intenso dos EPIs, ainda assim os profissionais da enfermagem levavam sobre si o medo constante de transmitir contaminações do vírus da COVID-19 para suas residências, causando, assim, a contaminação de seus familiares.

Em meio ao medo e à dúvida constante do amanhã, foi relatado o impacto do isolamento familiar e social para prevenir a contaminação, e também o preconceito da população com o profissional da enfermagem, por vê-los como potenciais transmissores da doença. Foi um período difícil em meio a tantas perdas: pacientes entravam de manhã, à noite já não tinham mais forças e, em poucos dias, vinham a falecer. Durante o período pandêmico, houve a perda de colegas de profissão que se contaminaram no exercício da função e faleceram devido à COVID-19, deixando os profissionais assustados com o caos que pairava sobre a instituição.

Dado o período de crise sanitária que estavam vivenciando, passavam também por dificuldades psicológicas acarretadas tanto pela pressão do trabalho exaustivo quanto pelo

cansaço mental de lutarem para salvar vidas e, ainda assim, perdê-las para a COVID-19. Em meio a esses acontecimentos, foi relatado que não houve apoio espiritual. Segundo Silva e Matos (2025), a vivência da morte e do sofrimento de pacientes durante a pandemia desencadeou entre os profissionais de saúde sentimentos de medo, insegurança e impacto emocional profundo, refletindo a necessidade de suporte psicológico especializado no contexto de crises sanitárias.

Apesar de as entrevistadas terem à disposição na instituição um padre concursado, elas relataram que ele não prestou esse apoio à equipe da saúde. Houve apenas momentos em que receberam apoio psicológico bem restrito, pois nem sempre o horário de atendimento disponibilizado pelo psicólogo era compatível com o horário de trabalho do profissional da enfermagem, que deveria se consultar durante o expediente, por se tratar de um suporte ofertado pela instituição, entrando em conflito com a baixa de funcionários, que não poderiam deixar os pacientes sozinhos.

3.3 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas individualmente, a partir de um questionário semiestruturado que se encontra disponível no apêndice 1, no qual as entrevistadas tinham pleno poder de decidir se responderiam ou não à pergunta, havendo também espaço para perguntas novas, de acordo com o rumo dos relatos. A entrevistada contava com total liberdade para acrescentar relatos que não tinham ligação com as perguntas feitas anteriormente, assim como puderam fazer pausas a qualquer momento, se sentissem necessidade.

A seguir, constam os relatos de cada entrevistada, lembrando que não são citados os nomes das profissionais, adotando-se a identificação apenas como entrevistada 01, entrevistada 02 e assim por diante. A entrevista não será descrita na íntegra, de forma a deixar o relato mais dinâmico, sem suprimir informações relevantes, pois, de acordo com a socióloga Maria Cecília Minayo (2014): “O pesquisador trabalha com o sentido e o significado das falas, e não com a simples reprodução literal dos discursos.” (Minayo, 2014, p. 316).

3.3.1 Entrevista 01, realizada no dia 20 de maio de 2025 – Evangélica

Entrevistada 01: 59 anos, casada, três filhos, dezessete anos de profissão. A entrevistada relatou que o isolamento social a impactou de forma negativa, foi uma comoção que levou ao

medo de contaminar os familiares, e foi desesperador como profissional. O medo paralisava e impedia o contato com o próximo, impossibilitando uma assistência mais efetiva ao emocional. Nas palavras dela: “As mães na pediatria agiam como verdadeiras lobas cuidando dos filhotes” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025), rotulavam os profissionais como os transmissores diretos da doença aos seus filhos e limitavam o acesso do profissional a eles. A enfermeira enfatizou a dificuldade perante o uso dos EPIs, dizendo que “Lidar com os EPIs era massacrante de maneira intensa e tensa também” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Além disso, ela recorda do dia a dia do percurso ao trabalho, quando as pessoas isolavam o profissional da saúde por medo: “No ponto de ônibus, as pessoas se afastavam com sentimento de preconceito, sendo que o bairro é pequeno e as pessoas me conheciam” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Ao relatar sobre o impacto da COVID-19 em sua vida e profissão, ela demonstrou o lado emocional: “Foi um momento de muita reflexão e introspecção, perdas de crianças e bebês. Perdas constantes de seres tão jovens” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Por outro lado, apresentou as seguintes considerações profissionais: “Sentir a responsabilidade nos nossos ombros, porque a enfermagem ficou na linha de frente, junto dos médicos e mais ainda a enfermagem, que estava *tete a tete* com o paciente” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Ao relatar essa responsabilidade, nota-se a indignação da entrevistada com a falta de reconhecimento perante os profissionais da enfermagem, que foram um dos maiores recursos no cuidado do paciente durante a pandemia: “Fomos lembrados na época e hoje esquecidos” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Em meio às perdas dos pacientes, também houve perdas de pessoas próximas, de seu ciclo familiar, amigos e colegas de trabalho. A entrevistada relata ter perdido um tio, alguns amigos que eram como irmãos, colegas de trabalho e um coordenador do seu setor. “Nós perdemos o coordenador do nosso setor, uma pessoa saudável, jovem, menos de 50 anos, superativo e incentivador” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025), que se contaminou no exercício da profissão. Ela ressalta que “mesmo com todos os recursos, utilizando EPIs e tudo, ninguém ficou livre da contaminação” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Ao ser perguntada sobre como foi lidar com a dor do outro durante a COVID-19, ela respondeu: “Um sentimento de impotência como enfermeira, você estava observando o sofrimento do outro, do acompanhante sofrendo pelo filho, pelo familiar que faleceu. E mesmo cumprindo a nossa missão como enfermeira, usando os recursos possíveis e disponíveis, não tendo como ajudar ao ponto de não perder aquela vida” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Em meio ao relato, a entrevistada fez uma pausa e uma reflexão: “O único acalento que a gente tinha era crer que Deus estava com a gente ali naquele momento” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Quanto à sua religião e crença, a entrevistada respondeu: “Eu creio em Jesus e eu sou cristã evangélica. Creio no Deus Todo-Poderoso, pai, no filho Jesus e no Espírito Santo” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Em resposta à sua frequência religiosa, ela relata: “Eu congrego numa igreja cristã evangélica. A minha frequência é participar dos cultos aos domingos, participar de eventos da igreja e me dedico muito ao estudo da Palavra de Deus, a Bíblia” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Foi indagado também a respeito das práticas religiosas, a que ela respondeu: “pertenço a um grupo missionário onde entregamos cestas básicas, roupas, agasalhos para pessoas em situação de rua em evangelismo noturno” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Quando questionada se a sua religião a auxiliou no enfrentamento da COVID-19, sua resposta foi sobre a fé: “A fé foi o meu porto seguro para vencer todos os traumas desse tempo e a convivência com os traumatizados. Me aperfeiçoei mais na minha fé, eu me sentia fraca, insegura e impotente, mas o amor de Deus me fez ficar de pé” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Nesse sentido, a entrevistada ressalta como a sua fé a auxiliou com as mães no enfrentamento da COVID-19: “Quando eu vi as mães desesperadas, era o que eu tinha, porque a gente dá aquilo que a gente tem. O que eu tinha da Palavra de Deus, o que eu tenho, eu passava para elas, como conforto, como esperança, como crer que Deus estava ali naquele momento. Apesar de tudo o que estava acontecendo, Deus estava ali conosco” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Sobre a ocorrência de discordâncias ou conflitos espirituais com paciente ou acompanhante devido à religião, a entrevistada relatou que os conflitos que teve foram ao tentar levar a Palavra de Deus, pois as pessoas estavam tão desesperadas vendo reportagens de pacientes que entubavam e morriam que respondiam: “Cadê o Deus que você segue que está deixando meu filho morrer? Onde está Deus numa pandemia?” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Ao fazer esse relato, a entrevistada comenta que se sente voltando ao passado, aquele momento de campo de batalha entre a doença, o espiritual, o emocional e a razão. As pessoas estavam a todo momento buscando algo ao qual se agarrar, para se libertar da morte, daquele sofrimento. Houve divergências por opiniões religiosas diversas, que, em muitos momentos, iam de encontro umas com as outras e criavam atritos na equipe.

Dito isso, a respeito das divergências na equipe, a entrevistada foi questionada sobre os conflitos pessoais que ela enfrentou. Ela relata que o maior conflito foi a sensação de impotência e pondera, dizendo: “Eu cristã e evangélica, sirvo a um Deus invisível, mas eu tinha toda uma espiritualidade para crer que Deus estava ali naquele momento apesar dos conflitos” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Ela relata que foi desgastante ter uma crença de que as coisas iam melhorar e o outro ser descrente. Foi possível notar no tom de voz da entrevistada a angústia em suas palavras ao fazer esse relato e, quando indagado se estava angustiada, ela respondeu: “Está certa, estou me remetendo, voltando para lá, para o momento da pandemia. Eu precisei fazer terapia, necessitei de medicação, fiquei muito ansiosa e precisei de tratamentos espirituais mesmo, de fazer uns retiros, fazer propósitos mesmo com Deus, que a minha religião ensina” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Com tudo o que foi passado, indagou-se se a sua fé foi abalada, e ela respondeu: “Sim, minha fé foi abalada e muito exigida, minha fé é forte e exala para o próximo e o próximo distante de Deus e me senti impotente” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Aqui foi feita uma pausa para a entrevistada se recompor e beber água.

Procurou-se indagar também a respeito do trabalho em equipe, para esclarecer se eles tiveram de lidar ou presenciaram algum caso grave na pandemia:

> Nós tivemos sim, nós tivemos paradas respiratórias, e que foi aquela comoção, todo mundo correndo, todo mundo querendo ajudar. Daí a pouco, o outro já estava agravando também. Então, precisou de muito trabalho em equipe, para levar aquela situação para melhor. Mas, a maioria das vezes, terminavam com a morte (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Aqui vê-se que os profissionais, por mais preparados que estivessem, ainda assim precisavam lidar com a perda do paciente e, mais ainda, acolher seu acompanhante, que ficava em desespero. A enfermeira ainda relata: “Então, você se distanciava do corpo ali, para ir dar um socorro para o acompanhante. Porque, pensa bem uma mãe, perdendo um filho na situação dessa” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Por mais que o hospital contasse com uma equipe de psicólogos para os acompanhantes, segundo o relato da entrevistada, ainda assim era a enfermeira que estava ali no primeiro contato após a perda. Dentro das enfermarias, você podia ver a solidariedade de uma mãe para com a outra em momentos de agravamento e até mesmo nos momentos de perda.

Era de se esperar conflitos na equipe e com o regimento da liderança do setor pelo momento que estavam vivenciando, conforme comenta a entrevistada: “Muitos preferiam ficar mais de fora. Então, houve o conflito sim, porque a gente queria que todos estivessem juntos”

(Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Nota-se, aqui, o relato da sensação de desunião da equipe, pois ela conta que não teve uma boa divisão da equipe entre as enfermarias do COVID-19 e as convencionais. Ela fecha esse tópico, ressaltando: “Não tinha ninguém preparado para essa pandemia, para esse surto, para esse tanto de morte. Não tinha, nós não estávamos acostumados com isso” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

Aproveitando a fala sobre preparação, questionou-se se houve algum tipo de programa ou algum apoio psicológico para a equipe, e ela relata: “Apoio psicológico mediano, espiritual não vi” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025), mas ela ressalta que o apoio dado no momento do conflito serve mais para instruir e orientar, mas não trazia conforto ao profissional.

Para o fechamento da entrevista, procurou-se saber sobre o enfrentamento do medo e do desconhecido perante aquela situação: “Muito ruim sentir medo, eu nem sabia que sentia esse medo, eu achava que estava apta para o que der e vier. Eu quis muito estar forte, mas precisei depois de buscar força em Deus e nos trabalhos que minha igreja oferece espiritualmente” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Após o seu relato sobre o medo, ela conta que teve COVID-19 no desempenho da função, mas não houve agravamento e só ficou afastada pelo tempo solicitado pelo médico do trabalho. “Eu tive Covid, mas não foi tão agravante... Eu não tive os sintomas tão agravantes quanto os que eu vi lá. E eu dedico isso, não... Eu elevo o nome de Deus por eu ter sobrevivido e bem a esse processo do Covid” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

A entrevistada também conta como foi lidar com as perdas no período da pandemia: “Foi horrível... eu sofri até por aqueles que não eram próximos. Pelo que eu te falei, foi um período de reflexão das pessoas que tinham tanto... já tinham sucesso, tinham conseguido tanto na vida e foi sanado de uma vez por um vírus” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025). Ela finaliza a entrevista com a seguinte reflexão: “O relacionamento com Deus, com o próximo, com familiares, o amor. O amor é a base de tudo” (Entrevistada 01, 59, enfermeira, 2025).

3.3.2 Entrevista 02, realizada no dia 21 de maio de 2025 – Dupla pertença, espírita e umbanda

Entrevistada 02: 45 anos, casada, dois filhos, dez anos de profissão. A entrevistada nos trouxe o relato do impacto do isolamento social em sua vida pessoal. Ela conta que o impacto

foi grande principalmente por estar com seu filho ainda pequeno, com um ano e seis meses. Seu esposo teve de parar os trabalhos pela pandemia e acabou assumindo as tarefas de casa. Com uma perspectiva de angústia, ela relata: “O isolamento, ele fez esse impacto em toda a minha família, na composição familiar, na educação dos filhos. Meu filho foi desfraldado pelo meu marido, que é uma parte importante para a mãe acompanhar, né. Essa transição do bebê para a primeira infância foi toda feita pelo meu esposo” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). A entrevistada ainda complementa:

> Então, assim, por questões de trabalho, não estava isolada socialmente, porque o meu serviço não me isolou socialmente, eu tive que lidar com a sociedade, mas eu estava isolada da minha família, porque eu também tinha muito medo de transmitir a doença para os meus familiares, para os meus filhos, que eram pequenos na época (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Em continuidade à pergunta anterior, indagou-se a respeito de como lidou com o isolamento, ao que ela traz uma informação relevante: “Eu falo que eu tenho uma base familiar muito boa, tive uma base familiar muito afetuosa com os meus pais, com a minha família” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). É demonstrado, assim, como a família teve um papel importante para lidar com o período pandêmico:

> Os meus filhos são muito afetuosos comigo, o tempo todo eu tive muito apoio da minha família, dos meus filhos, do meu marido... meus filhos têm orgulho, falam: minha mãe trabalhou, minha mãe fez, ajudou, meu menino falava assim, minha menina, que era um pouquinho mais velha que o meu filho, falava: mãe, hoje você ajudou quantas pessoas? Hoje você salvou quantas pessoas? (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Nesse ponto, é possível ver que a história oral multivocal faz paralelos entre o passado e o presente, demonstrando como os filhos a viam na época e o orgulho que demonstram nos dias de hoje.

Abordando o impacto da COVID-19 na vida pessoal e profissional da entrevistada, ela menciona que a pandemia foi um marco histórico e demonstrou como uma doença do outro lado do mundo pode chegar até o nosso país. Ela ressalta o trabalho sobrecarregado dos profissionais da saúde como um todo, não só do enfermeiro. Na percepção da profissional quanto ao impacto da COVID-19: “Mudou muita coisa, mudou a forma minha de ver, de trabalhar, de olhar para o outro, de ouvir mais, de ter um atendimento mais humanizado, menos mecanizado em cima de protocolos” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ao perguntar se a entrevistada perdeu alguém próximo para a COVID-19, ela respondeu: “Graças a Deus, não” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). No período pandêmico, a dor da perda foi algo constantemente vivenciado por todos, e a entrevistada nos relata sua experiência pessoal de como foi lidar com a dor do outro durante a COVID-19: “A gente tenta levar para o colega menos humanizado um pouco mais de respeito e aqueles que são humanizados, a gente tenta fazer uma corrente do bem para tentar ajudar. Mas sempre ajudando com uma palavra, com um ato de humanidade mesmo” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Ela relata que crianças com a doença já avançada, em seus momentos finais, ficavam em enfermarias isoladas e, para a equipe entrar, era necessária toda uma paramentação. E, mesmo diante do isolamento, tentavam dar conforto às mães no momento de despedida, colocando nelas os EPIs para que pudessem adentrar no leito, fazer sua oração e se despedir de sua criança em seus suspiros finais. “Então, levar essa forma de atendimento além da ciência, da prática da enfermagem foi muito importante. Eu acho que foi a forma de lidar pra gente e também de ajudar o outro a passar por aquilo ali” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Após reviver o lidar da dor, foi proposto o tópico de qual era a religião e a crença da entrevistada: “Eu sou espírita, a minha espiritualidade eu desenvolvo, trabalho e acredito na Umbanda. E o nosso segmento da Umbanda é o Omolokô” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Ela conta que está na religião desde 2003 e convida a conhecer um pouco mais sobre sua base religiosa familiar: “Minha mãe, ela veio de uma família que eles seguiam a religião, meu avô seguia a religião dos Adventista do sétimo dia, o meu pai já era de uma família com a base católica... Mas a minha avó, mãe do meu pai, ela era da Umbanda” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). A entrevistada relata um pouco mais sobre a base católica recebida pelos pais: “Fizemos a primeira comunhão, crisma, então teve toda aquela base católica” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025), mas finaliza reafirmando sua fé: “Eu fui aderir à Umbanda, foi aonde eu encontrei mais respostas, mais conforto espiritual” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Quanto à frequência religiosa da entrevistada, ela relatou: “Eu vou duas vezes na semana ao menos, ao centro espírita. Quando precisa de atendimento com alguma entidade aqui, na qual eu trabalho” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Ela adota o nome de centro espírita, mas explica: “Como é uma religião que ela veio do povo. Então, assim, tem gente que chama de centro espírita, mas é terreiro. Se você for olhar pela comunidade umbandista, é um terreiro” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). A entrevistada oferta mais detalhes da rotina de sua casa:

> Toda terça-feira a sessão é de Preto Velho. É com as entidades de Preto Velho... E na sexta-feira, o pai de santo, que é o líder da casa, ele vai trabalhando com a entidade que necessita... Tem uma frequência maior com caboclos, que são espíritos que a gente trabalha que vêm da mata, caboclo de Ogum também, que é uma das entidades que a gente cultua. Então é marinheiro, boiadeiro, então tem uma variedade de entidades conforme a linha de trabalho que as entidades trabalham e ele vai diversificando a cada sexta-feira. Os orixás, tem o dia da sessão dos orixás, então não tem um calendário fixo, não (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ao indagar a respeito das práticas religiosas, a entrevistada relata:

> Eu tenho em casa o meu altar, onde eu tenho as imagens do orixá, do prato velho e nesse altar eu tenho a vela de sete dias que fica acesa sete dias. Ela termina, eu acendo, ela termina eu acendo interruptamente. Faço as minhas orações, né. Tem as orações que a gente faz ligado à língua Yorubá, que é a língua da nação africana, que a gente cultua na nossa nação (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Houve a oportunidade de conhecer um pouco mais das práticas religiosas da entrevistada, que contou sobre a reza chamada ingorossi, que ela faz para o seu orixá:

> Todos os dias de manhã eu acordo, faço as orações nesse altar. Enfeito esse altar com flores e tem as minhas guias, as guias que são aqueles... Eu vou especificar, seriam os colares que a gente utiliza, são guias que a gente chama de firmadas, elas são rezadas durante a nossa cultuação, dependendo da entidade a gente utiliza as cores das guias e aí as guias ficam nesse altar também, então é onde eu faço o meu momento de oração, todos os dias pela manhã, mas se eu precisar ou estiver passando por algum problema em algum momento, é o espaço onde eu, em casa, sozinha ali, eu faço a minha oração e exerço a minha fé ali (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Durante o enfrentamento da COVID-19, a religião foi um pilar que sustentou muitas pessoas. No caso da entrevistada, ela relata:

> Nós temos um dos orixás que é o orixá da saúde, que trata das pessoas doentes, que é o Obaluaê. Que é o orixá da palha, tem o conto em iorubá, o porquê que ele trata das doenças, porquê que ele é o orixá da energia da doença. Porque os orixás são energias e forças da natureza, pra gente enviadas por Oxalá. No sincretismo, seria Deus, pra gente, o nosso nome do nosso Deus é Oxalá, mas é Deus em qualquer religião, né. E aí, ele é um dos orixás, ele é a força da energia da saúde (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ela afirma que chamava por esse orixá durante todo o tempo de trabalho, pedindo licença para ele e para a pessoa à qual ela prestava atendimento. Dessa forma, ela não era invasiva para com o orixá e com a pessoa:

> Pedindo licença para aquela pessoa também que eu tava fazendo o meu atendimento, porque às vezes não é o sincretismo dela, não é a religião dela. Então, pedindo licença, a força que regia ela ali, independente da religião, para que eu pudesse pôr a minha energia, através da minha crença, dentro do meu saber como um espírito encarnado, do meu saber aqui que eu estudei pra isso, mas guiada por uma energia também divina. Que pra mim é divina, não é algo que seria pra fazer o mal, que seria pra fazer o bem (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Aqui ela pedia licença, independentemente da religião professada pelo paciente, como uma forma respeitosa de se aproximar, mas também como uma maneira de se comunicar com o seu orixá: "Naquele momento, eu tava pedindo para me ajudar, não para ajudar a pessoa. Porque, me ajudando, eu vou poder fazer o melhor para aquela pessoa. Para ajudar o outro, o outro tem que abrir a porta para aquilo" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). A entrevistada conta que ela fazia essa súplica silenciosa em sua mente, por ser sua fé e por respeito ao próximo, ao que ela afirma: "A minha fé é minha fé. Tem pessoas que não têm, tem pessoas que não creem em nada. Que seria a pessoa que ela não tem, ela é um ateu. Então, eu não posso impor ao outro a minha fé" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ela ressalta que a fé é individual e, mesmo em pessoas comungando a mesma fé, ela não está em níveis iguais. "Às vezes, não acreditam em tal orixá. Às vezes, não têm a força da fé que eu tenho. Então, a fé, eu acho que ela é única, ela é de cada um" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). A formação familiar contribuiu para o desenvolvimento desse respeito e dessa fé. Por ela trabalhar dentro do Centro de Terapia Intensiva (CTI), muitas das vezes o paciente estava sedado, em coma ou até mesmo morto, então era preciso ter respeito com aquela matéria, e por isso ela pedia licença: "Porque, no meu entendimento, todos nós temos guias espirituais. Temos espíritos de luz, espíritos que nos guiam. Em algumas religiões, chamam-se de anjo da guarda. Em outras religiões, chamam-se de espírito santo. Então, independente do sincretismo, existe algo, uma força ali que rege aquela vida" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). A entrevistada ressalta que, ao trabalhar com crianças, muitas das vezes elas ainda não falam e não têm a capacidade de se expressar adequadamente. Nesses casos, elas são protegidas pelos ibejis: "Que são os ibeji, que são as crianças. Seria, no sincretismo, Cosme e Damião" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Cosme e Damião eram irmãos gêmeos, médicos habilidosos que curavam os doentes gratuitamente. Eles foram mortos por professar a fé deles, mas ainda hoje são lembrados como padroeiros das crianças e daqueles que buscam a cura para alguma enfermidade.

A respeito da discordância ou do conflito espiritual com algum paciente/acompanhante devido à sua religião, a entrevistada relata: "Não, porque... Primeiro, porque a religião, igual

falei com você, eu nunca tentei levar o outro para a minha religião. Então, quando eu peço essa licença, é comigo, na minha cabeça, dentro da minha fé e fazendo as minhas orações eu comigo mesma" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Ela afirma nunca ter precisado revelar a sua religião para um paciente ou acompanhante, mas conta já ter tido conflito com colegas de trabalho por conta de sua fé. Nessa parte da conversa, a entrevistada abaixa a cabeça com uma tristeza aparente, mas a entrevista seguiu, sem necessidade de uma pausa:

> Paciente não. Colegas de trabalho sim. Colegas de trabalho que já falavam com você antes aí, às vezes, vê você guardando a sua guia, vê você, abre a sua bolsa e está ali no momento de trocar de roupa, vê alguma, algo da sua religião e aí, a partir dali você vê que muda, não conversa com você mais, evita de conversar, aí, às vezes, fala com o outro, comenta com o outro (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Quanto aos conflitos com a COVID-19 e sua religião, a entrevistada menciona:

> O principal conflito que eu tive foi quando a gente começa a ver muito óbito. A gente começa a ver, apesar de eu ser espírita, acreditar em vida após, da continuidade do Espírito, além da matéria, você lidar com esse tanto de perda de variadas idades. Eu acho que não é só a perda, eu acho que, além da perda solitária, porque muitas pessoas não podiam nem velar o corpo. Saía dali de dentro do hospital em dois, três sacos de óbito (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ela relata a dor das famílias por não ser possível a tradição da despedida, pois não tinham nem a chance de ver o rosto da criança antes do enterro. Tudo isso levava a um adoecimento emocional e mental, conforme ela afirma sobre os profissionais: "Os profissionais adoeciam mentalmente... E são pessoas que estão ali todos os dias para cuidar, mas não se cuidavam. Eu acho que passar por esse processo foi o maior, foi o principal conflito que eu tive de ver" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Ela diz não ter sido abalada emocionalmente, relatando que se mostrava forte e continuava de pé, pois tinha família, uma base e pensava: "eu tenho que dar conta" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). E, ao mesmo tempo, se recorda com o questionamento: "Por que eu estava de pé? Por que eu tenho essa força? Eu tenho que ter essa força? Será que eu também não tenho que chorar, não tenho que adoecer?" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ao ser perguntada se a fé dela em algum momento foi abalada, ela afirmou: "Não, de jeito nenhum... Eu acho que eu rezava mais ainda. Eu pedia o tempo todo... O terreiro ficou fechado, porque não podia ter essa proximidade, era lei, a gente não podia ter esse acúmulo de pessoas, mas eu exercia essa fé minha dentro de casa, nas minhas orações" (Entrevistada 02,

45, enfermeira, 2025). Aqui ela enfatiza ter mantido firme sua fé, apesar do isolamento social e da falta da comunhão presencial.

Ao ser indagada sobre o trabalho em equipe, se presenciaram algum caso grave na pandemia, ela ponderou:

> O tempo todo, dentro do CTI, o CTI já é um trabalho com pacientes já agravados, então o tempo grave era o tempo inteiro no CTI. E o hospital que eu trabalhei era um hospital de porta aberta quando eu trabalhei lá na época, o que isso quer dizer? Pacientes que entram através de pronto-socorro, né, e então era teve todo um preparo do hospital, porque o CTI não era preparado, nenhum CTI era preparado para uma pandemia, lá era um setor de politraumatismo, de várias, de porta aberta mesmo, né, era um pronto-socorro de Belo Horizonte de porta aberta, então teve que se isolar alguns leitos pra atender as pessoas com COVID, só que chegavam pessoas de traumatismo que daí alguns dias estavam com COVID, então assim, agravava muito rápido, de manhã tava conversando, daí duas horas tava entubando, daí tava pronando, fazendo hemodiálise, daí três dias tava indo a óbito, então era um volume muito rápido (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

A entrevistada ressaltou que algumas crianças com doenças pré-existentes, como asma, bronquite, eram comorbidades para risco e até mesmo uma gripe servia como sinal de alerta, pois tinham o entendimento de que a gripe poderia ser o início da COVID. Mesmo assim, havia aquelas crianças que contraíram o vírus, mas conseguiram se recuperar. “Teve criança que teve Covid que não teve agravamento” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Sobre conflitos com a equipe ou com o regimento da liderança do setor, ela relatou: “Muitos, mesmo. Principalmente porque nós temos uma enfermagem muito... nós temos uma parte da enfermagem muito envelhecida. Nós temos colegas que já está há muitos anos de estrada, que são técnicos, alguns auxiliares ainda de enfermagem” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Ela menciona alguns desafios:

> o maior desafio hoje de um enfermeiro, acho que é a liderança. Porque a gente é cobrado, a gente sai da faculdade já como líder de uma equipe. E você chega lá para liderar uma equipe e tem uma pessoa que já tem 20 anos que ela trabalha ali, já tem 15 anos que ela trabalha como técnica. Ela conhece cada pedaço daquele espaço e não aceita ser liderada. Então, você chega como líder e fala, olha, hoje a proposta nós vamos fazer isso. Se ela é contrária, ela vai bater de frente com a liderança. Para liderar essas pessoas que já tem um tempo e respeitar o conhecimento delas, tentar trazer isso para a atualidade, foi muito desafiador (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ela afirma que havia muitas pessoas que desacreditavam dessa questão da Covid. “Ah, mas isso é uma gripe, a gente já passou por várias campanhas de influenza. Isso é uma gripe comum, até ver mesmo a gravidade” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Relata também muitos afastamentos por comorbidade e a existência de profissionais que não queriam trabalhar

na área da COVID-19. “Não, eu trabalho em outra coisa, na Covid eu não trabalho não, com medo. Às vezes tem uma pessoa idosa em casa, ficava com medo de ir pra casa e passar isso em casa. Então, a gente teve muito trabalho, além dos pacientes e dos familiares, com a equipe também, de trabalhar a cabeça da equipe também” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Um relato importante da entrevistada foi que muitos funcionários trabalhavam em mais de um hospital, o que influenciava na baixa da imunidade. Caso gripassem, entravam em desespero. E a falta de EPIs também foi um problema: “A exigência de material de EPIs também foi muito desesperador, porque às vezes não tinha, a rede não tinha como fornecer aquilo a tempo, acabava muito rápido. Então, assim, foi uma fase onde a gente teve muito conflito. Já tem no normal, ficou um pouco mais exacerbado” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Indagada sobre a oferta de apoio psicológico e espiritual à equipe, ela conta que o apoio psicológico foi oferecido pela instituição, porém, com pouca disponibilidade, muitos profissionais a serem atendidos e poucos psicólogos, bem como a falta de horários para atendimento. Afirma não ter utilizado, mas algumas colegas sim, umas gostaram, outras não. Houve muito receio em procurar atendimento: “Então, assim, foi fornecido, mas muita gente estava com medo também, tem muito receio de procurar e o serviço achar que a pessoa está doente, achar que aquilo ali o que ela vai falar o psicólogo é um colega seu de trabalho, então você vai falar com o psicólogo, medo daquilo ali sair de dentro do consultório” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Quanto ao apoio espiritual, não teve, ela relata: “Espiritual, não. Assim, que eu tenha visto veiculação, não. Dentro dos hospitais tem as capelas, né, que é livre tanto para os pacientes, familiares e funcionários, mas acho que isso aí era de cada lado” (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ao ser questionada sobre como foi o enfrentamento do medo e do desconhecimento da situação, ela contou que, logo no início, saindo do hospital, viu no estacionamento o exército montando tendas, que, posteriormente ficaram sabendo que eram para teste de COVID-19, mas isso não foi explicado de imediato aos funcionários, criando incertezas:

> Quando eu saí do plantão, que eu vi aquilo ali e não foi explicado aos funcionários, eu liguei pro meu esposo e falei, eu acho que ele não vai deixar a gente voltar pra casa, não. Porque eu tô dentro do CTI, lidando com a Covid o tempo inteiro. Eu acho que eles vão fazer o isolamento que a gente vê em outros países, dos profissionais não poderem ir pra casa. Devem montar, sei lá, que a gente tem que dormir aqui, não sei (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ela relembra que a desinformação a deixou muito preocupada: “Eu tive muito receio, muito medo, mas à medida que nós fomos nos informando, surgiram vários artigos, a gente foi

lendo" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Falou também de protocolos que foram surgindo: "Foram saindo protocolos também das instituições referente à proteção, a como se proteger, o que fazer, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foi muito importante, trouxe pra gente muitos protocolos" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025). Então, continuou sua narrativa:

> Então, a gente tinha que olhar garganta, tinha que fazer a ausculta, fazer todo o exame... A gente ficava todo paramentado... Isso tudo depois foi trazendo pra mim uma tranquilidade, à medida que eu fui buscando informação da ciência mesmo, dos estudos que foram saindo, protocolos que as instituições iam trazendo pra gente de como tratar as pessoas e como nos tratar como profissionais com os EPIs adequados, a forma de desparamentar (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Esse fato relatado foi muito importante, pois grande parte das contaminações dos profissionais ocorria no momento da retirada dos EPIs, já que faltava instrução da ordem em que se devia fazê-lo:

> Teve um estudo na época que os profissionais de saúde, o maior índice de contaminação era na desparamentação, na hora em que a gente ia tirar aquela roupa toda. Porque quando a gente estava com a roupa, a gente estava protegido. Quando você ia tirar, que você tocava em alguma coisa e, às vezes, não se higienizava direito, é onde a gente tinha essa contaminação (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Então, ela trouxe à memória as três primeiras semanas da pandemia e seus acontecimentos:

> Então, de início, nas primeiras três semanas, foi aquele impacto e que a gente começou a ver esse volume real na nossa frente, eu comecei a ficar com medo. Mas aí, depois, eu fui me acalmando à medida que eu fui estudando sobre o assunto e tomando ciência dos protocolos e vendo que tinha coerência dentro da ciência, que não era uma coisa solta. E aí, foi acalmando à medida que foi vendo como que isso ia avançando nos estudos mundialmente. Toda ciência se voltou para esse assunto. E isso me ajudou muito a superar esse medo das primeiras três semanas, o desconhecido (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Para finalizar a entrevista, foi perguntado como foi lidar com as perdas no período da pandemia. Ela afirmou:

> Muitas crianças... É uma perda onde a gente tem essa questão do luto. A gente ficava muito entristecido. No meu caso, né. A minha religião, a gente tenta entender. Tem pessoas que em algumas religiões ficam revoltadas. Falam, olha, não é a ordem natural. Mas pra gente, pelo menos pro espírita, né. Pro espiritismo, pra Umbanda. Oxalá sabe de todas as coisas, então, assim, nós temos... Nós, seres humanos encarnados, a gente projeta... Você projeta uma linha de evolução. Mas as ordens

> divinas, a forma com que isso acontece... Cada um tem um porquê. Cada um tá num processo evolutivo (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Ela fez a comparação de como, dentro da mesma casa, um pai se contaminava, enquanto a mãe ou o filho não. Ou um irmão contraía o vírus e o outro não:

> Por que, que um marido e uma mulher... Um pega e o outro, dormem juntos na mesma cama... Se tocam, se beijam... Então, esse contato físico que faria transmitir... A outra pessoa não tem. É o sangue? É o tipo sanguíneo? É a imunologia? O que é aquilo ali? Então, o que a ciência tenta responder... Pra mim, eu responderia isso na forma espiritual. Tudo tem seu tempo. Cada um tem seu tempo. Cada um tem sua forma do que vai acontecer. A sua permissão daquilo ali acontecer (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Afirmou que, como ser humano, ficava triste, mas precisava dar continuidade ao trabalho. Relata também momentos difíceis: "A gente teve perdas de mães que estavam gestantes. No final da gestação, ela pega um Covid e agravava o neném. Tudo preparado pra o neném chegar, pra aquela criança chegar. Ou, às vezes, o neném chegava dentro do próprio hospital da maternidade. A mãe saia ilesa e o neném tinha tido Covid e morreu" (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

Encerrou-se a entrevista com suas palavras:

> A minha base da fé, da minha religião, do meu entendimento, da finitude da vida encarnada. A finitude da carne. Porque a vida, ela continua, pra mim, a vida, ela continua no plano espiritual. Pra algumas pessoas, isso é como se fosse uma desculpa nossa para não vivenciar o luto. Não, eu vivencio, eu tenho perdas na minha vida. Pai, mãe. Não tenho mais meu pai e minha mãe. E que eu choro a ausência deles. Mas, eu entendo que isso faz parte do nosso processo evolutivo como espírito. Tem várias questões que acho que não entram aqui na pesquisa. Mas, assim, eu imagino que contribui pra essa base minha de força dentro da base religiosa. Que a gente tem um porquê de ter passado por essa encarnação... Um motivo (Entrevistada 02, 45, enfermeira, 2025).

3.3.3 Entrevista 03, realizada no dia 23 de setembro de 2025 – Dupla, pertença espírita e umbanda

Entrevistada 03: 47 anos, casada, três filhos, quinze anos de profissão. A entrevistada trouxe o relato do impacto do isolamento social em sua vida pessoal:

> No início foi bem difícil, porque estava tudo muito novo e a gente tinha muitos medos. Medos de transmitir para os familiares, medos de adoecer, é uma das coisas que mais me marcou com relação ao isolamento, era que no início teve algumas falas de que os profissionais de saúde iriam ficar isolados também. Teve umas pessoas assim

> cogitando até em alugar lugares e a gente não poder ver a família, não saber como é que eles estavam. Foi um período mais complicado (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025)

De acordo com seu relato, as informações distorcidas e mal-interpretadas naquele período foram alguns dos motivos de maior impacto para ela, com o medo e a incerteza de se poder ou não voltar para suas casas, para seu descanso, de se viver como enfermeira o tempo todo: "Você não troca de roupa, você não troca de personagem" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Aqui, ela demonstrou o medo de perder a sua vida pessoal. "Eu ficava preocupada com essas questões, saber como é que, como que iria acontecer, né? Já ficava assim, batia aquele meio que solidão, meio medo, porque é uma coisa que você está enfrentando isso tudo junto com a família" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Segundo as palavras da entrevistada, se não voltasse para casa, se sentiria isolada da família e a família é a segurança.

Foi perguntado como ela lidou com o isolamento, e ela disse que com muitas dúvidas, medo e conflitos:

> Alguns conflitos, um deles a paramentação. Aqui a gente ficava todo paramentado, mas chegando em casa, estava toda contaminada. Como que eu iria? Iria fazer pra não levar isso pra dentro de casa? Meu esposo já é um senhor de idade, ele é bem mais velho. Então, já é um idoso. E pra ele não pegar essa doença e também os meus filhos menores (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Ela relata que, na época, tinha uma filha com sete anos de idade, que estava indo para o primeiro ano na escola, e tudo parou. A filha ficou em casa e ela, que era a mãe, teve de continuar com os trabalhos. O esposo foi quem cuidou dos filhos, pois foi a época na qual ela mais trabalhou, e ele foi afastado do trabalho, recebendo apenas o subsídio do governo para ficar em casa, porém, o financeiro da família ficou muito apertado:

> Lidar com a situação foi difícil, porque o financeiro... Foi a época que a gente começou a perder familiares e ele perdeu o pai nessa época. Ele começou a ficar hipertenso, coisa que ele nunca, ele não teve nunca doença nenhuma. Começou a ficar nervoso, começou a ficar hipertenso. Mais pra frente, depois ele nem conseguiu mais renovar a carteira dele por causa da pressão. Mas foi uma coisa passageira, porque hoje em dia ele não toma medicação, a pressão tá tranquila (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Sobre o impacto da COVID-19 na vida da entrevistada e na profissão, ela mais uma vez falou do medo, dizendo que enfrentou desafios grandes e percebia que muitos passavam por situação igual ou pior:

> Então, lidar com tudo isso em nível internacional, vendo na televisão, vendo as pessoas morrendo, os corpos no passeio, que teve isso. Os corpos nos passeios, nas casas das pessoas, dentro das casas, os corpos lá acumulando, lugares ou regiões que às vezes não tinha nem como enterrar, de tanto que tava falecendo. Então, assim, é você encarar a vida e a morte de bem de perto e se vendo... a qualquer momento pode ser eu, ou pode ser um colega, ou pode ser um familiar... Um amigo mais próximo, uma pessoa mais próxima (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Segundo o relato, ver jovens e crianças morrendo foi muito penoso:

> Difícil aceitar a morte de crianças e jovens, na cabeça da gente, o nosso normal, apesar que não está nas nossas mãos decidir isso, mas na nossa cabecinha, ou na cabecinha da maioria das pessoas, tá meio que convencionado. Não, ele nasceu, ele tem que viver. E ele tem que viver um período ainda. Se uma pessoa mais velha, um idoso falece, ah, ele era jovem, mas ele viveu bastante, é meio que aceitável isso (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Ela relembra que a COVID-19 matou muitos sem distinção de sexo, cor, condição financeira ou posição social. Destaca, ainda, as perdas financeiras e pessoais, tornando a ressaltar que a área da saúde continuou a trabalhar, mas muitos precisaram ficar em casa em isolamento sem poder exercer o seu trabalho e sem receber salário, tendo de sobreviver apenas com o auxílio do governo: "Pensa uma família com muitos integrantes vivendo de R$ 600,00 e muitos ainda doentes" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela relata ter perdido o sogro para a COVID-19, e também o coordenador do setor, que era muito querido por todos, e uma enfermeira.

Na sequência, a entrevistada conta como foi lidar com a dor do próximo no período da pandemia, dizendo: "É uma questão complexa. Porque não era só a dor do outro. Às vezes era o coração tremendo... De medo, de receio, mas fingir-se forte, fazer-se forte. Para que você pudesse consolar e dar esperanças de que as coisas iriam melhorar" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela relata ter tido empatia e ter vivenciado cada momento do plantão, sempre acolhendo a dor do outro: "Era um clima pesado e um clima de o tempo todo de luto. Porque a gente entrava, a gente chegava nas dependências do hospital, na entrada, você via familiares chorando todos os dias. Eram poucos os que saíam... Foram muitos óbitos" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Abordou-se, então, a questão de sua crença e religião. A entrevistada relata ter nascido praticamente na umbanda e sempre conviveu com pessoas que acreditavam no espiritismo: "Eu sou espírita da Umbanda" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Da família, ela recorda, com um semblante alegre: "Apesar de a minha família, na época, que era composta pela minha avó, minha mãe, meu avô e uma irmã. Porque a minha mãe separou, a gente tinha um ano e pouquinho. A gente foi morar com os meus avós. E eles, eu falo assim que eles eram de fundo

católico. Até conhecerem o espiritismo" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela relata que esse processo de conhecerem o espiritismo foi em um momento de muita dor e desespero, mas que a família foi acolhida por uma senhora que trouxe muita esperança para a avó, apresentando o espiritismo. Disse que foram criados muito livres, podiam ir à religião que quisessem para poder escolher. Afirma ter ido para a igreja católica e realizado primeira comunhão e crisma:

> Mas eu sempre acreditei naquilo que eles passavam pra gente. Porque quando eu cheguei na Igreja Católica, o Pai-Nosso, a Ave-Maria, o Creio-em-Deus-Padre, essas orações de fundo católico, todas essas eu aprendia lá. E eram coisas, não tinha assim tantos rituais, mas tinha muita orientação, eu acho, com os cânticos. Com uma cultura que é meio afro, meio cabocla, sabe? Mas com muito cântico e muita orientação do mentor espiritual. Então ele dava muito conselho pra gente... As rezas, as orações, a fé (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Ela reafirma isso na Umbanda, referindo-se ao processo de passar pelo catolicismo, seguindo do espiritismo e da umbanda, quando ela veio a se firmar em dupla pertença.

> onde tem os caboclos, e tem também, na Umbanda tem os caboclos e tem os mensageiros, os mensageiros. E tem também... O escora. E ele sempre incentivava a gente a estudar, a fazer o bem. Isso era muito claro. Você tem que sempre ajudar as pessoas. Porque é isso que Deus quer, né? E sempre falava algumas passagens da Bíblia, explicando como Jesus fazia, e está vendo que na Bíblia fala assim, é isso mesmo, nessa época. Só que a diferença aqui tem a questão da reencarnação, alguns porquês de algumas coisas, de resgate de vida, de aprendizado de vida. Enfim, essas pequenas diferenças aí. Mas foi uma coisa assim que eu falo que também foi *light*. Tipo assim, não foi imposta (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Quanto à frequência religiosa, ela disse participar de poucas reuniões. Também menciona não ter uma prática religiosa hoje, pois realizava em outras épocas, mas na época da entrevista estava dedicada ao trabalho. Nesse momento, ela demonstrou muita ansiedade, esfregando as mãos e transpirando muito. Foi proposta uma pausa e a entrevista foi retomada minutos depois.

Ao ser indagada sobre como a religião a ajudou no enfrentamento do COVID-19, ela respondeu com tranquilidade: "Ela me deu forças. Ela é um lugar, principalmente quando tinha, era possível ter as reuniões, conversar com os mentores espirituais, tentar entender um pouquinho essa situação. Então, ela foi renovando energias, dando forças mesmo para continuar" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Informou que não teve qualquer discordância ou conflito espiritual com pacientes/acompanhantes e nem com colegas de trabalho. "Eu nunca deixei a religião sobrepor nem à minha profissão, nem ao convívio com os meus pacientes. Mas tentava passar aquilo que

eu aprendi para eles, tanto de fé como de força também" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Sobre os principais conflitos que ela teve, ela tornou a mencionar a morte de pessoas tão jovens: "Perder os mais jovens, aqueles que têm muita esperança e que de repente foi levado assim, sem aviso prévio, sem nada. Era até difícil você consolar uma mãe que perdeu um filho... uma avó... ainda mais complicado" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Prosseguiu: "Porque você não tem o que falar muito. É pedir Deus força para que ele aguente aquele momento, com sabedoria. E estar presente. Mas você não tem muito o que falar. E aí gera um conflito" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Aqui, nota-se a importância da enfermagem no acolhimento do acompanhante no momento da perda, ao estar presente mesmo que sem pronunciar nada, como se dissesse, com a atitude: "eu estou aqui se precisar".

Foi indagado se sua fé foi abalada em algum momento, e ela afirmou que sim: "Sim, a fé da gente. Eu falo que, não sei se acontece com todo mundo, mas imagino que sim. Tem sempre momentos altos, momentos baixos, principalmente se você está bem, está tudo bem, está tudo maravilhoso. Agora nos momentos difíceis você tende a pensar, nossa, será que é isso mesmo?" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela falou de momentos de altos e baixos que vivenciou e de dúvidas também, mas que passaram rápido: "E fé é um trem também, que é meio assim, você tem ou você não tem. E no espiritismo, amanhã eu posso ser católica, amanhã eu posso passar a ser evangélica" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Indagou-se sobre o trabalho em equipe, se presenciaram ou lidaram com algum caso grave na pandemia. Segundo ela, não houve ocorrências graves no setor em que ela trabalhou. "Não. Eu falo que na pediatria, na instituição onde a gente trabalhou, na época não foi tanto igual no adulto. E graças a Deus a minha equipe, a minha equipe noturna, a gente teve poucos óbitos. E dos quais a gente não participou diretamente... A taxa da porcentagem de recuperação das crianças infectadas com Covid foi boa" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela conta que houve muitas crianças graves que iam para o CTI, mas com boa recuperação. Às vezes, os pais adoeciam e ficavam piores que as crianças. Ela relata que hoje as crianças estão tendo mais problemas respiratórios do que naquela época: "Depois da pandemia... As pneumonias agora estão muito mais fortes. Eu falo assim, que por mim, ainda não tem nenhum estudo diretamente sobre isso, mas que a pandemia veio e sensibilizou as crianças" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Procurou-se saber se houve conflitos na equipe ou no regimento da liderança do setor, e a resposta dela foi positiva. "Sim, tinha. O que era tudo muito novo e às vezes a gente percebia

que algumas regras, algumas rotinas que eram implantadas, não estavam sendo, vamos dizer, tão eficazes" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). A entrevistada relatou que muitos funcionários adoeceram e tiveram a COVID-19, inclusive ela. Isso gerou muito conflito pela baixa de profissionais atuando na equipe.

Disse não se recordar de apoio psicológico ou espiritual na instituição. "Não me recordo, pelo menos não participei de nenhum" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Perante o enfrentamento do medo e do desconhecido, ela buscou fortalecimento junto à família e à união das colegas de trabalho, o que ajudou a fortalecer o vínculo: "No momento em que eu adoeci, a minha equipe praticamente toda adoeceu junto. Aí uma foi ligando para a outra e a gente falava assim meu Deus, como é que você está? Você está assim, assim, assim. Nossa, acabei de testar positivo. Aí a outra, nossa, testei também. Sabe, uma conversando com a outra e dando força, isso foi bom." (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela conta que a experiência foi boa para a equipe, pois puderam ver onde erraram: "E essa experiência depois foi boa para a gente, porque a gente viu, olha não, do jeito que a gente fez teve furos. Então agora a gente precisa melhorar isso. A gente sabe que dessa forma não vai dar certo" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Nesse ponto, a equipe de enfermagem começou a contornar as falhas na utilização dos EPIs.

O lidar com as perdas no período da pandemia foi difícil para a entrevistada: "Difícil, porque a sensação de perda estava presente a todo momento. Eu vou perder minha liberdade, eu vou perder minha saúde, eu vou perder a minha resistência" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025). Ela afirma ter ficado muito fragilizada no pós-COVID-19 quando voltou a trabalhar, com medo de não respirar, pois voltou com muita tosse, dor de cabeça e cansaço: "Porque estava muito novo tudo. E aí depois veio a segunda onda, a terceira onda e mais ondas e a gente foi ficando assim naquele limbo. E vivendo um dia de cada vez, mas com muito medo. Então é lidar com o medo, com o sentimento de perda" (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

A enfermeira encerrou a sua entrevista, ressaltando:

> A sua pesquisa, que é o apoio religioso e espiritual. E isso eu senti falta e eu acho interessante isso. Porque muitas vezes a gente vê nos hospitais os obreiros, às vezes até alguns espíritas mesmo, que fazem esse trabalho, pelo próprio fato do isolamento, no COVID, não foi possível. Mas fez falta. Porque quem somos nós sem a nossa fé? Sem aquilo que a gente aprendeu. Porque é através da nossa fé que a gente vai se recarregar pra inclusive ultrapassar aí essas barreiras, essas dificuldades, esses conflitos, em momentos como foi o COVID-19. Então eu senti muita falta disso. O poder da oração, da fé, ela é muito grande. Então, em todos os momentos, se isso puder ser cultivado, se isso puder ser preservado, acho que com muito respeito, com muita sabedoria, sem imposições que eu acredito, acho que vai dar muito certo. Isso é benéfico (Entrevistada 03, 47, enfermeira, 2025).

Nesse momento, ela se emocionou muito e contou sobre as orações que faziam com uma médica do setor, que era espírita, e o quanto isso foi positivo.

3.3.4 Entrevista 04, realizada no dia 01 de dezembro de 2025 – Espírita

Entrevistada 04: 45 anos, divorciada, duas filhas, vinte anos de profissão. A entrevistada trouxe o relato do impacto do isolamento social em sua vida pessoal: "Impactou principalmente na minha família. Na minha casa, todos trabalhavam em *home office*, no caso meu ex-marido na época, e eu precisava ir trabalhar normalmente. As crianças fora da escola, então foi um cenário completamente diferente" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Ela menciona o medo e a dúvida perante o desconhecido: "E o medo, né. A dúvida e era tudo muito novo. Então, isso acometia toda a população e nós como profissionais de saúde precisávamos nos portar de maneira diferente, mas existe um medo enrustido ali naquele momento" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Como profissional da saúde atuando em linha de frente, ela se via na obrigação de erguer a cabeça e enfrentar o desconhecido.

Perante o isolamento, a entrevistada enfatiza como foi lidar com ele: "Olha, na realidade, para mim, esse isolamento não mudou muito nas minhas rotinas... Mas era importante que eu tivesse todo o conhecimento possível para passar para as pessoas, tanto para os pacientes quanto para os familiares" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Assim, ela relata que o isolamento atingiu a todos, mas que não o sentia diretamente, pois continuou com sua rotina de trabalho como sempre fizera, mas ressalta a ausência dela na família.

Quanto ao impacto da COVID-19 em sua profissão, a entrevistada responde da seguinte forma: "Olha, eu acho que vai além da profissão, né. Eu acho que a COVID, assim, pensando espiritualmente, ele veio nos trazer novas formas de pensar. De se reinventar, de avaliar os projetos, olhar para dentro de você mesmo e saber o que é que importa na vida" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Aqui ela traz uma reflexão de que o impacto vai além do âmbito profissional, propondo repensar as nossas escolhas e prioridades. A respeito da profissão, ela diz:

> Na minha profissão, eu acho que eu consegui olhar com o olho, com olhos nus o que a gente acaba tendo uma rotina diária e não consegue enxergar realmente o papel que a gente tem e o profissional que a gente é. Que nós realmente somos linha de frente e isso tem um papel muito importante, assim como ser humano. A gente tem um propósito (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Ela comenta a percepção de olhar com olhos nus, valorizando a escolha e o trabalho do profissional, descartando o romantismo com que muitos veem a enfermagem, rotulada como um trabalho bonito: “E só quem trabalha dentro da profissão que sabe o tanto que isso mexe com o emocional, com o psicológico e com a saúde” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Ao questionar sobre a perda de alguém próximo para a COVID-19, ela confirma o ocorrido: “Sim, perdi da família de primos próximos” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Sobre lidar com a dor do outro durante a pandemia, ela enfatiza: “Foi difícil porque como era algo muito novo, a gente também ficou muito assustada. Então até pra você acolher aquela pessoa, acolher o sentimento dela, a gente teve que se reinventar... Então a gente teve que reconstruir até a forma de lidar com isso pra acolher o outro” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). A entrevistada continua o relato sobre o seu setor do neonatal e conta como foi o acolhimento dos acompanhantes mediante a perda: “Tiveram bebês órfãos de mães durante a pandemia, né. Então a gente precisou acolher pais, avós... E uma família inteira” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Ela continua contando sobre como eram feitos os partos no CTI adulto, juntamente com sua equipe do neonatal, e como transportavam os bebês nas incubadoras pelos corredores, até chegar à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal.

Agora, abordando um pouco sobre a sua crença ou religião, a entrevistada se apresenta:

> Hoje eu sou espírita, kardecista. O destaque que eu acho da religião é que ela nos traz algumas respostas perante o que somos. Eu acredito que nós somos alma. A gente não é só corpo, nós somos corpo e alma. E a nossa alma é milenar. Eu acredito que já tenhamos tido passagens, que tenhamos propósitos e que nada que aconteça na nossa vida ou algo que a gente faça ou construa não tenha um bem maior. Não tenha um propósito. Então acho que cada um tem um dever. Em nome de Deus, sempre em nome de Deus (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Ela conta um pouco mais a respeito de sua frequência religiosa: “Tem o sábado, né, que a gente se reúne. Tem os passes... Uma vez na semana ou aos sábados. E são reuniões que falam sobre o Evangelho, né. Segundo Allan Kardec” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Ao ser indagada sobre suas práticas individuais ou privadas, a entrevistada questiona se seriam práticas semelhantes à caridade juntamente com o centro espírita, e continua dizendo: “Geralmente, Natal, Dia das Crianças, é onde a gente vai e faz as doações. Inclusive, eu incluí as crianças nessa conduta. Delas mesmas fazerem a distribuição das doações de brinquedos, roupas” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Durante a pandemia, a sua religião a auxiliou a seguir em frente, dando forças:

> Acho que ela me auxilia muito em dar força. Fé. E... Eu acho que ela impulsiona, né. Quando a gente tem um propósito, isso impulsiona a gente a... Acreditar em não desistir, não se entregar, não tomar pra gente, aquele sentimento de angústia, de tristeza, de desespero. Porque a gente precisa estar forte... Por mais que você tenha medo, a gente tá ali no papel de orientar, de encorajar, de cuidar, de curar (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

A entrevistada relata que não houve conflitos espirituais com paciente ou acompanhante devido à religião: "Não, em nenhum momento. Porque eu acho que nesse momento de enfrentamento, né. De uma pandemia, eles visualizam o profissional ali como um parceiro" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Ela complementa, dizendo que, no acolhimento, a enfermagem lida com diversas religiões, sempre permitindo a entrada de pastores e outros líderes religiosos. Ademais, contribui com o relato de como lidou internamente consigo mesma, enquanto profissional:

> Olha, de verdade, não existiu esse conflito. Eu acho que a cabeça da gente é tão voltada para criar estratégia para que as coisas ocorram da melhor forma possível. Inclusive, como que são os processos? Como que acontece? Quem que pode entrar? Quem que não pode? Quando que pode ser? A resposta da CCIH? O resultado dos SWAB? Se é COVID, se não é. Que a gente fica tão voltada para os processos acontecerem da melhor forma possível que eu acho que não houve um conflito comigo como enfermeira, não. Acho que a cabeça e a mente da gente ficam muito ocupada em organizar o serviço. Então, eu não tive isso, graças a Deus. Como profissional, não (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Em meio ao período pandêmico, embora muitos tenham tida a sua fé abalada, a entrevistada relata sua experiência pessoal: "Não, em momento nenhum" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Dito isso, ela foi questionada sobre como fez para manter essa fé, e ela respondeu:

> Eu acho que eu visualizei essa minha fé com essa fortaleza depois que eu via e assistia as pessoas se definhando, as pessoas se entregando, as pessoas todas desmoronando com esse acontecimento. E eu me via estável, sem entender por que eu estava forte ali, em pé, com tantos acontecimentos. E eu me vi como profissional e como pessoa também, uma pessoa forte. E a fortaleza vem da fé (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Indagou-se, então, se a equipe da entrevistada teve de lidar ou presenciou algum caso grave na pandemia:

> A gente ficava com os bebês e a gente tinha que lidar com as famílias. E naquele momento ali, naquele cenário, as famílias não podiam visitar os bebês. Então, era muito complicado. E o enfrentamento que a gente teve foi com a própria equipe. Alto

> índice de absenteísmo. Uma equipe completamente desfalcada. Foi necessário um chamamento emergencial (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Apesar do cenário pandêmico que vivenciava, a enfermeira relata não ter tido óbito de nenhum bebê para a COVID, ressaltando que o índice de gravidade nos bebês eram muito baixo, em comparação com a gravidade no adulto com doença já preexistente:

> Não houve óbito de bebês. Até porque, né, não tem estudos comprovados em que o COVID possa ser transmitido via placentária... Então, os bebês que nós tivemos casos de COVID em bebês foram bebês que tiveram alta para casa e retornaram para o hospital. Não foram bebês que nasceram de mães de COVID, foram bebês que adquiriram COVID fora da instituição (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Referente a conflitos na equipe ou no regimento da liderança do setor, a entrevistada relatou a falta de funcionários. Em meio aos conflitos, houve casos como gestantes que não poderiam exercer suas funções no hospital e receberam trabalho *home office*, ficando encarregadas de executar Protocolo Operacional Padrão (POP) e administrar treinamentos. Isso tudo para poder mantê-las longe do perigo:

> Sim, existiam conflitos entre a liderança, principalmente na rotatividade da escala, que é um problema que o enfermeiro enfrenta desde a formação. E, no caso, nós tínhamos uma unidade de isolamento de COVID e essa unidade era um conflito para que as técnicas assumissem esse setor. Então, muitas delas tinham relatório restritivo, então a gente teve muita dificuldade de cobrir esse setor do isolado respiratório (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Foi questionado se, durante o enfrentamento do COVID-19, houve algum tipo de apoio psicológico ou espiritual, e a entrevistada conta que: “No meu setor especificamente, não. Nós tínhamos na instituição, no hospital, mas os horários, as cargas horárias para esse apoio eram incompatíveis com os plantões. Então, eu acredito que teve pouca assistência” (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Ela ressalta que não tinham autorização para ser atendidas no horário do plantão, uma vez que já estavam com baixa de funcionários. Quanto ao apoio espiritual, ela informa que existia uma capela, onde eram ministradas missas, mas não teve nada especificamente relacionado ao COVID.

O medo do desconhecido era algo vivenciado diariamente por todos na pandemia. A enfermeira nos trouxe a sua realidade e descreveu como foi vivenciar essa situação:

> Na realidade, não houve enfrentamento... Ele teve que ser camuflado. Dentro da gente, como profissional de saúde. Foi medido pela nossa força interna mesmo. Pela religião, que eu acho que foi o que auxilia muito. Porque, na realidade, não foi trabalhado nada para isso. A gente foi simplesmente jogado numa situação desconhecida e ela foi

> sendo estudada ao longo da pandemia. Então, o que a gente tinha de informação, a gente transferia entre os outros, entre os colegas. Estudava, líamos artigos, víamos reportagens e essas, quando foi a divulgação também, foi completamente além do normal. Do natural (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Em meio ao caos das informações eclodiam muitas *fake news*, e a entrevistada relembra da gravidade e da necessidade de os profissionais reconstruírem a realidade com base em estudos e notícias de fontes confiável, sempre repassando as informações para a equipe.

A pandemia trouxe muitas perdas, e lidar com elas não é uma tarefa fácil. A entrevistada relata seu ponto de vista, dizendo: "Olha, eu acho assim, eu acho que pela minha espiritualidade eu acho que esse isolamento social foi necessário. Sabe? Foi necessário. Foi pra uns, né? Foi algo muito difícil de ser compreendido e pra outros foi aprendizado" (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025). Ela continua a reflexão da importância de saber priorizar as coisas importantes na vida, o amor, estar junto das pessoas e não pensar só no material, valorizando os detalhes da vida. O isolamento social fez parte dessa transformação e da evolução do espirito.

Aproveitou-se o ensejo para perguntar como a sua espiritualidade auxiliou para que outros pudessem caminhar:

> Com certeza, indiretamente sim, né? Porque nós somos essência, a gente é o que a gente pensa. Então, paralelo à minha profissão, eu sou eu. Então, isso associado com o que eu tenho de carga profissional também, eu acho que cada um tem uma característica própria. E isso serve pra levar muitas coisas. Não só o atender, o cuidar, mas psicologicamente, pra abrir a cabeça, a forma de pensar. A gente contribui também, em qualquer momento, em vários momentos (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

Ainda sobre a fé da entrevistada, perguntou-se a respeito da sua visão sobre a reencarnação e como via a morte:

> Com certeza, a religião e a nossa crença, a nossa fé sempre contribuem para a pior das situações na vida da gente. E isso me conforta... Porque eu não acho que pronto, acabou, morreu, acabou, nunca mais. Não, é uma passagem. Aquela pessoa aprendeu, ela não precisou estar tanto tempo na Terra, ela já cumpriu o seu propósito. Eu, na Neonatologia, por exemplo, os bebês nascem e alguns vivem 15 dias e sofrem durante esses 15 dias. As leis de Deus. Por que um serzinho tão pequeno sofreria tanto? Por que uma mãe perderia um filho? Então, eu acho que tudo tem que ter uma resposta e isso me deixa forte, isso me conforta. Essa é pra mim, a minha fé é a minha resposta (Entrevistada 04, 45, enfermeira, 2025).

3.3.5 Entrevista 05, realizada no dia 15 de janeiro de 2026 – Católica

Entrevistada 05: 48 anos, casada, possui filhos, dezesseis anos de profissão. A entrevista se iniciou com a pergunta de como foi sua jornada como enfermeira. A entrevistada conta já ter passado pela área administrativa de secretarias estaduais e municipais, transporte médico hospitalar, hospitais públicos e privados e pelo Programa Saúde da Família (PSF). No momento da conversa, assim como no período pandêmico, ela trabalhava na pediatria.

Com o conhecimento de sua caminhada como enfermeira, questionou-se como foi lidar com o isolamento social e o impacto que causou em sua vida: "Nossa, teve um grande impacto porque eu sempre, apesar de trabalhar muito, eu tinha uma vida social. Em que eu gostava de ir à igreja, gostava de ter reuniões entre familiares e entre amigos. E eu perdi isso tudo, da noite para o dia, impactando muito assim o meu estado emocional também" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). A entrevistada também relatou que, poucos meses antes do início da pandemia no Brasil, passou pela perda de sua mãe e conta que sentiu falta da socialização entre amigos e familiares nesse momento de luto. "E foi um período em que havia poucos meses em que eu havia perdido a minha mãe, né? E era um momento em que eu precisava muito desse apoio de amigos, de parentes" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Mesmo diante uma perda tão importante em sua vida e de uma crise sanitária que fechou a todos em isolamento, ela relata ter lidado, com bastante seriedade, com o desconhecido:

> Bom, eu sou uma pessoa que, eu sou fácil de lidar com regras e ter consciência que aquilo que precisa ser feito, ele tem que ser seguido. O fato de ter a facilidade de lidar com regras, de entender a gravidade da doença na época eu conseguia administrar bem, mas eu sentia falta desse afeto, desse calor humano, do abraço, do contato físico. Então, assim, a parte mais difícil foi essa (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Em seguida, ela complementa que, apesar da impossibilidade do contato físico, os amigos e familiares sem mantiveram presentes por ligação telefônicas, sendo a fase em que ela mais utilizou o telefone em sua vida.

Em meio a todas as mudanças que vinham ocorrendo ao mundo, os profissionais da enfermagem tiveram grande impacto em suas vidas profissionais, conforme o relato da entrevistada:

> Na minha vida, ficou o exemplo, assim, de que a gente não vale nada nessa vida, não tem aquele que é mais favorecido financeiramente, que tem mais dinheiro, que tenha bens, que na pandemia teria um atendimento melhor do que o meu. Então, me fez entender que a morte ela vem, a doença ela vem, ela

> vem pra todos sem distinguir sexo, idade, classe social. Então, eu me assustei um pouco com isso, sabe? (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

O medo foi presente tanto na vida pessoal quanto na profissional, pois ela percebeu que os hospitais na época não estavam preparados para algo tão danoso como foi a COVID-19:

> Não estávamos preparados com EPIs, com orientações, com vacina, com tratamento, com isolamento. Então, sempre era uma orientação nova que às vezes não era o que a gente achava que era o ideal. Então, assim, isso deixou a gente muito confuso sabe, isso causava medo, mais o medo ainda de ver que o fato de não estar preparado pra aquilo. Eu sempre achava que eu ia contrair a doença e que eu iria morrer também (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

A enfermeira conta que foi um período difícil, cheio de incertezas, e acredita não ter contraído a doença ou, se contraiu, foi de forma assintomática, pois assim que a vacina esteve disponível, ela a tomou.

Em meio a tantas perdas pela doença, ela fala de vizinhos, no âmbito pessoal, e de pacientes, no âmbito profissional: “Familiar, não. Conhecidos, vizinhos, sim, muitos. Muitos, mesmo. Pacientes que eu acompanhava... Tive um grande coordenador do meu setor, ele morreu com o Covid, isso impactou muito na vida da gente no trabalho” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Mesmo com as perdas, a profissional precisava se manter firme para dar acolhimento aos pacientes e aos outros acompanhantes no momento da perda: “Nossa, é muito triste, por quê? Você pega aquilo para você, não tem como você não se sensibilizar. Então, assim, é a mesma coisa de você estar fragilizada e precisando ser acolhida e ter que acolher” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). O acolhimento era contínuo. “Então, eu acho que a fé é que nos fortalece para estar acolhendo o próximo que estavam todos ali fragilizados o tempo inteiro. Então, assim... Foi muito difícil, mas passou a ser uma ação diária” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Quanto à religião e fé professadas pela enfermeira, ela afirma: “Eu sou católica” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Em relação à frequência religiosa, ela menciona: “Olha, quando a minha mãe era viva, a minha presença física na igreja, ela era bem maior do que hoje, porque a gente fazia isso juntas” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). A perda da mãe, que era um dos seus pilares, acabou deixando-a abalada emocionalmente, mas sua fé permaneceu: “Depois da perda dela, eu tentei seguir, mas sozinha e é difícil. Meu esposo é católico, católico fervoroso também, mas é o católico de não estar frequentando a igreja, mas a gente estar ali presente nas nossas orações diárias” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Ela

explana que a chegada da pandemia ocorreu após a morte de sua mãe, e recorda do cuidado de Deus para que ela não vivenciasse o COVID-19:

> Graças a Deus, quando a pandemia chegou, minha mãe tinha falecido meses antes e se minha mãe estivesse viva naquele momento, ela teria morrido na pandemia e o que era pior para mim, ela ia ficar sozinha, que a gente não ia poder ter o contato, que teve esse isolamento também. Então, foi onde eu agradeci a Deus por ter levado a minha mãe antes. Talvez aquilo ali fosse traumático para ela e para a gente (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Em meio ao caos, sua fé oscilava, mas se manteve: "Então, nossa, a minha fé ia do 8 ao 80, mas ela tinha chamas altas, chamas baixas, mas assim, ela estava lá" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). E prosseguiu, relatando: "Foi abalada o tempo inteiro. O tempo inteiro. O tempo inteiro, mas eu nunca deixei de tê-la. Nunca deixei de tê-la" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Ela declarou não estar frequente na igreja, mas relatou que mantém uma prática individual ou privada:

> Infelizmente, eu não participo por falta de tempo, mas é até vergonhoso falar isso, uma falta de tempo. Hoje eu trabalho em dois lugares, eu tenho a minha casa, eu tenho meu pai para acompanhar, então, eu trabalho de dia e eu trabalho à noite. Então, destinar um tempo para ações da igreja, eu não faço, mas eu tenho a minha prática diária (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

A sua religião foi um apoio em meio à crise sanitária: "Nesse momento, eu não falo que foi somente a minha religião, porque eu amo louvor. Então, foram muitos louvores, louvores católicos, outros louvores evangélicos e eu tinha que estar sempre na presença do louvor, no meu carro, em casa, colocando no YouTube, ouvindo, higienizando a minha casa no louvor" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Aqui ela demonstra como o louvor a amparava, auxiliando para aumentar a sua fé.

Apesar do medo constante, ela relata não se recordar de nenhum conflito espiritual com pacientes e acompanhantes, nem mesmo com colegas de trabalho: "Nossa! Passaram-se muitos anos, né? Então, assim, lembrar de algum conflito, eu não consigo me recordar. Se eu não me recordo, é porque talvez eu não tenha tido ou tenha tido" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Contudo, a enfermeira relembra seus conflitos internos: "O medo. O maior foi o medo... O medo de morrer, o medo da vacina, se realmente eu vacinava ou não, porque foram tantas *fake news* que lançaram. Então, o medo, ele era constante em minha vida. Constante" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

A sua equipe presenciou casos graves e perdas ao longo da pandemia: “Teve a perda, do nosso coordenador. Tivemos colegas que contraíram, né? O vírus, mas não ficaram graves. A gente teve colegas que tinham outras comorbidades, mas que com o Covid também acabaram indo a óbito” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). A cada vez que ocorria um óbito, a vida dos profissionais e suas respectivas fés eram abaladas com o medo. Ela prossegue, dizendo: “A perda é difícil porque a gente sempre luta pra melhora clínica, física, mental do paciente, não pra perda, né? Então, quando acontece isso, isso nos assusta, nos choca” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Entre a equipe e a liderança do setor, contudo, havia conflitos:

> Havia conflitos porque a gente tinha os sinais e sintomas da doença, que na maioria das vezes eram sinais e sintomas de uma gripe, de uma rinite, que muitos não queriam testar. E aí ficava sempre aquela interrogação, não querem testar com medo da doença, né? De saber que tá contraindo a doença, o medo da morte, ou realmente achavam que aquilo tinha... Conheciam o seu organismo e achavam que tinham a certeza que não, era só uma rinite, um resfriado. Então, isso por muitos da equipe ter o horário de descanso e ter que ficar junto naquela mesma, mesmo quarto, com um funcionário tendo indício de que tava com COVID, isso gerava conflito. Porque eles não queriam dormir em quarto separado, os outros não queriam junto e, enfim, geravam (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

O medo e a insegurança pairavam sobre o setor, em que se nota, por meio do relato da entrevistada, uma falta de empatia entre os colegas de equipe, o que acabou gerando muitos conflitos: “Então, o outro falava que ia embora porque o outro não queria dormir em outro quarto, reclamava que tava lá trabalhando com uma coriza e que não devia estar lá, e o outro não queria ir” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). O conflito constante e a desconfiança da equipe uns com os outros fez com que tivessem a escala reduzida, até o momento em que adquiriram o SWAB para fazer a coleta, que dava o resultado na hora, e eles precisavam protocolar o afastamento do profissional. “Então, sempre a escala tava reduzida” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Junto desse caos na instituição, havia também dificuldades relacionadas aos EPIs: “Tivemos, porque chegou um protocolo que a cada... A máscara, vamos colocar, a máscara comum, a máscara cirúrgica, a gente poderia usar, mas a partir do momento que umedecesse, tinha que trocar. E aí, quando a gente ia trocar, foi trocando, trocando, já não tinha pra substituir. Aí foram se modificando vários protocolos. Não, agora não precisa mais trocar” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). A falta de consistência nas orientações passadas deixava os profissionais com o questionamento: “Não precisa trocar, porque realmente foi identificado, estudado que não precisa, ou foi modificado pra gente gastar menos EPI? Então, e foi isso com máscara cirúrgica, foi isso com máscara N95, foi isso com capote, foi isso com isolamento na

enfermaria" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Ela explica melhor sobre a mascara N95, que ofertava uma proteção maior do que uma cirúrgica simples, mas que, consequentemente, tinha um valor mais elevado: "N95 é uma máscara que possui um filtro que filtra, não 100%, mas a maior parte, pra não deixar com que o vírus chegue até a gente por via respiratória ou gotículas. Então, é uma máscara de custo mais elevado" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Nota-se em sua fala seguinte que a falta de informações gerava dúvida e desconforto na equipe, principalmente considerando a queda de qualidade dos EPIs:

> Os capotes, no início, eram de uma qualidade que a gente já estava acostumada a tomar. Usar o capote melhor, mais resistente, e aí foi se usando muito, chegando capotes cada vez mais finos, finos. A impressão que dava era que se tivesse com capote ou não, pela tão ruim qualidade, se ficasse sem capote, daria o mesmo (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Em determinado momento, ela teve a percepção de que o hospital não tinha capacidade de suprir os profissionais com os EPIs:

> Esse impacto no hospital foi muito ruim pra gente, porque a gente viu que o hospital não estava preparado pra atender a gente com os EPIs necessários que a gente precisava diariamente. Tinha dia que faltava máscara, aí chegou o momento que o hospital passou a orientar a gente que a gente poderia usar máscara de tecido, que era de tecido, era que a gente usava na nossa casa, mas uma máscara de tecido vai nos resguardar, iria nos proteger dentro de um hospital onde tinha vários pacientes e internados (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

É de se esperar que, em meio à crise, o emocional seja abalado, e a enfermeira discursa a respeito do apoio psicológico ofertado pelo hospital: "Nossa, demorou muito o hospital a disponibilizar apoio psicológico, muito" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Apesar da demora institucional para esse suporte, a entrevistada já fazia acompanhamento particular e o manteve no decorrer da pandemia: "Eu não precisei porque eu já fazia terapia à distância. Então, eu continuei com o meu atendimento, mas eu não cheguei a usar o atendimento do hospital" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Apesar da demora para o suporte, ele veio, mas nem todos acessavam:

> Nem todos acessaram. Porque aí que tá o X da questão. Porque às vezes reclama, às vezes é ofertado e nem todos procuravam. E também nem se todos procurassem, eu acho que o hospital não teria um número X de funcionários pra atender a todos os funcionários do hospital, não teria mesmo. Então, talvez isso deva ter sido algum dos motivos pelo qual não todos tiveram acesso (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

E quanto ao apoio espiritual ela nos relata que teve apenas entre os colegas de profissão, pois o hospital não ofereceu esse tipo de suporte em específico: “Espiritual era só os colegas de outras religiões que sempre estavam ali fortalecidos, que a gente trocava experiência e fazíamos orações sempre no início do plantão, pedindo proteção a Deus, né? Pra Deus aumentar, fortalecer a nossa fé pra gente passar por esse momento difícil” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Chegando próximo ao fechamento da entrevista, questionou-se como foi enfrentar o medo e o desconhecido, ao que ela respondeu: “O meu enfrentamento do medo foi acreditando em Deus, a minha fé. Eu tinha sempre a frase da minha mãe que nos momentos mais difíceis da minha vida ela falava, isso vai passar tudo passa” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Ela mencionou, ainda: “E a gente foi vendo também o cenário vagarosamente melhorando e a gente foi acreditando que realmente aquele momento ia passar. Então, foi com muita oração, pedindo Deus muita sabedoria, fortalecimento espiritual pra gente estar ali. Pra passar por esse momento difícil. É a fé, não tem explicação, é só a fé” (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

E quanto às perdas nesse período pandêmico, a enfermeira disserta que, mesmo que a perda seja precoce, não temos como fugir dela, restando apenas aceitar:

> Lidar com perdas não é fácil porque a gente vê no noticiário, na TV... Pelos rádios, que morreram mais tantos, aumentando o número de óbitos, aumentando a estatística, mas quando chega alguém próximo de você, é difícil de acreditar. Então, lidar com perdas não é fácil, mas elas não deixam de acontecer... A gente sabe que acontece, mas quando chega a acontecer com alguém próximo da gente, a gente sofre, não tem como não sofrer, né? Mas vai acontecer, se faz parte do nosso ciclo da vida, então a gente tem que aceitar (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Aqui se finalizaram as perguntas e foi deixado um espaço para que a entrevistada pudesse narrar algo que sentisse vontade, que não tivesse sido perguntado. E ela disse:

> Olha, quando eu vi que a gente tava conseguindo passar pelo COVID-19, que foi que o cenário começou a melhorar, que a gente conseguiu ver uma luz no fim do túnel, que a gente ia sobreviver, que as vacinas chegaram, que estava sendo eficaz, eu me perguntei por várias vezes, será que vai vir outro vírus? Será que a gente vai passar por isso de novo? Será que se vier um outro, será que eu vou sobreviver? Será que se acontecer de novo, eu não vou surtar? (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

Nesse ponto, foi possível ver, de maneira direta, como o medo instaurado pela crise sanitária atingiu o emocional das pessoas como um todo, seja pessoal ou profissional, pois ambas as áreas foram afetadas: “Então assim, eu me questionei muito, a Deus, me questionei, questionei muito, a Deus, será que nós vamos passar por isso de novo? Então esse é ainda o

meu maior medo, sabe? Pra que eu consiga ficar bem, eu vou traçando estratégias, que é sempre a positividade" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

É notório como a fé a auxiliou a passar por tudo com uma visão mais otimista, de que as coisas iriam melhorar: "Então é um medo de acontecer novamente... Isso pra mim, isso ainda me aterroriza... Porque na época eu cheguei a pensar que era o fim do mundo, era os fins dos tempos anunciados na Bíblia. Teve um momento em que minha fé estava tão abalada que eu cheguei a achar que a gente ia morrer mesmo, todo mundo. Então assim, é isso" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026). Enquanto a entrevistada fazia seus últimos relatos, ela se emocionou, e finalizou, dizendo: "Não tem como não se emocionar, foi uma fase muito ruim, né? Muito ruim, em que a gente teve que aprender a viver e a renascer, porque eu considero que a gente renasceu. A gente renasceu" (Entrevistada 05, 48, enfermeira, 2026).

3.4 Análise

Nesse momento será realizada a análise das entrevistas, bem como a interpretação e suas perspectivas mediante os autores citados no capítulo 1, com o acréscimo de autores que corroboram para a explicação dos dados coletados. Para o desenvolvimento da análise, é utilizada como referência a proposta da pirâmide de Maslow, chamada de "Hierarquia de Necessidades", em que cada nível dessa teoria se refere a um estado de sustentação da vida, desde suas necessidades básicas até a realização pessoal, que é o topo da pirâmide.

Figura 4 – Pirâmide das necessidades, por Abraham Maslow



Fonte: (Adaptado de Equipe do Significados, s.d.)

3.4.1 Fisiologia – Fé no acolhimento sensível e silencioso

Diante dos relatos deixados pelas enfermeiras, observa-se bem a fala de Maslow (1995), quando ele traz a proposta de sua "Hierarquia de Necessidades", abordando o acolhimento sensível e espiritual. Ele propõe importantes reflexões, nas quais, em sua visão, o tratar da espiritualidade não é voltado às formas religiosas tradicionais, mas sim aos valores intrínsecos presentes na experiência humana.

O acolhimento sensível se encontra na base de sua pirâmide, em que o profissional da enfermagem é o responsável por prover as necessidades básicas, como água, alimento, medicação, cuidados da higiene, suporte emocional e espiritual. Ao decorrer dos relatos, as enfermeiras narram suas experiências vivenciadas durante a pandemia da COVID-19. Algo que todas as entrevistadas relatam em comum foi a respeito da dificuldade de acolher a dor do próximo em meio a uma crise sanitária, na qual todos estavam sendo afetados, inclusive a própria enfermagem. A entrevistada 01 explana muito bem esse sentimento, quando narra a respeito do sofrimento pela perda da criança e o acolhimento do acompanhante, e também quando fala sobre como entrava em sua missão, utilizando todos os recursos possíveis e disponíveis, mas, ainda assim, sem o poder de ajudar ao ponto de não perder aquela vida. A entrevistada 05, por sua vez, revela a dificuldade de manter-se firme sem se sensibilizar, tendo de acolher mesmo se sentindo fragilizada e necessitando de acolhimento. As demais entrevistadas, 02, 03 e 04, apenas mencionam mais superficialmente essa dificuldade, sem entrar em detalhes.

A fé teve um papel importante no acolhimento silencioso. De acordo com Simone Weil (2001), a fé não é apenas uma crença estática ou uma adesão formal a doutrinas religiosas, e sim uma ação do espírito que se manifesta na entrega do invisível. Sem dissociar a fé da religião, ela compreende que toda fé tem sua origem em uma crença maior que transcende o indivíduo, sustentando o ser humano diante das adversidades e impulsionando-o à busca de sentido em meio a situações difíceis. Referente à fé, tem-se o relato da entrevistada 04, que disserta a respeito, dizendo que foi isso que a manteve de pé e a auxiliou, dando um propósito, o qual a impulsionou para lutar e não se entregar para aquele sentimento de angústia, de desespero. Mesmo com medo, seguia cumprindo o seu papel como profissional, orientando, encorajando, cuidando e buscando a cura. Aqui se nota como a fé tem um protagonismo na vida do profissional, manifestando-se no silêncio da alma ou nos gestos de cuidado, solidariedade, resistência e suporte espiritual. Ressalta-se que a fé não elimina o sofrimento vivenciado, apenas auxilia a moldar a forma como é visto e sentido. Assim, a integração da fé ao cuidado nas práticas clínicas amplia a compreensão da complexidade do ser humano em diferentes âmbitos: corpo, mente e espírito.

3.4.2 Segurança – Conflitos na equipe e falta de EPIs

Para Rothebarth e Lima (2016), conflitos podem ser tanto emocionais quanto racionais, e a maneira como se lida com eles define diretamente o seu efeito construtivo ou negativo. Sendo assim, é necessário considerar o cenário institucional em que esses profissionais atuam, assim como suas relações sociais e as variáveis que alteraram a vivência e a gestão dos conflitos emocionais.

O conflito em uma pandemia é algo um tanto quanto natural, pois as pessoas se encontram paralisadas com o medo, tentando se agarrar a qualquer coisa que as dê segurança. A entrevistada 01, evangélica, relatou como foi difícil tentar levar a palavra de Deus para os pacientes e seus acompanhantes, pois já estavam tão saturados com o noticiário falando sobre morte diariamente que se questionavam, perguntando onde estaria Deus em uma pandemia, permitindo que as pessoas morressem. A entrevistada 01, inclusive, revela ter tido a fé abalada nesse momento, por não encontrar uma resposta imediata para a situação.

A entrevistada 02, de dupla pertença – espírita e umbanda –, afirma não ter tido conflitos com os pacientes nem com os acompanhantes, pois não tentou impor em momento algum a sua religião ao próximo. Porém, houve conflitos com colegas de trabalho, que por acaso a viram

guardar sua guia e artigos de sua religião na bolsa, e a partir dali, mudaram o tratamento para com ela e passavam a evitá-la.

A entrevistada 03, também de dupla pertença – espírita e umbanda –, menciona o conflito interno vivenciado ao presenciar tantas mortes de pessoas tão jovens, e ressalta que, se fossem mais velhas, ainda sentiria a perda, mas quando ela ocorre de forma prematura a aceitação é mais difícil. Ela prossegue, contando que, na sua equipe noturna, houve poucos óbitos, pois os pacientes, em sua maioria, davam entrada no período diurno, tendo uma piora gradativa do dia para a noite e vindo a óbito na manhã seguinte. Essas perdas abruptas dos pacientes fizeram com que sua fé sofresse altos e baixos, com momentos em que questionava se iria superar.

Quanto à entrevistada 04, espírita, um dos poucos conflitos que ela relatou foi o medo e a desinformação oriunda das *fake news*, mas vale ressaltar que foi a única que não relatou abalo da fé. No mesmo sentido, a entrevistada 05, católica, indaga a respeito da quantidade de *fake news* à qual ela era exposta. O medo e a incerteza eram constantes, a sua fé chegou a ser abalada, mas, ainda assim, nunca deixou de tê-la.

O principal conflito que as enfermeiras vivenciaram era relacionado à equipe, pois todas as entrevistadas relataram ter tido algum conflito nesse âmbito. Aqui serão mencionados os dois principais problemas que pairavam sobre a instituição, sendo o primeiro a falta de EPIs. Tem-se o relato da entrevistada 05 narrando que, em um primeiro momento, recebiam a instrução do uso da máscara cirúrgica, e posteriormente receberam a ordem de que deveriam trocá-la sempre que ficasse úmida. Em certo momento, a instituição decidiu que não era necessária a troca excessiva, sem deixar claro o motivo, se seria por economia de material ou realmente houve estudo comprovando a eficácia do uso de uma única máscara. Ela segue narrando também sobre os capotes que, no início, tinham uma qualidade e, com o passar do tempo, foram ficando cada vez mais finos, ao ponto de comparar o EPI a algo desnecessário de tão fino que ele chegou a ficar. Esse impacto no hospital, em relação à qualidade dos EPIs, trouxe a sensação de insegurança aos profissionais da saúde, pois para eles era nítido que a instituição não estava preparada para protegê-los.

A narrativa da entrevistada 05 corrobora com o segundo conflito relatado por todas as entrevistadas, que foi a falta de funcionários. A entrevistada 04 ressalta o conflito da equipe quanto à rotatividade da escala, conflito que o enfermeiro enfrenta desde a sua formação. No momento da pandemia, esse conflito se intensificou, dada a dificuldade de o profissional aceitar ficar na ala isolada da COVID. Por conta da precariedade dos EPIs, muitos profissionais

acabaram contraindo a doença, como relata a entrevistada 03. Ela conta ter sido infectada, assim como outros colegas de trabalho, gerando baixa de funcionários. A entrevistada 02 apresenta o ponto de vista da liderança, dizendo que temos uma enfermagem "envelhecida", ou seja, uma equipe formada por profissionais atuando já há muitos anos na profissão. Ela mostra a dificuldade de fazer a enfermeira ou uma técnica de enfermagem com 15 ou 20 anos de carreira obedecer à ordem de usar máscaras, de levar a sério a crise sanitária vivenciada e que, quando finalmente começaram a compreender a gravidade da situação, elas já estavam tendo baixas de colegas de profissão e enfrentando escala reduzida, seja por comorbidades ou por terem contraído a doença em si. A entrevistada 01 fala que era um momento de tensão em que viviam e que deveriam passar juntas, em união, dando suporte umas às outras, porém na prática era diferente, pois muitas não colaboravam.

De acordo com Trenchciampone (2016), o enfermeiro, como profissional da saúde, é o protagonista para a resolução de vários problemas, desde o atendimento do paciente até conflitos administrativos. Ao lidar com a baixa da escala, compromete-se diretamente o atendimento e o cuidado do paciente, o que intensifica a carga emocional e os conflitos vivenciados, incluindo aqui os de natureza espiritual.

Os relatos demonstram que a baixa de funcionários e a sobrecarga dos profissionais, dada a falta de EPIs adequados à situação pandêmica, afetava gradativamente o emocional e o psicológico da equipe. Era necessária uma atenção especial da instituição quanto à saúde psicológica da enfermagem, pois relatou-se que poucos tiveram acesso, por parte institucional, ao atendimento psicológico, e mesmo aqueles que tiveram acesso ao atendimento ofertado pelo hospital ainda sofriam a dificuldade de acesso, uma vez que não poderiam deixar o setor para consulta. Apenas a entrevistada 05 teve acompanhamento psicológico privado, iniciado anteriormente à pandemia. Ela conta também que, em seu setor, a própria equipe se uniu para ofertar conforto religioso umas às outras, independentemente da religião. Elas se uniam para orar e professar a sua fé de acordo com a crença de cada uma, confiando em que tudo daria certo no final.

3.4.3 Amor/relacionamento – Formas religiosas

A fé compreendida como força existencial, transformadora e estruturante pode ser desenvolvida sob a ótica da teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas, como foi proposto por Maslow (1943), em especial na busca por sentido, identidade e transcendência. Em

momentos difíceis, como de doença, por exemplo, a fé serve como combustível para mover o indivíduo em direção à cura. Durante a pandemia, muitos usaram da fé em algo maior para se apegar a um futuro melhor, como narrou a entrevistada 01, que disse ter tido a fé como porto seguro para vencer os traumas causados pelo isolamento e pelas perdas advindas da COVID-19.

A entrevistada 02 conta que, em sua crença, há um orixá da saúde, que traz a cura e leva embora as feridas. A fé sempre presente na vida da enfermeira e permitiu que ela seguisse em meio ao caos causado pela crise sanitária, dando a ela uma direção e força para o cuidado com seus pacientes, já sem esperanças e fragilizados. Ela sempre pedia mentalmente pela presença de seu orixá para acolher aquele paciente que, muitas vezes, estava sedado ou até mesmo em coma, pois apesar de o paciente não responder aos estímulos externos, o cuidar humanizado faz com que o acompanhante daquele que está ali internado se sinta protegido e acolhido, permitindo um cuidar não só do corpo do paciente, mas também do emocional do acompanhante.

Tudo era novidade naquele momento, pois ninguém sabia como lidar com uma pandemia e, nesse sentido, a entrevistada 03 disserta a respeito do medo que sentia perante o desconhecido. Ela conta ter sentido medo de transmitir a doença aos seus familiares, amigos e vizinhos próximos. Em meio ao medo, a enfermeira ainda seguiu sua rotina de trabalho, como conta, que tinha um clima pesado o tempo todo, de luto, mas que, mesmo com o coração tremendo, fingia ser forte para que pudesse consolar e dar esperança para os pacientes e seus acompanhantes. Ela segue narrando que é por meio da fé que é possível se recarregar e ultrapassar as barreiras das dificuldades e dos conflitos em momentos como o pandêmico.

A entrevistada 04 traz uma visão de sua vida profissional na sua forma mais pura, em que ela conseguiu olhar com os olhos “nus”, o que, de acordo com ela, significava enxergar o real papel que a enfermagem deve desempenhar, sem cair na rotina diária e no trabalho repetitivo e mecanizado. Esse olhar faz refletir sobre como o relacionamento humanizado foi importante para o momento vivenciado, com o lidar empático para acolher o sentimento do outro. Ela, como espírita kardecista, se posiciona na fé de que cada ser tem um dever e um propósito e que nada acontece em nossas vidas pelo acaso, e sim em nome de Deus. Ela complementa dizendo que somos essência, somos aquilo que pensamos, ou seja, transmitimos ao próximo aquilo que carregamos dentro de nós e mesmo não falando a nossa religião, a expressamos indiretamente no cuidar do próximo e também no psicológico, auxiliando a abrir

a mente e a forma de pensar do paciente, para que ele possa ver um motivo em meio à dor e tenha algo a que se agarrar, com a fé de que a cura virá.

O isolamento como uma forma de evitar o contágio da COVID-19 trouxe consigo o peso da perda, como relata a entrevistada 05. Apesar de uma rotina desafiadora como enfermeira, a profissional ainda encontrava tempo para professar a sua fé na igreja católica e para se reunir com amigos e familiares. Ela conta que a perda desse contato da noite para o dia impactou muito o seu emocional.

Para Koenig (2009), a religiosidade não se limita a crenças internas ou práticas individuais, mas se expressa concretamente em formas relacionais, sobretudo por meio do amor ao próximo, da compaixão e do cuidado. Em sua obra *Medicina, religião e saúde* (2009), o autor afirma que uma das principais vias pelas quais a religiosidade influencia a saúde positivamente é a partir do fortalecimento de vínculos interpessoais e das redes de apoio social. Dessa forma, o amor ao próximo não será apenas um valor moral, mas uma prática religiosa e concreta que pode ser mediada por relações humanas que oferecem suporte emocional, propósito e o sentimento de pertencimento.

Por meio dos relatos das enfermeiras, percebe-se como a religiosidade causa efeitos positivos na saúde, em grande parte nas práticas relacionais, como o amor ao próximo e a compaixão.

3.4.4 Estima – Fé como preocupação, resistência e superação

Para Tillich (2002), a fé é aquilo que dá sentido mais profundo à vida de uma pessoa. Não se trata apenas de religião ou de seguir dogmas institucionalizados, mas de uma entrega interior a algo que é visto como fundamental para a própria existência. Sendo assim, a fé é o que sustenta o ser humano, orientando sua forma de viver. A visão de Tillich dialoga com a de Frankl (2005), mostrando a fé como uma força interior que ajuda o ser humano a enfrentar o sofrimento. Para o autor, a fé fortalece a pessoa em momentos difíceis, funcionando como um apoio interno que mantém viva a esperança e a certeza de que a vida continua tendo sentido, mesmo em situações extremas.

A entrevistada 01, mesmo com o medo da contaminação, o isolamento social, o preconceito, a sobrecarga profissional e as perdas constantes de pacientes, colegas e familiares, obteve pela fé um significado para a sua missão como enfermeira. Ao afirmar que o único acalento que tinha era crer que Deus estava consigo, evidencia-se que a fé atuou como

fundamento existencial, sustentando-a emocionalmente frente à sensação de impotência. Além disso, a fé configurou-se como uma força de resistência, permitindo que a enfermeira permanecesse em atuação mesmo diante do esgotamento psicológico e do medo.

Para a entrevistada 02, impactada pelo isolamento familiar, pelo medo de contaminar os filhos pequenos e pela sobrecarga do trabalho no CTI, sua espiritualidade, marcada pela dupla pertença ao espiritismo e à Umbanda, ofereceu uma compreensão ampliada da vida, da morte e do sofrimento humano. A crença na continuidade da vida espiritual, nas forças divinas e nos orixás, especialmente no orixá associado à saúde, possibilitou à enfermeira atribuir significado às perdas constantes e à finitude da vida encarnada, sem negar a dor do luto. Além disso, a fé atuou como força de resistência, sustentando sua atuação profissional em contextos extremos, permitindo-se manter firme emocionalmente, mesmo diante do desconhecido.

A entrevistada 03 teve sua espiritualidade construída a partir da dupla pertença ao espiritismo e à Umbanda, que funcionou como um referencial para compreender a vida, a morte e o sofrimento humano. Sua fé lhe trouxe significado à vivência constante da finitude, especialmente diante da morte de pessoas jovens e do sofrimento das famílias, permitindo interpretar essas experiências dentro de uma lógica espiritual de aprendizado e continuidade da vida. Além disso, a fé configurou-se como força de resistência emocional, sustentando a enfermeira no enfrentamento do medo, das perdas pessoais e profissionais, do adoecimento próprio e da sobrecarga no trabalho, possibilitando que permanecesse atuante e acolhedora mesmo em um ambiente marcado pelo luto contínuo.

Já a entrevistada 04, atuando na linha de frente, em um cenário marcado pelo medo do desconhecido, pela ausência na vida familiar, pela sobrecarga profissional e pelas perdas de pessoas próximas, teve presente sua espiritualidade de base espírita kardecista, orientando a compreensão da vida, da morte e do sofrimento como experiências dotadas de propósito. A crença na existência da alma, na continuidade da vida espiritual e no aprendizado inerente às experiências humanas permitiu à enfermeira ressignificar a pandemia como um momento de reflexão, reinvenção e revisão de prioridades. Além disso, sua fé atuou como força de resistência emocional, sustentando-a diante do medo camuflado, da falta de apoio institucional adequado e das exigências do trabalho em um ambiente de alta vulnerabilidade, possibilitando que permanecesse firme, organizada e acolhedora no cuidado com bebês e famílias.

Por fim, a entrevistada 05, marcada pelo luto recente da morte de sua mãe, pelo impacto do isolamento social e pelo rompimento abrupto dos vínculos afetivos e religiosos presenciais, obteve sustentação existencial por meio de sua fé católica, para compreender a finitude, a dor e

a vulnerabilidade humana. A fé permitiu à enfermeira interpretar a pandemia como parte do ciclo da vida, no qual doença e morte não escolhem classe social ou condição, reforçando a necessidade de aceitação e confiança em Deus mesmo diante do medo constante de adoecer e morrer. Além disso, a fé configurou-se como força de resistência emocional, sustentando-a no exercício profissional em um contexto de incertezas, falta de preparo institucional, escassez de EPIs, conflitos na equipe e exposição contínua ao sofrimento e às perdas de pacientes, colegas e pessoas próximas. Mesmo reconhecendo que sua fé foi intensamente abalada, oscilando entre momentos de fragilidade e fortalecimento, ela nunca foi abandonada, sendo continuamente alimentada por práticas individuais, como a oração e o louvor, que funcionaram como recursos de enfrentamento cotidiano.

3.4.5 Pluralismo da fé como realização pessoal

Para o pastor e teólogo Ricardo Gondim (2007), a fé não é a ausência da dúvida, mas sim a coragem de continuar mesmo sem respostas. Sua fala corrobora com a da entrevistada 01, que afirmou crer na presença de Deus naquele momento. Momento nesse período tão difícil em meio a pandemia da COVID-19, é notório que sua fé a sustentou, pois ainda que sem conseguir salvar muitas vidas, ela teve a coragem de continuar e, mesmo sem a resposta imediata da cura, seguiu em frente com sua fé.

Para Gondim (2007), a fé não é uma certeza absoluta, mas sim uma postura existencial diante da transcendência e da finitude da vida. Sendo assim, mesmo tendo sua fé abalada e muitas vezes questionada, como nos relatou a enfermeira 01, a atitude contínua de entrega, reconhecendo o limite entre seu conhecimento e o sofrimento inevitável, demonstra a decisão de seguir amando e confiando, tornando visível a sua resiliência e abertura ao transcendente.

A compreensão da fé, a partir do escritor e sacerdote umbandista Rubens Saraceni (2011), está essencialmente ligada à consciência espiritual, isto é, à responsabilidade do indivíduo por seu próprio processo evolutivo. Para Saraceni (2011), a fé não se caracteriza pela inércia ou pela espera de intervenções divinas, mas pelo alinhamento dos pensamentos, sentimentos e ações aos princípios do bem, da justiça e da caridade. Segundo ele, a fé assume um caráter dinâmico e ativo ao se tornar a força que sustenta o indivíduo em momentos de sofrimento. Nesse sentido, observa-se que a entrevistada 02 vivenciou uma fé consciente, ou seja, manifestou-a de forma ativa, sem esperar intervenções divinas, mas por meio do cuidado humanizado, integrando sua espiritualidade de maneira silenciosa, sem impor sua crença aos

pacientes. De maneira semelhante, a entrevistada 03, também dialoga com a perspectiva de Saraceni, ao relatar que, mesmo tendo oscilações em sua fé nos momentos de fragilidade causados pelas incertezas e perdas da pandemia, a sua fé era expressada no acolhimento do outro com empatia, responsabilidade e amor.

Na perspectiva do espírita Divaldo Franco (2002), a fé pode ser compreendida como um recurso pessoal que fortalece o indivíduo em meio às dificuldades. Não limitada a dogmas ou a sistemas institucionalizados de crenças, a fé se manifesta como uma convicção profunda, capaz de orientar e moldar as decisões pessoais. Nesse sentido, a entrevistada 04 relata que sua fé a impulsionou a não desistir nem se entregar ao desespero e à angústia do outro, pois, embora estivesse no exercício de sua função como enfermeira, também se encontrava exposta ao medo e às incertezas impostas pela doença. Dessa forma, a fé oferece ao indivíduo a força moral necessária para atravessar a dificuldade com equilíbrio, coragem e compromisso com o bem.

Para o católico, filósofo e teólogo da libertação Leonardo Boff (2010), a fé está profundamente ligada às realidades marcadas pela exclusão e pelo sofrimento. Para o autor, a fé exige compromisso com a transformação social e com o cuidado dos enfermos, tendo como referência o exemplo de Jesus Cristo como expressão concreta da vivência da fé. Com base nos relatos da entrevistada 05, vemos sua relação com a fé se concretizando no compromisso com o cuidado do outro, especialmente no contexto da pandemia. Mesmo tendo vivenciado a perda de sua mãe, seguida pelo isolamento social e o constante medo da doença e da morte, ainda assim, sua fé católica se manifestou de forma prática e cotidiana, sustentando-a emocionalmente, dando forças para acolher pacientes e familiares mesmo quando ela mesma estava fragilizada. O cuidado, o acolhimento e a empatia tornaram-se ações diárias, vividas como expressão concreta da fé, em consonância com a perspectiva de Boff.

A fé é uma experiência imprescindível da vida humana e, embora seja definida de diferentes formas em cada tradição religiosa, é possível identificar elementos comuns entre essas definições, como o cuidado, o amor, a resiliência e o impulso para superar adversidades. Ainda que apresentem distinções doutrinárias e epistemológicas, tais tradições reconhecem a fé como um elemento constitutivo da subjetividade humana, que sustenta a construção de sentido, orienta escolhas éticas e mobiliza recursos interiores para o enfrentamento das crises existenciais e situações de sofrimento.

Figura 5 – Análise de temas abordados

Entrevistada, Religião	Abordou Fé	Fé foi abalada	Importância relacionamento	Religiosidade	Conflito	Medo	Apoio	
							Psicológico	Religioso
01 - Evangélica	SIM	SIM	SIM	SIM	Acompanhante, muitas perdas	SIM	Institucional de difícil acesso	NÃO
02 - Umbanda	SIM	NÃO	SIM	SIM	Auto cobrança, emocional, institucional	SIM	Institucional de difícil acesso	NÃO
03 - Umbanda e Espiritismo	SIM	SIM	SIM	SIM	Institucional	SIM	NÃO	NÃO
04 - Espiritismo	SIM	NÃO	Sim	SIM	Com a liderança e a formação da escala	SIM	Institucional de difícil acesso	NÃO
05 - Catolicismo	SIM	SIM	SIM	SIM	Institucional, Emocional e Pessoal	SIM	Particular	Por parte da equipe

Fonte: (Elaborado pela autora)

CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou compreender os conflitos espirituais enfrentados por profissionais de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19, ocorrida no período de 2020 a 2022, explorando suas percepções sobre os conflitos espirituais próprios, dos pacientes atendidos e de seus acompanhantes. Essas percepções foram analisadas à luz da teoria desenvolvida pelo psicólogo Abraham Maslow, que propõe uma Hierarquia das Necessidades, desde a mais básica até a realização pessoal, adaptando a sua teoria para a vida do profissional da enfermagem, de acordo com os dados fornecidos com base na vivência pessoal e profissional das entrevistadas. A expectativa da espiritualidade de desempenhar um papel crucial na resiliência emocional e no enfrentamento das adversidades vivenciadas durante crises sanitárias de grande magnitude foi satisfatoriamente respondida.

O trabalho em campo trouxe uma realidade de dor e sofrimento com as perdas durante a COVID-19. As entrevistadas foram solícitas, falando abertamente dos seus sentimentos e de suas experiências. Apesar das crenças distintas entre elas, foi possível observar que a palavra que trouxe união foi a fé, reduzindo boa parte dos conflitos pessoais. Os principais conflitos na equipe da enfermagem durante a pandemia foram relacionados à falta de informação, à escassez de EPIs e à escala reduzida.

Esta pesquisa teve quatro objetivos específicos, sendo o primeiro deles conceituar espiritualidade, diferenciando-a do conceito de religião e aplicando-a à saúde e a uma ética do cuidado. De fato, todas as enfermeiras exerceram as suas espiritualidades por meio da fé, porém a religião não interferiu na maioria das entrevistadas, pois evitaram o conflito, não revelando a sua religião e não procurando afirmar a sua fé ao outro, mas sim acolhendo com amor e prestando os cuidados necessários, com respeito mútuo.

O segundo objetivo era identificar o que são conflitos espirituais e seus tipos. Os conflitos espirituais identificados foram a crise da fé perante a instabilidade do momento experimentado pela maioria, mas sem perder o foco da fé, uma vez que, mesmo em conflito, as entrevistadas buscavam em sua religião atributos para abastecer a fé. Houve apenas um relato de conflito espiritual, envolvendo um acompanhante, após a enfermeira tentar abordar o amor de Deus, segundo a sua crença.

O terceiro objetivo foi verificar a existência de conflitos espirituais de profissionais de enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em sua relação com a percepção dos conflitos espirituais de seus pacientes e familiares. Não houve conflito de cunho espiritual entre o

profissional e o paciente/acompanhante. De forma geral, a equipe se unia para orações independentemente de sua crença, o que ajudou a diminuir os conflitos, buscando uma harmonia.

O quarto e último objetivo específico foi conhecer as estratégias de resolução de conflitos espirituais empreendidas pelos profissionais de enfermagem. O diálogo foi uma estratégia encontrada para o apoio entre os membros da equipe, confortando no que era necessário, encorajando aquelas mais contidas e contornando as de espírito mais exaltado para serem mais colaborativas com o próximo.

Vale enfatizar que também foram verificados outros conflitos além dos citados nos objetivos específicos, como, por exemplo, a dificuldade em obter informações verídicas, problemas na equipe por conta da escala reduzida e disponibilidade de profissionais, assim como a falta de EPIs, que era primordial para o enfrentamento.

No decorrer do trabalho, percebe-se a importância de abordar esse tema de catástrofe e pandemia com a equipe de enfermagem, buscando preparar o profissional para acolher a fé e a espiritualidade do próximo, de forma a amenizar conflitos provenientes da diversidade de crenças. Nota-se também a importância do apoio psicológico para a equipe ao lidar com perda em massa de pacientes, amigos e familiares antes que ela ocorra. Aqui vale ressaltar que esse apoio preventivo teria o objetivo de deixar o ambiente mais harmonioso, uma vez que, durante o enfrentamento de uma crise, a equipe não possui tempo para processar tudo o que vem ocorrendo por conta do alto índice de pacientes atendidos, podendo ser um tema tratado até mesmo durante a formação do profissional da enfermagem na faculdade, para saberem lidar com múltiplas perdas mediante a crise, com as diferenças religiosas e com a maneira como cada crença percebe a morte.

As entrevistas evidenciaram a importância do relacionamento, já que, por conta da pandemia, as entrevistadas precisaram se isolar, tanto socialmente quanto da própria família. Percebe-se como esse isolamento impactou a vida e as decisões das profissionais, causando medo e insegurança. Nesse contexto, elas relatam como a família serviu de pilar para sustentá-las nos momentos de angústia vivenciados.

A revisão teórica mostrou a distinção entre espiritualidade e religiosidade, ressaltando que ambas trazem implicações significativas para o bem-estar integral, mas seguem abordagens distintas. Os autores citados ao longo da pesquisa corroboram com a percepção da fé, de acordo com a religião professada pelas entrevistadas, incluindo o pastor protestante Ricardo Gondim,

o escritor e sacerdote umbandista Rubens Saraceni, o espírita Divaldo Franco e o católico, filósofo e teólogo Leonardo Boff.

A metodologia adotada, com base em história oral e entrevistas semiestruturadas, demonstrou ser eficaz para captar as experiências e narrativas dessas profissionais, trazendo à tona a complexidade das relações entre espiritualidade, saúde e o exercício da enfermagem no contexto da pandemia do COVID-19. Assim, foi possível identificar estratégias de enfrentamento utilizadas, como práticas de autocuidado, apoio mútuo entre colegas e a busca por recursos espirituais, que se mostraram fundamentais para lidar com as demandas emocionais e éticas do período pandêmico.

A crise sanitária vivenciada por todos trouxe à tona a necessidade do pluralismo religioso, o qual contribui para maior envolvimento mútuo da equipe, de maneira a não ser necessário esconder a própria crença, podendo desenvolver um diálogo inter-religioso e a construção da identidade. Nas palavras de Panasiewicz (2023), "o convite se firma no sentido de reconhecer as diferenças, desenvolver expressão de cuidado e de cooperação mútua" (Panasiewicz, 2023, p. 13). Ou seja, é importante respeitar a diferença religiosa sem intolerância e procurar aprender com o próximo para um desenvolvimento espiritual maior e um melhor acolhimento do paciente. É cabível, nesse sentido, pensar a equipe de enfermagem conforme propõe Panasiewicz (2023): "A espiritualidade se centra na informalidade e se caracteriza pelo mergulho na interioridade de si próprio, o que reverte em viver melhor. Isso significa viver mais disponível, solidário, amoroso, ou seja, mais fraterno" (Panasiewicz, 2023, p. 18).

Este estudo, portanto, reforçou a importância de se incorporar a dimensão espiritual no treinamento e na prática dos profissionais de saúde, ampliando a perspectiva do cuidado para além do físico, e considerando o bem-estar emocional e espiritual como componentes essenciais de uma assistência integral. Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a análise sobre a relação entre espiritualidade e saúde em contextos de crise, ampliando o debate sobre o papel da espiritualidade na promoção de resiliência e qualidade de vida entre os profissionais e seus pacientes.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Tomás de. **Suma Teológica**. São Paulo: Loyola, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BERGER, Peter L. **O dossel sagrado: elementos para uma sociologia da religião**. São Paulo: Paulus, 1985.

BOFF, Leonardo. **A fé em tempos de crise**. Petrópolis: Vozes, 2010.

BUBER, Martin. **Eu e tu**. Tradução de Newton Aquiles von Zuben. São Paulo: Centauro, 2001.

COSTA, Rosiléia F. **Identidade da mulher**. Contagem: Formato Artes Gráficas, 2023.

COSTA, Rosiléia F. **Quando Deus dá um propósito à vida**. Contagem: Selo Editorial Contos e Encontros, 2022.

DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **História Oral: memória, tempo, identidades**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

ELKINS, David N. *et al*. **Towards a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description and measurement**. Journal of Humanistic Psychology, v. 28, n. 4, p. 5–18, 1988.

EQUIPE DOS SIGNIFICADOS. **Teoria de Maslow**. [S. d.]. Imagem. Disponível em: <https://www.significados.com.br/piramide-de-maslow/>. Acesso em: 17 jul. 2024.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; SOUZA, Victor. **Conflitos espirituais e saúde: contribuições para a clínica e para o cuidado integral**. 2023.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. **Espiritualidade e saúde: interfaces, práticas e cuidados**. São Paulo: Paulus, 2022a.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; CALDEIRA, Sílvia (org.). **Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira**. Curitiba: PUCPRESS, 2022b. v. 1.

FRANCO, Divaldo Pereira. **O sermão da montanha: análise e comentários**. Pelo Espírito Joanna de Ângelis. Salvador: LEAL, 2002.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Vozes, 2005.

FRANKL, Viktor Emil. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante, 2003.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

FRANKL, V. E. **The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy**.

New York: New American Library, 1988.

FREITAS, Marta Helena de; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. A espiritualidade nos cuidados em saúde no Brasil. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; CALDEIRA, Sílvia (org.). **Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira.** Curitiba: PUCPRESS/Champagnat, 2022. v. 1.

FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GEORGE, Linda K. *et al*. **Spirituality and health: what we know, what we need to know**. Journal of Social and Clinical Psychology, v. 19, n. 1, p. 102–116, 2000.

GOMES, William B. A emergência da psicologia humanista e suas implicações epistemológicas. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 503–510, 2004.

GONDIM, Ricardo. **É proibido pensar: reflexões de um cristão à beira do caminho**. São Paulo: Mundo Cristão, 2007.

STOKOLS, D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. **American Journal of Health Promotion**, v. 10, n. 4, p. 282–298, 1996.

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 64–74, 2003.

HOFFMAN, Edward. **The right to be human: a biography of Abraham Maslow**. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, 1988.

JAMES, William. **As variedades da experiência religiosa**. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 2001a.

JAMES, William. **Os princípios da psicologia**. Tradução de Dora Rocha. São Paulo: Cultrix, 2001b. v. 1.

JASPERS, Karl. **Introdução à filosofia**. São Paulo: Cultrix, 1973.

KARDEC, Allan. **O livro dos espíritos**. 18. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FEB, 2010.

KARDEC, Allan. **O livro dos médiuns**. Rio de Janeiro: FEB, 2005.

KIERKEGAARD, Søren. **Temor e tremor**. Petrópolis: Vozes, 1994.

KOENIG, Harold G. Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 2205–2214, 2020. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2. Acesso em: 24 jul. 2025.

KOENIG, H. G. Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors. **International Journal of Psychiatry and Medicine**, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001.

KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2009.

KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. São Paulo: FE Editora, 2005.

KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care: why, how, when and what**. Pennsylvania: Templeton Press, 2002.

KOENIG, H. G. Religion and Medicine III: developing a theoretical model. **International Journal of Psychiatry and Medicine**, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.

KOENIG, H. G. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G. Religion and Medicine I: historical background and reasons for separation. **International Journal of Psychiatry and Medicine**, v. 30, n. 4, p. 385-398, 2000.

KOENIG, H. G. *et al.* Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536–542, 1998.

KOLTKO-RIVERA, M. E. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. **Review of General Psychology**, 10(4), 302–317.

LANG, G. S. B. Alice. História Oral: Muitas, Poucas certezas e uma proposta. In: MEIHY, J.C.S.B; (org.). **(Re)introduzindo História Oral no Brasil**. São Paulo: Editora USP, 1996.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEMBKE, Anna. **Nação Dopamina**. Tradução de Elisa Nazarian. 1ª ed. São Paulo: Ed. Vestígio, 2023.

LEONARD, Anthony C.; TSEVAT, Joel. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, supl. 5, p. S5–S13, 2006. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00642.x.

MARZIALE, M. H. P.; LIMA, R. A. G. A formação de doutores e a produção do conhecimento em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 361-362, 2015.

MASLOW, A. H. **El Hombre autorrealizado**. Barcelona: Kairós. 1995.

MASLOW, Abraham H. **The Farther Reaches of Human Nature**. New York: Viking Press, 1971.

MASLOW, Abraham H. **Motivation and Personality** (2ª ed.). New York: Harper & Row, 1970.

MASLOW, Abraham H. **Toward a Psychology of Being**. 2. ed. New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.

MASLOW, Abraham H. **Religions, Values, and Peak Experiences**. Columbus: Ohio State University Press, 1964.

MASLOW, Abraham H. **Toward a Psychology of Being**. Princeton, NJ: Van Nostrand, 1962.

MASLOW, Abraham H. **Motivação e Personalidade**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1954.

MASLOW, Abraham H. **A theory of human motivation**. Psychological Review, v. 50, n. 4, p. 370–396, 1943.

MAY, R. **O Homem à Procura de Si Mesmo**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MCGRATH, Alister E. **Teologia sistemática, histórica e filosófica: uma introdução à teologia cristã**. São Paulo: Shedd Publicações, 2012.

MEIHY, J.C. S, B; HOLANDA, Fabíola; **História Oral: como fazer como pensar**, 2 ed., 8ª reimpressão, São Paulo: Editora Contexto, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, A.; REICHOW, A.; SAIS, F.; FERNANDES, G. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Revista da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 40, n. 99, p. 80-94, 2020.

MONTEIRO, Daiane Daitx *et al*. Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Acad. Paul. Psicol**., São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2024.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiosidade e saúde: uma revisão sistemática da literatura brasileira. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 16-23, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: aplicações práticas. **HU Ver** [online], Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 421-422, 2018.

PANASIEWICZ, Roberlei. Diálogo inter-religioso e construção de identidades. In: RIBEIRO, Cláudio de Oliveira (org.). **Horizontes plurais: espiritualidades, pluralidades e diálogos**. São Paulo: Pluralidades, 2023. p. 13–37. ISBN 978-65-89465-60-7.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. **Escala de Coping Religioso-Espiritual: elaboração e validação de construto**. Psicologia em Estudo, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PARGAMENT, Kenneth; EXLINE, Julie; et al. **Working with spiritual struggles in psychotherapy: from research to practice**. New York: Guilford Press, 2021.

PARGAMENT, K. **The Psychology of Religion and Coping. New York: Guilford Press**, 1997.

PORTELLI, Alessandro. **Ensaios de História Oral**, São Paulo: Editora Letra e Voz, 2010.
RAHNER, Karl. **Teologia fundamental: uma introdução à filosofia da religião e à teologia dogmática.** São Paulo: Paulus, 2005.

ROCHA, N.S.; BORGES, Z.N.; FLECK, M.P.A. **Health status and quality o life: the effect of spirituality/religiosity/personal beliefs**. Qual Life Res 11(7):654, 2002.

ROSA, Z. T. S. da; ESPERANDIO, M. R. G. Spirituality/Religiosity of Sexual and Gender Minorities in Brazil: Assessment of Spiritual Resources and Religious Struggles. **Religions**, v. 13, n. 9, p. 869, 2022.

ROTHEBARTH, A. P, Cesário JB, LIMA LPS. O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**. Brasília, Vol.07, N°. 02, p. 521-34, 2016.

SARACENI, Rubens. **Doutrina e teologia da Umbanda Sagrada: a religião dos mistérios.** São Paulo: Madras, 2011.

SAUNDERS, C. **The evolution of palliative care**. Patient Educ Couns. 2000.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney E. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SELIGMAN, Martin E. P. **Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SIEGEL, K.; ANDERMAN, S.; SCHRIMSHAW, E. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, v. 16, n. 6, p. 631-653, 2001.

SILVA, Steffany Isadora Felix; MATOS, Fabiola Rodrigues. Percepção de profissionais da saúde sobre saúde mental e morte na pandemia de COVID-19. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar,** v. 28, n. 1, 2025. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/573>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SOUZA, Carlos F. B.; PANASIEWICZ, Roberlei. Religião e Espiritualidade: pluralismos, sentidos e cuidados paliativos. In: PERINI, C. Carla; SALGADO, C. F. Rita; SOUZA, Waldir; (org.). BIOHCS: **Bioética e Espiritualidade**. Curitiba: Editora CRV Ltda, 2021.

SOUZA, Carlos Frederico Barboza de. Espiritualidade e bioética. **Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 123-145, jan./jun. 2013.

TARAKESHWER, N.; PARGAMENT, K. Religious coping in families. **Focus Autism and Other Dev. Disabil**, v. 16, p. 247-260, 2001.

TILLICH, Paul. **A coragem de ser**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulinas, 2002.

TRENCHCIAMPONE, H. Maria, KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em Enfermagem: Gerenciamento de conflitos e negociação**. 3º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
TURBOSCRIBE. Dashboard. Disponível em: <https://turboscribe.ai/pt/dashboard>. Acesso em: 15 out. 2025.

WALDINGER, Robert. What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness. **Ted Ideas Worth**. Brooklin, Massachusetts. Disponível em: <https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness>. Acesso em: 15 out. 2025.

WEIL, Simone. **A gravidade e a graça**. Petrópolis: Vozes, 2001.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of Life Assessment**. Heidelberg: Springer, 1994.

YALOM, Irvin D. **Psicoterapia existencial**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PUC Minas

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião

Apêndice 1

SAÚDE E CONFLITOS ESPIRITUAIS:

Um estudo com profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19

Pesquisadora responsável: Rosiléia de Fátima Costa Data: __/__/____
Enfermeira:
Perguntas – Entrevista Semiestruturada
BLOCO 1 – DADOS PESSOAIS
Qual é a sua idade?
Estado civil?
Possui filho(a)?
Quanto tempo de formação?
Qual é o seu percurso profissional?
BLOCO 2 – ISOLAMENTO
Como o isolamento social impactou sua vida?

Como lidou com o isolamento?
BLOCO 3 – MUDANÇAS DA COVID-19
Qual foi o impacto da COVID-19 na sua vida e na sua profissão?

Perdeu alguém próximo para a COVID-19?
Como foi lidar com a dor do outro durante a COVID-19?
BLOCO 4 – CRENÇA / ESPIRITUALIDADE
Qual é a sua religião? Crenças?

Qual é a sua frequência religiosa?
Faz alguma prática individual e/ou privada?
Como sua religião te auxiliou durante o enfrentamento da COVID-19?
Teve alguma discordância/conflito espiritual com algum paciente/acompanhante devido a sua religião?

Quais foram os principais conflitos que você teve?
Sua fé, em algum momento, foi abalada?

BLOCO 5 – TRABALHO EM EQUIPE
A equipe teve de lidar ou presenciou algum caso grave na pandemia?
Havia conflitos na equipe ou no regimento da liderança do setor?
Houve algum tipo de programa de apoio psicológico para a equipe no enfrentamento da COVID-19? Apoio espiritual?

BLOCO 6 – FECHAMENTO
Como foi seu enfrentamento do medo e do desconhecimento da situação?
Como foi lidar com as perdas no período da pandemia?

OBS.:

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEP: 85584424.7.0000.5137

Título do Projeto: SAÚDE E CONFLITOS ESPIRITUAIS: Um estudo com profissionais de Enfermagem no enfrentamento do COVID-19 – 2020 à 2022

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sem vínculo intitucional, que estudará a ação do profissional de saúde da enfermagem, frente ao espiritual e suas demandas e como isso tem revelado um caminho com importantes impactos que podem ou não interferir no dia a dia desses profissionais, com reflexos na sua vida e dimensão emocional.

Você foi selecionado(a) por ser uma profissional do sexo feminino o qual trabalha na pediatria e que atuou no enfrentamento da pandemia do COVID-19 no período 2020-2022. A sua participação nesse estudo consiste em entrevista semi estruturada cujos os temas particularizados e as questões serão preparadas antecipadamente e divida em blocos para melhor organização das perguntas. Mas, com plena liberdade quanto à retirada eventual de algumas perguntas e a ordem em que essas perguntas estarão colocadas podendo também haver o acréscimo de perguntas abertas. O local para a coleta dos dados será combinado com a entrevistada.

Os riscos (e/ou desconfortos) envolvidos nesse estudo são timidez de forma a qual não se sinta a vontade de falar abertamente sobre sua religião e o desconforto ao relembrar de detalhes passados durante a pandemia do COVID-19. Como forma de minimizar os riscos/desconfortos adotaremos as seguintes medidas: será deixado a liberdade da entrevistada de responder com ou sem detalhes as perguntas de modo a valorizar e cuidar de sua integridade, sempre que necessário poderá ser feita uma pausa para se recompor e dar continuidade. Você poderá se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Sua participação é muito importante e voluntária e, consequentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto. A entrevistadora irá ao seu encontro para a execução da entrevista.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder as questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 – Fax: 3319-4517
CEP 30.535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 – Fax: 3319-4517
CEP 30.535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br

Os resultados dessa pesquisa servirão para compreender os conflitos de ordem espiritual que ocorreram em profissionais de enfermagem no seu dia a dia de enfrentamento do COVID-19, assim como suas percepções destes conflitos em seus pacientes e acompanhantes e compreender sua estratégia de resoluçao em uma Unidade Pediátrica de Internação entre os anos 2020-2022.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadorresponsável: Rosiléia de Fátima Costa, cel: (31) 9 8857-8799, E-mail leiacostaescritora@gmail.com

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

( ) autorizo gravação em áudio ( ) autorizo gravação em vídeo ( ) não autorizo gravação

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, .

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

_____

Nome do participante (em letra de forma)

_____ _____

Assinatura do participante ou representante legal Data

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 – Fax: 3319-4517
CEP 30.535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Eu, Rosiléia de Fátima Costa, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Léia Costa — 18/12/2024

Assinatura do pesquisador — Data

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 – Fax: 3319-4517
CEP 30.535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br