



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, GEOCIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

WESLEY SOUSA CAVALCANTE

**ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

UBERLÂNDIA

2026

WESLEY SOUSA CAVALCANTE

**ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho equivalente à dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, Geociência e Saúde Coletiva, do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para o Título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof^o. Dr. Paulo César Mendes

Co-Orientadora: Prof^a. Dra. Rosuila Fratari Bonito

UBERLÂNDIA

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

C376 2026	Cavalcante, Wesley Sousa, 1993- ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA [recurso eletrônico] / Wesley Sousa Cavalcante. - 2026. Orientadora: Paulo Cezar Mendes. Coorientadora: Rosuila Fratari Bonito. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. DOI http://doi.org/10.14393/ufu.di.2026.331 Inclui bibliografia. 1. Geografia médica. I. Mendes, Paulo Cezar, 1972-, (Orient.). II. Bonito, Rosuila Fratari, 1957-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. IV. Título. CDU: 910.1:61
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental
e Saúde do Trabalhador
Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG,
CEP 38400-902
Telefone: 34-3239-4591 - ppgsat@igesc.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	24/04/2026	Hora de início:	08h30	Hora de encerramento:	10h:30
Matrícula do Discente:	12412GST030				
Nome do Discente:	Wesley Sousa Cavalcante				
Título do Trabalho:	ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as):

Nome completo	Departamento/Faculdade de origem
Rosuíta Fratari Bonito	EBSERH/Brasília
Rosimar Alves Querino	UFTM
Erlandia Silva Pereira	UNIRAXÁ
Paulo Cezar Mendes (Orientador)	ICHPO/UFU

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Paulo Cezar Mendes apresentou a Comissão Examinadora o candidato, agradeceu a presença do público e concedeu o Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o candidato:

APROVADO

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cezar Mendes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/04/2026, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosuita Fratari Bonito, Usuário Externo**, em 02/05/2026, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ERLANDIA SILVA PEREIRA, Usuário Externo**, em 05/05/2026, às 15:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosimár Alves Querino, Usuário Externo**, em 21/05/2026, às 06:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7261828** e o código CRC **2F86FF38**.

WESLEY SOUSA CAVALCANTE

**ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Data: ____/____/2026

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Paulo César Mendes - Orientador
Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador - PPGSAT

Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Rosuita Fratar Bonito - Co-Orientadora
Docente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador- PPGSAT

Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dra. Rosimar Alves Querino
Docente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador- PPGSAT

Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Erlandia Silva Pereira
Docente do Centro Universitário UNIARAXÁ

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, que sem ele eu não teria minha carreira profissional, à minha mãe e ao meu pai (in memoriam), e a todos aqueles que sempre me estimularam a estudar e não desistir de buscar o melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Rosuíta por ter escolhido orientar durante essa trajetória, mesmo sem me conhecer, deu seu voto de confiança na caminhada. Sem a sua calma e leveza não teria chegado até aqui.

Aos professores do Mestrado, membros da banca examinadora, pela disponibilidade, atenção e importantes contribuições que enriqueceram este trabalho e vida profissional.

Aos colegas de mestrado, que tornaram as aulas mais leves e gordas com o café todos os dias.

A Natalia, que auxiliou na coleta dos formulários, principalmente na sua categoria profissional, deu suporte psicológico e emocional.

A minha família que sempre incentivou a buscar o melhor.

Aos colegas de trabalho, que ajudaram nas trocas de plantão, preenchimento dos formulários (participantes) e auxiliaram na distribuição dos instrumentos nas unidades em que eu não tinha muito acesso.

E por fim, quero parafrasear a cantora Anitta, que no palco mundo do Rock in Rio, falou: “Hoje eu queria muito agradecer a mim porque eu não desisti”.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Saúde do Trabalhador (ST), regida pela Lei nº 8.080/1990 e pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), enfrenta desafios na contemporaneidade, onde a busca pela produtividade muitas vezes negligencia os riscos psicossociais. No ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a exposição ao sofrimento ético e à finitude exige mecanismos de enfrentamento robustos. A espiritualidade e a resiliência surgem como dimensões subjetivas que potencializam a saúde mental e a humanização do cuidado. **OBJETIVOS:** Analisar a relação entre espiritualidade, fatores sociodemográficos e profissionais em trabalhadores de UTI e compreender a percepção desses profissionais sobre a espiritualidade e a resiliência no cotidiano laboral. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem mista. Em que foram desenvolvidos dois artigos, um quantitativo (n=221) que utilizou a Escala de Atitudes Espirituais (ARES) com a equipe multiprofissionais atuante na UTI com uma análise estatística via Teste de Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman, e um estudo qualitativo (n=7), realizando um Grupo Focal (GF) com técnicos de enfermagem, aplicando a ARES, Escala de Resiliência (RS-14) a ficha de caracterização sociodemográfica, realizando uma análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Na dimensão quantitativa, a espiritualidade foi significativamente maior em mulheres, profissionais com filiação religiosa e na categoria auxiliares/técnicos de enfermagem em comparação à médicos. Na dimensão qualitativa, os técnicos de enfermagem apresentaram níveis de resiliência muito alta e espiritualidade elevada conforme caracterização da escala, com a análise de conteúdo foi revelou que a espiritualidade é o "pilar da resiliência", funcionando como estratégia de sobrevivência e empatia. Surgiram relatos de silenciamento e preconceito no ambiente técnico, além da dificuldade em separar a vida pessoal da laboral. **CONCLUSÃO:** A espiritualidade e a resiliência configuram-se como recursos fundamentais para a preservação da saúde mental de profissionais intensivistas, especialmente para aqueles em assistência direta ao leito.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde. Unidades de Terapia Intensiva. Espiritualidade. Resiliência. Hospitais de Ensino. Saúde Mental.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Occupational Health (OH) in Brazil, governed by Law No. 8,080/1990 and the National Policy on Occupational Health (PNSTT), faces contemporary challenges where the drive for productivity often neglects psychosocial risks. Within the Intensive Care Unit (ICU) environment, exposure to ethical distress and finitude demands robust coping mechanisms. Spirituality and resilience emerge as subjective dimensions that enhance mental health and the humanization of care. **OBJECTIVES:** To analyze the relationship between spirituality and sociodemographic and professional factors among ICU workers, and to understand these professionals' perceptions of spirituality and resilience in their daily work routine. **METHODOLOGY:** This cross-sectional, exploratory, and descriptive study uses a mixed approach. It comprises two papers: a quantitative study (n=221) that assessed ICU multidisciplinary team members using the Spiritual Attitudes Scale (ARES), analyzed statistically through the Kruskal-Wallis Test and Spearman's Correlation; and a qualitative study (n=7) involving a Focus Group (FG) with nursing technicians. The qualitative phase applied the ARES, the 14-Item Resilience Scale (RS-14), and a sociodemographic profile form, with data evaluated via content analysis. **RESULTS:** In the quantitative dimension, spirituality was significantly higher among women, professionals with a religious affiliation, and nursing assistants/technicians compared to physicians. In the qualitative dimension, nursing technicians presented very high levels of resilience and high spirituality according to the scale's characterization; content analysis revealed that spirituality is the 'pillar of resilience,' functioning as a survival and empathy strategy. Reports of silencing and prejudice emerged within the technical environment, alongside difficulties in separating personal and professional life. **CONCLUSION:** Spirituality and resilience emerge as fundamental resources for preserving the mental health of intensivist professionals, especially those providing direct bedside care.

Key words: Health Personnel. Intensive Care Units. Spirituality. Resilience. Hospitals, Teaching. Mental Health

LISTA ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Comparação da pontuação da ARES entre as categorias com identidade de gênero..	31
Figura 2. Comparação da pontuação da ARES entre as categorias com relacionamento.....	32
Figura 3. Comparação da pontuação da ARES entre as categorias de profissionais de saúde...	32
Figura 4. Comparação da pontuação da ARES classe salarial.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos participantes segundo identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, estado civil, religião, escolaridade, categoria profissional, tipo de UTI, tipo de vínculo, carga horária de trabalho no HU-UFU/EBSERH, classe social, Uberlândia – MG, 2025.....	30
Tabela 1. Categorização dos participantes.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARES - Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade

CEPUFU - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GF - Grupo Focal

HCUFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

HUBRASIL - Hospitais Universitário do Brasil

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PPGSAT - Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RS-14 - Escala de Resiliência

R/E - Religiosidade/espiritualidade

ST - Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Única de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	156
INTRODUÇÃO.....	17
METODOLOGIA	21
RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
PRODUTO 1 - Variáveis sociodemográficas e avaliação da espiritualidade em profissionais de saúde intensivistas	25
PRODUTO 2 - Espiritualidade e resiliência para sobrevivência profissional na unidade de terapia de intensiva	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A- FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	688
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL	72
ANEXO A - ESCALA DE ATITUDES RELACIONADAS À ESPIRITUALIDADE (ARES)	74
ANEXO B - ESCALA DE RESILIÊNCIA (RS-14)	77
PARECER DO CEP	78

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado de um processo de amadurecimento acadêmico e profissional desenvolvido ao longo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGSAT), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mais do que atender a um requisito para obtenção do título de mestre, esta pesquisa representa a síntese entre a prática assistencial e a inquietação em compreender os aspectos subjetivos que sustentam o trabalhador da saúde em contextos de alta complexidade.

Minha aproximação com a Saúde do Trabalhador não se deu apenas no campo teórico, mas principalmente na vivência cotidiana das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Formado em Fisioterapia no ano de 2016, iniciei minha trajetória nas UTIs por meio da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva em meados de 2018.

Entretanto, foi durante a pandemia de COVID-19 no ano de 2020 que minha percepção sobre o cuidado em saúde se transformou profundamente. Atuando como fisioterapeuta intensivista na linha de frente, vivenciei situações extremas, marcadas por perdas frequentes, intervenções críticas e elevada exigência emocional. Nesse cenário, a resiliência deixou de ser um conceito abstrato e passou a ser uma condição essencial para a continuidade do trabalho.

Ao mesmo tempo, a recuperação de pacientes em estados graves evidenciou uma dimensão que ultrapassa a técnica: a dimensão espiritual do cuidado, ao presenciar os pacientes que voltavam a se comunicar, a se movimentar e expressar a gratidão.

Atualmente, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU), percebi a importância de investigar esses fenômenos para além do contexto pandêmico, compreendendo a resiliência e a espiritualidade como recursos contínuos de proteção à saúde mental dos profissionais.

Espero que este estudo contribua para ampliar o olhar das instituições de saúde, reconhecendo o trabalhador não apenas como executor de tarefas técnicas, mas como um sujeito que possui dimensões subjetivas, incluindo a espiritualidade, e que necessita de suporte para manter sua saúde mental e exercer o cuidado com dignidade.

INTRODUÇÃO

Em conformidade com a Lei Federal nº 8.080/1990, a Saúde do Trabalhador (ST) é concebida como um agrupamento de ações voltadas ao fomento e à preservação do bem-estar dos trabalhadores. Abrange, outrossim, o restabelecimento e a reintegração da saúde daqueles expostos a perigos e danos decorrentes do ambiente laboral (Brasil, 1990).

No contexto brasileiro, a ST configura-se como um campo estratégico das políticas públicas de saúde, ao ampliar a compreensão do processo de saúde-adoecimento-cuidado para além da perspectiva biomédica tradicional. Orientada pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), essa abordagem integra ações de vigilância, promoção e assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo o trabalho como um determinante central das condições de saúde da população trabalhadora (Brasil, 2012a).

Entretanto, a efetivação dessa política enfrenta desafios significativos diante das transformações do capitalismo contemporâneo, que tendem a privilegiar a produtividade em detrimento da saúde mental.

Nesse cenário, o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho destaca-se como uma das principais causas de absenteísmo e incapacidade laboral, intensificado pela precarização das relações de trabalho, pela imposição de metas excessivas e pelo monitoramento permanente, favorecendo quadros de sofrimento psíquico e esgotamento profissional, como a síndrome de *Burnout* (Dejours, 2015; Antunes, 2018).

De acordo com a NR-01, as organizações devem proceder ao levantamento preliminar de perigos e à avaliação dos riscos ocupacionais, o que obriga que instituições hospitalares inventariar não apenas os riscos biológicos, mas também os riscos psicossociais inerentes a ambientes de alta criticidade (Brasil, 2022).

No âmbito das instituições hospitalares, essa lógica produtivista materializa-se em modelos de gestão que, orientados por indicadores de desempenho, frequentemente relegam a saúde mental das equipes assistenciais a um plano secundário. A organização do trabalho em saúde, atravessada por exigências de contenção de gastos e intensificação dos processos, submete os profissionais a cargas horárias excessivas que comprometem a sua saúde. Esse cenário potencializa os riscos psicossociais, expressos na acumulação de funções, na limitação da autonomia profissional e na pressão contínua por resultados de curto prazo (Vale; Biasi; Lucca, 2025).

Os fatores de risco psicossociais emergem da interação dinâmica entre o sujeito e a organização do trabalho, englobando desde o desempenho profissional e a autonomia sobre as

tarefas até a rigidez dos esquemas de produção e a intensidade das jornadas laborais (Rodrigues; Faiad; Facas, 2020). Quando negligenciados ou mal administrados pela gestão institucional, esses fatores convertem-se em riscos psicossociais deletérios, atuando como determinantes para o adoecimento e resultando em danos severos à higidez mental e ao bem-estar dos trabalhadores (Vale; Biasi; Lucca, 2025).

Essa desconexão entre exigência técnica e retaguarda institucional deteriora o espaço de cuidado, submetendo o trabalhador a riscos psicossociais persistentes. O reflexo imediato desse processo é a degradação da saúde mental coletiva, com uma prevalência notável de transtornos mentais comuns e sofrimento emocional, o que fragiliza a sustentabilidade do trabalho em saúde (Ferreira; de Oliveira; Machin, 2025). Conforme Rodrigues, Faiad e Facas (2020) essa exposição aos riscos psicossociais levam ao sofrimento patológico, decorrente da exposição aos riscos que levam ao adoecimento laboral.

A atividade profissional no contexto hospitalar, principalmente nas Unidade de Terapia Intensiva (UTI), caracteriza-se pelo compromisso ininterrupto da assistência e pela prontidão diante de quadros críticos (Barros *et al.*, 2023). Inseridos em um cenário de constante busca pela excelência assistencial, esses trabalhadores enfrentam desafios intrínsecos à alta densidade tecnológica, à iminência de urgências e à instabilidade clínica dos pacientes (Goularte; Gabarra; Moré, 2020). Tais ambientes, que exigem capital humano altamente especializado (Salgado *et al.*, 2020), destacam-se pela pressão exacerbada e pela necessidade de intervenções decisivas em tempo exíguo.

Marcada por fatores estressores multidimensionais, a atuação profissional em UTI apresenta particularidades intrínsecas, tornando fundamental a compreensão do seu impacto na saúde e no bem-estar dos profissionais que compõem essas equipes (Benites; Faiman, 2022).

De um lado, encontram-se as exigências operacionais, como a alta carga laboral (Vieira *et al.*, 2022) e o déficit de infraestrutura e pessoal (Silva *et al.*, 2020; Ferraboli; Quadros, 2020). De outro, a sobrecarga emocional acarreta o sofrimento moral (Xavier *et al.*, 2024) derivada do contato direto com a finitude e a complexidade dos cuidados corporais (Macedo, 2020; Schultz *et al.*, 2022). A convergência desses elementos atua como gatilho para o estresse crônico e o comprometimento da saúde mental dos trabalhadores (De La Longuinere; Yarid; Silva, 2018).

Dada a complexidade da relação entre o ambiente laboral e a saúde, diversos fatores podem influenciar o desenvolvimento de doenças ocupacionais. Portanto, é primordial

viabilizar condições de trabalho que salvaguardem o trabalhador e fomentem seu bem-estar físico e mental (Nazário; Da Silva; Nicoletti, 2021).

Diante desse cenário, é válido implementar intervenções fundamentadas em evidências científicas que contemplem, de forma integrada, as dimensões individuais e os fatores organizacionais do ambiente de trabalho (Xavier *et al.*, 2024) e elaborar políticas institucionais envolvendo trabalhadores e gestores para prevenir o esgotamento mental (Rogers *et al.*, 2021).

Reis e Da Silva (2024) evidenciaram que a religiosidade e a espiritualidade operam como mecanismos de suporte no contexto da terapia intensiva. Tais dimensões favorecem o fortalecimento emocional do profissional e fomentam uma assistência ao paciente mais humanizada e integral.

É possível compreender que a espiritualidade vai além de princípios religiosos, validando a subjetividade e a singularidade das crenças de cada indivíduo (Do Vale; Líbero 2017). Esta compreensão é necessária nas UTIs onde a fragilidade física e emocional humana buscam sentido diante da gravidade clínica e do confronto com a finitude (Reis; Da Silva, 2024).

Nesse contexto, a espiritualidade emerge como uma ferramenta de suporte para os profissionais da saúde, auxiliando no manejo do estresse e favorecendo o bem-estar, a resiliência e a mitigação da síndrome de Burnout (Chow *et al.*, 2021). Ela auxilia na adaptação às dificuldades irrevogáveis da vida, atuando como um fator protetor, pois alivia o estresse e a fragilidade do indivíduo (Morato *et al.*, 2023).

Com isso, estudos indicam que devemos tratar da espiritualidade como estratégia de resiliência (Argolo Junior *et al.*, 2021), pois o desenvolvimento dessa dimensão fomenta uma maior resiliência e a adoção de posturas assistenciais mais abrangentes (Lucchetti; Lucchetti, 2014).

Conceituada como a capacidade de enfrentar e transcender contextos adversos, a resiliência atua como um pilar fundamental para a estabilidade emocional e para a manutenção da eficácia operacional do trabalhador (Goularte; Gabarra; Moré, 2020).

Conforme defendido por Zandavalli *et al.* (2020), compreender os elementos que fomentam a resiliência é indispensável para estruturar ações de suporte institucional. Essas medidas contribuem diretamente para a promoção da saúde e o equilíbrio emocional dos profissionais em seus respectivos contextos laborais.

Em síntese, a política de saúde do trabalhador alcança maior efetividade quando integra a vigilância das condições objetivas de trabalho ao cuidado com as dimensões subjetivas do indivíduo (Brasil, 2012b).

A promoção de ambientes laborais que favoreçam a resiliência (Janzarik et al., 2022; Silva *et al.*, 2020) e respeitem a espiritualidade (Silva Filho; Ferreira, 2015) não exime as organizações da responsabilidade de assegurar condições dignas de trabalho, mas constitui um recurso fundamental para a preservação da saúde mental dos trabalhadores diante das exigências da contemporaneidade (Ferraboli; Quadros, 2020; Lammel, 2021; Reis; Da Silva, 2024; Schultz *et al.*, 2022).

Dessa forma, a espiritualidade e a resiliência, podem ser utilizadas como ferramentas no ambiente laboral, junto ao Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), tornando um ambiente laboral seguro e eticamente digno, integrando um cuidado subjetivo e vigilância objetiva preconizada pela NR-01.

Diante desse contexto desafiador, emerge a necessidade premente de compreender e abordar aspectos fundamentais relacionados a espiritualidade e resiliência dos profissionais de saúde atuantes nesses cenários críticos.

O objetivo desse estudo é analisar a relação entre espiritualidade, fatores sociodemográficos e profissionais em trabalhadores de UTI e compreender a percepção desses profissionais sobre a espiritualidade e a resiliência no cotidiano laboral.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem mista.

Na parte quantitativa foi utilizado Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) para avaliar a espiritualidade (Anexo A), a Escala de Resiliência (RS-14) para avaliar a resiliência (Anexo B) e a Ficha de Caracterização Sociodemográfica (Apêndice A) elaborada pelos pesquisadores.

A ARES que foi a primeira escala produzida no Brasil, de acordo com os autores, que contém 11 perguntas respondidas em escala *Likert* de 5 pontos, cuja soma produz um escore no qual quanto maior o número, maior o envolvimento do indivíduo com espiritualidade e com práticas referentes à orientação espiritual. Ela avalia quatro dimensões em suas perguntas: crenças espirituais (1, 4, 6, 8 e 10), práticas espirituais (2 e 11), experiências espirituais (3) e atitudes/consequências (5, 7 e 9). Os escores da escala variam de 11 a 55. (Zandavalli *et al.*, 2020). Ela possui escores que variam de 11 a 55. Valores de escore até 38 determinam baixa espiritualidade; entre 39 e 45, moderada espiritualidade; e acima de 45 alta, espiritualidade (Morato *et al.*, 2023).

Damásio, Borsa e Da Silva (2011) citam que a escala RS-14 em sua versão reduzida, possui cinco itens referentes à “autossuficiência” (1, 5, 7, 12 e 14), três itens referentes à “significância” (2, 9 e 13), dois itens referentes à “equanimidade” (3 e 10), dois itens referentes à “perseverança” (6 e 8), e dois itens referentes à “solidão existencial” (4 e 11). Os participantes avaliaram os itens numa escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A classificação da resiliência de acordo com o escore global, classifica os níveis de resiliência em resiliência muito alta = 98-82; alta resiliência = 81-64; normal = 63-49; baixo = 48-31; e muito baixo = 30-14 (Sánchez-Teruel; Robles-Bello, 2015).

Independentemente da modalidade de aplicação (presencial ou online), os participantes foram instruídos a responder aos formulários em um ambiente reservado, livre de interferências externas. Essa medida teve como visou evitar a presença ou escuta de terceiros, preservando o sigilo e a espontaneidade das respostas durante a coleta de dados.

A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU) gerido pela empresa Hospitais Universitário do Brasil (HUBRASIL), com profissionais que atuam em UTI, com todo o perfil de pacientes, seja adulto, pediátrico ou neonatal. Foram excluídos de ambos os estudo os profissionais que desempenhem funções administrativas, de coordenação e/ou gerência concomitante com a assistência ao paciente

internado na UTI e os que durante o período de coleta de dados estejam em licenças por motivos de saúde e de férias.

De acordo com as coordenações das unidades, na UTI adulto trabalham 21 fisioterapeutas, 47 médicos, 55 enfermeiros e 199 auxiliares e técnicos em enfermagem; na UTI pediátrica trabalham 06 fisioterapeutas, 11 médicos, 07 enfermeiros e 26 auxiliares e técnicos em enfermagem; e na UTI neonatal trabalham 12 fisioterapeutas, 37 médicos, 21 enfermeiros e 77 auxiliares e técnicos em enfermagem.

Para o cálculo do tamanho amostral mínimo, utilizou-se o software G*Power (Faul; Erdfelder; Lang; Buchner, 2007). Dentre as hipóteses previamente estabelecidas, selecionou-se aquela que demandou o maior tamanho amostral mínimo para a análise. Utilizamos a distribuição F , o tamanho de efeito $f = 0,25$, o nível de significância $\alpha = 0,05$, o poder do teste $1 - \beta = 0,80$, para comparação de 5 grupos, obtendo uma amostra mínima de 200 participantes. Considerando uma perda amostral de 30% ao final da coleta de dados, chegou-se a uma amostra mínima de 260 participantes. Dado que o valor da amostra mínima necessária é superior à população de participantes, optou-se pela coleta de dados da população.

Para análise descritiva, apresentamos frequência absoluta e percentuais para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis métricas. Para análise estatística, aplicamos o teste de normalidade Shapiro-Wilk para as variáveis pontuação da ARES ($p < 0,001$), idade ($p < 0,001$) e tempo de atuação em UTI ($p < 0,001$). Para as comparações de grupos independentes, aplicamos Teste de Kruskal-Wallis, com tamanho de efeito ε^2 e comparações múltiplas Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. Para as correlações entre variáveis calcularemos o coeficiente de correlação de Spearman (Siegel; Castellan Jr, 2006). Para todas as análises, adotamos o nível de significância de 5% (Field, 2009). Todas as análises descritivas e estatísticas foram executadas no JAMOV (The Jamovi Project, 2022).

E para a análise qualitativa, utilizamos a análise de conteúdo proposto por Bardin para realizar a análise e tratamento de dados. A análise de conteúdo configura-se como uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores, e estrutura-se em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação. A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal (Bardin, 2016).

O Grupo Focal (GF) trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa, introduzida no final da década de 1940, incorporada de maneira mais sistemática na saúde a partir da segunda metade da década de 1980. Consiste em uma modalidade de entrevistas com grupos, fundamentadas na comunicação e interação, a partir de um grupo de participantes previamente selecionados (Trad, 2007). Conforme Trad (2007) a quantidade da amostra é excelente quando o número permite a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas.

O GF aconteceu durante o mês de maio de 2025, com duração média de sessenta minutos, por meio de preenchimento de uma Ficha de Caracterização Sociodemográficos (Apêndice A) elaborado pelos pesquisadores, o preenchimento do RS-14 e da ARES.

A data da realização do GF foi proposta pelos pesquisadores participantes da pesquisa, por conveniência, em horário próximo a passagem de plantão da equipe multiprofissional, com o intuito de pegar ambos os turnos de trabalho em uma sala no próprio hospital, foi gravada com a ciência de todos os participantes. Foram convidadas todas as categorias profissionais atuantes na UTI naquele momento: auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, contudo, somente os auxiliares/técnicos de enfermagem demonstraram interesse em contribuir com o estudo.

O mediador iniciou a discussão informando os objetivos da pesquisa e os possíveis benefícios que poderão ser agregados, e o objetivo é conversar sobre a relação entre resiliência e espiritualidade no cotidiano laboral e social. Foi salientado que a participação de todos era muito importante para enriquecer a discussão e que cada um deve respeitar a voz do outro, que não existe um contexto certo e um errado, e que não haveria monopólio de fala.

O presente estudo respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEPUFU) sob o CAAE nº 83749024.0.0000.5152. Cada participante foi orientado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) caso concordassem em participar da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos a análise dos resultados está organizada em dois artigos. O primeiro artigo de natureza quantitativa, descritiva e exploratória e o segundo trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

PRODUTO 1¹

Título

Variáveis sociodemográficas e avaliação da espiritualidade em profissionais de saúde intensivistas.

Autores

Wesley Sousa Cavalcante^I, Rosuita Fratar Bonito^{II} e Paulo Cezar Mendes^{III}

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Universidade Federal de Uberlândia.

Filiação

^I Fisioterapeuta, aluno do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e do Trabalhador, Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0003-3722-1926.

^{II} Médica, Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e do Trabalhador, Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0001-8782-0404.

^{III} Professor Associado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e do Trabalhador, Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0003-4617-7103.

Resumo

Introdução: A espiritualidade configura-se como uma dimensão subjetiva essencial ao bem-estar e à qualidade de vida, especialmente no contexto das Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde profissionais enfrentam elevada complexidade e estresse. Nesse cenário, atua como um recurso de enfrentamento, contribuindo para a redução do esgotamento profissional e para a promoção de uma assistência integral e humanizada.

Objetivo: Conhecer as relações entre a espiritualidade com os fatores sociodemográficos e profissionais em profissionais de saúde que atuam na UTI.

Método: Foi realizado um estudo quantitativo com 221 profissionais de saúde atuantes em UTI. Para análise, foram utilizadas a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) e variáveis sociodemográficas e laborais. Utilizou-se testes de Kruskal-Wallis para comparação de medianas e correlação de Spearman.

Resultados: A maioria da amostra era composta por mulheres cisgênero (75,6%), católicas (43,0%) e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem (44,8%). Observaram-se diferenças significativas na pontuação da ARES: mulheres apresentaram pontuações mais altas que

¹ A ser submetido na Revista São Paulo Medical Journal/Evidence for Health Care, formato Vancouver e finalizado em língua inglesa.

homens ($\epsilon^2 = 0,072$); pessoas com afiliação religiosa (Católicos, Evangélicos e Espíritas) pontuaram significativamente mais alto do que teístas/agnósticos e sem denominação religiosa ($\epsilon^2 = 0,162$); e profissionais de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem obtiveram pontuações mais elevadas do que Médicos ($\epsilon^2 = 0,049$) e profissionais em relacionamento e na Classe Salarial C apresentaram pontuações mais altas.

Conclusão: A espiritualidade dos profissionais é influenciada por características sociodemográficas e de afiliação, apresentando maior expressão entre aqueles com atuação assistencial direta, configurando-se como uma dimensão estável e relevante a ser considerada para a promoção do bem-estar.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde; Espiritualidade; Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract

Introduction: Spirituality is an essential subjective dimension for well-being and quality of life, especially within Intensive Care Units (ICU), where professionals face high levels of complexity and stress. In this context, it serves as a coping mechanism, contributing to the reduction of professional burnout and the promotion of comprehensive and humanized care.

Objective: To analyze the relationships between spirituality and sociodemographic and professional factors among healthcare professionals working in the ICU.

Method: A quantitative study was conducted with 221 ICU healthcare professionals. Data collection utilized the Spirituality-Related Attitudes Scale (ARES) alongside sociodemographic and occupational variables. Kruskal-Wallis tests were used for median comparisons, and Spearman's correlation was applied for analysis.

Results: Most of the sample consisted of women (75.6%), Catholics (43.0%), and Nursing Assistants/Technicians (44.8%). Significant differences were observed in ARES scores: cisgender women scored higher than cisgender men ($\epsilon^2 = 0,072$); individuals with religious affiliation (Catholics, Evangelicals, and Spiritists) scored significantly higher than theists/agnostics and those without religious denomination ($\epsilon^2 = 0,162$); and Nursing Assistants/Technicians obtained higher scores than Physicians ($\epsilon^2 = 0,049$). Additionally, professionals in a relationship and those in Salary Class C presented higher scores.

Conclusion: The spirituality of these professionals is influenced by sociodemographic and affiliation characteristics, was more pronounced among those involved in direct bedside care. It stands as a stable and relevant dimension to be considered for the promotion of well-being in the workplace.

Keywords: Health Care Professional; Spirituality; Intensive care units.

1. Introdução

A dimensão da espiritualidade na saúde tem sido objeto de inúmeros estudos na ciência contemporânea ^[1]. E esta relação começou a ganhar força na época da Idade Média, em que os mosteiros e conventos eram utilizados para cuidados em saúde, além de orações e rituais ^[2], e a integração desta na saúde transformava a jornada do paciente em uma experiência de cura e cuidado que ia além do contato físico ^[3]. Com base nestas premissas, pode-se inferir que a

espiritualidade é a dimensão mais subjetiva, multidimensional e complexa do fenômeno, através da qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência [4].

Essa busca, bem como a conexão do indivíduo com o transcendente, possui caráter íntimo e subjetivo, podendo ser experienciada independentemente dos dogmas ou limites das instituições religiosas [4] e a associação da espiritualidade com a busca por sentido e propósito, contribui para a qualidade de vida e o bem-estar [5].

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) configuram cenários complexos, permeados por uma simbologia de medo associada à gravidade das doenças e à iminência da finitude [6], são um campo desafiador por múltiplos fatores, pois necessitam de habilidades que envolvem sentimentos que, por vezes, se misturam com a complexidade do desenvolvimento das atividades [7]. Diante desse cenário, estudos tem indicado que a espiritualidade vem para auxiliar os profissionais da saúde a lidarem com estresse, promovendo o bem-estar, resiliência e a redução da síndrome de *Burnout* [8].

Portanto, é de grande valia a discussão sobre a espiritualidade e a religiosidade como componentes da assistência integral na UTI, visto que a equipe vivencia rotineiramente situações-limite que expandem sua percepção sobre a dimensão transcendental [9] onde a fragilidade humana, física e emocional, tenta encontrar respostas frente às situações de gravidade em quadro de doença e finitude [7].

1.1. Objetivos:

Conhecer as relações entre a espiritualidade, caracterizada pela Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES), os fatores sociodemográficos de profissionais em profissionais de saúde que atuam na UTI de um hospital de ensino brasileiro.

2. Métodos

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado com profissionais de saúde que atuam em UTI, em um hospital de ensino localizado na região sudeste do Brasil durante o primeiro semestre de 2025. Foram selecionados os profissionais médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem garantindo a anonimidade dos participantes.

Os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa e assim concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram convidados

de forma presencial e virtual para responder a ficha de caracterização sociodemográfica, elaborado pelos pesquisadores, e a ARES. Independentemente da modalidade de aplicação (presencial ou online), os participantes foram instruídos a responder aos formulários em um ambiente reservado, livre de interferências externas. Essa medida teve como visou evitar a presença ou escuta de terceiros, preservando o sigilo e a espontaneidade das respostas durante a coleta de dados.

A ARES, que foi a primeira escala desenvolvida e validada no contexto brasileiro, de acordo com os autores, que contém 11 perguntas respondidas em escala *Likert* de 5 pontos, cuja soma produz um escore no qual quanto maior o número, maior o envolvimento do indivíduo com espiritualidade e com práticas referentes à orientação espiritual ^[10]. Ela avalia quatro dimensões em suas perguntas: crenças espirituais (1, 4, 6, 8 e 10), práticas espirituais (2 e 11), experiências espirituais (3) e atitudes/consequências (5, 7 e 9) ^[11]. Os escores da escala variam de 11 a 55. Valores de escore até 38 determinam baixa espiritualidade; entre 39 e 45; moderada espiritualidade; e acima de 45 alta, espiritualidade ^[12].

Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEPUFU), sob número CAAE 83749024.0.0000.5152.

2.1. Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho amostral mínimo, utilizou-se o software G*Power^[13]. Dentre as hipóteses previamente estabelecidas, selecionou-se aquela que demandou o maior tamanho amostral mínimo para a análise. Utilizamos a distribuição *F*, o tamanho de efeito $f = 0,25$, o nível de significância $\alpha = 0,05$, o poder do teste $1 - \beta = 0,80$, para comparação de 5 grupos, obtendo uma amostra mínima de 200 participantes. Considerando uma perda amostral de 30% ao final da coleta de dados, chegou-se a uma amostra mínima de 260 participantes. Dado que o valor da amostra mínima necessária é superior à população de participantes, optou-se pela coleta de dados da população.

Considerando a população total de 516 profissionais que atuam nas UTIs do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU), a coleta final de 221 participantes (42,8% da população) atende aos critérios de poder estatístico previamente estabelecidos que elevou esse poder para aproximadamente 0,85 (85%).

2.2. Análises de Dados

Para análise descritiva, apresentamos frequência absoluta e percentuais para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis métricas. Para análise estatística, aplicamos o teste de normalidade Shapiro-Wilk para as variáveis pontuação da ARES, idade e tempo de atuação em UTI. Para as comparações de grupos independentes, aplicamos Teste de Kruskal-Wallis, com tamanho de efeito ε^2 e comparações múltiplas DSCF. Para as correlações entre variáveis calcularemos o coeficiente de correlação de Spearman ^[14]. Para todas as análises, adotamos o nível de significância de 5% ^[15]. Todas as análises descritivas e estatísticas foram executadas no JAMOV ^[16].

Para variável orientação sexual, foram recategorizados em heterossexuais e outras orientações sexuais em virtude da baixa frequência de algumas categorias. Para a variável estado civil, as categorias foram recategorizadas em com e sem relacionamento, formando a variável status de relacionamento. A renda familiar mensal dos participantes foi classificada em cinco faixas socioeconômicas, baseadas no salário mínimo vigente: Classe A (superior a 15 salários mínimos), Classe B (entre 5 e 15 salários mínimos), Classe C (entre 3 e 5 salários mínimos), Classe D (entre 1 e 3 salários mínimos) e Classe E (até 1 salário mínimo). A categoria Classe D/E foi excluída das análises por tem baixa representatividade.

3. Resultados

Para caracterização da amostra (Tabela 1), utilizamos as variáveis pessoais identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor da pele, estado civil, denominação religiosa e escolaridade e as variáveis profissionais categoria profissional, perfil da UTI, tipo de vínculo, carga horária de trabalho no hospital da pesquisa e classe salarial. Observamos que a maioria dos participantes é de mulheres (75,6%), heterossexuais (90,0%), brancas (53,8%), casadas (48,4%), católicas (43,0%) e com especialização (51,6%). A média da idade dos participantes é de $38,50 \pm 8,20$ anos (mediana = 37, variando de 20 a 70 anos completos). Além disso, identificamos maior percentual de Auxiliar/Técnico de Enfermagem (44,8%), atuantes em UTI para pacientes adultos (73,8%), com vínculo efetivo com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (78,3%), com carga horária semanal de trabalho de 36 horas (54,3%) e de classe salarial C (50,7%). A média do tempo de atuação em UTI, em anos, é de $9,60 \pm 7,56$ anos (mediana de 7, variando de 0,1 a 43 anos).

Tabela 1. Caracterização dos participantes segundo identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, estado civil, religião, escolaridade, categoria profissional, tipo de UTI, tipo de vínculo, carga horária de trabalho no HCUFU/EBSERH, classe social, Uberlândia – MG, 2025.

Variável	Categorias	Frequência absoluta	Percentual
Identidade de gênero			
	Homem	54	24,4%
	Mulher	167	75,6%
	Bissexual	4	1,8%
	Gay	12	5,4%
	Heterossexual	199	90,0%
	Lésbica	5	2,3%
	Pansexual	1	0,5%
Cor da pele			
	Amarela	4	1,8%
	Branco	119	53,8%
	Parda	72	32,6%
	Preto	26	11,8%
Estado civil			
	Solteiro	98	44,3%
	Casado	107	48,4%
	Divorciado	14	6,3%
	Separado	2	0,9%
Denominação religiosa			
	Católico	95	43,0%
	Espírita	27	12,2%
	Evangélico	53	24,0%
	Matrizes africanas	3	1,4%
	Teísta/Agnóstico	35	15,8%
	Não	8	3,6%
Escolaridade			
	Ensino Médio	28	12,7%
	Graduação	43	19,5%
	Especialização	114	51,6%
	Mestrado	32	14,5%
	Doutorado	4	1,8%
Categoria profissional			
	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	99	44,8%
	Enfermeiros	55	24,9%
	Fisioterapeutas	45	20,4%
	Médicos	22	10,0%
Perfil da UTI			
	Neonatal	38	17,2%
	Pediátrica	20	9,0%
	Adulto	163	73,8%
Tipo de vínculo			
	RJU	33	14,9%
	EBSERH efetivo	173	78,3%
	EBSERH temporário	12	5,4%
	RJU e EBSERH	3	1,4%
Carga horária de trabalho semanal no HC-UFU			
	20h	1	0,5%

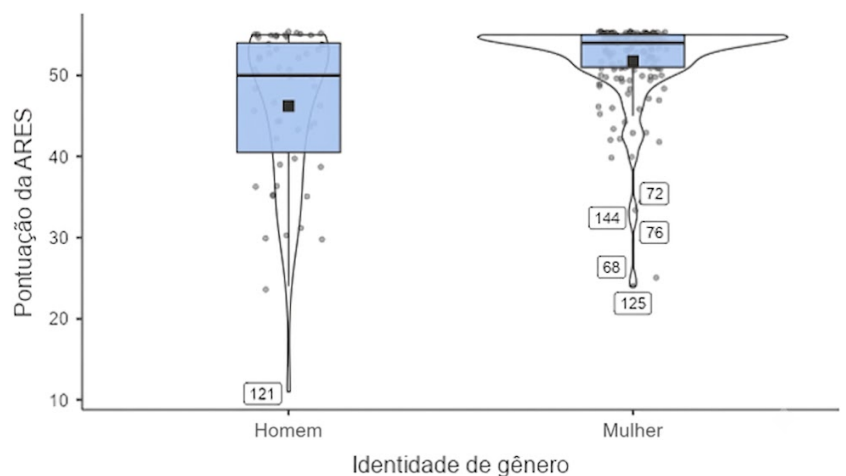
Continuação da Tabela 1

24h	11	5,0%
30h	49	22,2%
36h	120	54,3%
40h	32	14,5%
44h	6	2,7%
48h	2	0,9%
Classe salarial		
Classe A	16	7,2%
Classe B	91	41,2%
Classe C	112	50,7%
Classes D/E	2	0,9%

Fonte: Autoria própria. Abreviações: UTI = Unidade de Terapia Intensiva; RJU = Regime Jurídico Único; EBSERH = Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Analizou-se os fatores sociodemográficos relacionando-os à pontuação da escala ARES e observou-se uma diferença entre os gêneros na pontuação da ARES com tamanho de efeito médio ($H = 15,8$; $gl = 1$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,072$), sendo a mediana de pontuação das mulheres (54,0) maior que a dos homens (50,0) (Figura 1). Não se constatou diferenças entre as categorias heterossexuais e outras orientações sexuais para pontuação da ARES ($H = 3,37$; $gl = 1$; $p = 0,066$; $\varepsilon^2 = 0,015$), sendo a mediana da pontuação das pessoas heterossexuais (53,0) semelhante à das pessoas de outras orientações sexuais (51,0).

Figura 1. Comparação da pontuação da ARES entre as categorias com identidade de gênero.

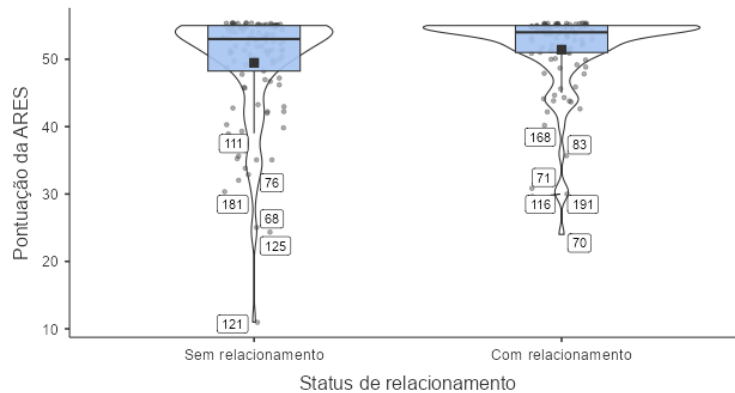


Fonte: Autoria própria

Embora tenha verificado uma diferença geral entre as categorias de cor da pele com tamanho de efeito pequeno ($H = 9,93$; $gl = 3$; $p = 0,019$; $\varepsilon^2 = 0,045$), as comparações aos pares não se mostraram significativas, provavelmente em função das frequências de algumas categorias e da presença de 19 valores considerados atípicos de pontuação baixa. Para status de

relacionamento, infere-se diferença entre as categorias em relação a pontuação da ARES com tamanho de efeito pequeno ($H = 5,03$; $gl = 1$; $p = 0,025$; $\epsilon^2 = 0,023$), sendo a mediana de pessoas com relacionamento (54,0) maior do que aquelas sem relacionamento (53,0) (Figura 2).

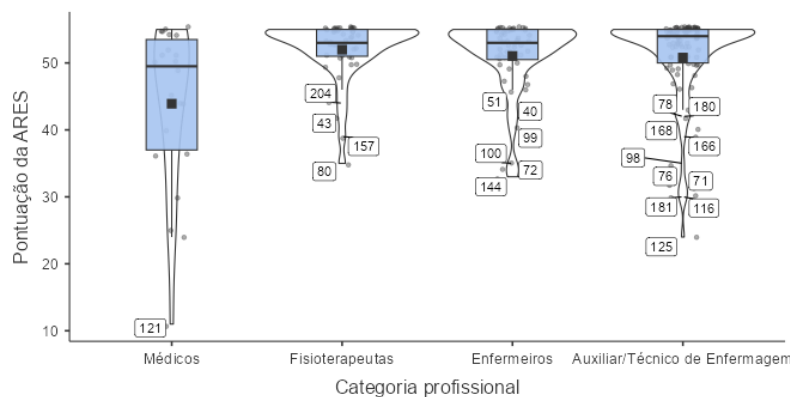
Figura 2. Comparação da pontuação da ARES entre as categorias com relacionamento.



Fonte: Autoria própria

Evidenciou-se diferença entre as categorias de denominação religiosa na pontuação da ARES com tamanho de efeito grande ($H = 35,6$; $gl = 5$; $p < 0,001$; $\epsilon^2 = 0,162$), quando se observou que as medianas das categorias católico (53,0), evangélico (55,0) e espírita (52,0) foram maiores que a de teísta/agnóstico (46,0), assim como evangélico (55,0) e espírita (52,0) também foram maiores que sem denominação religiosa (47,0); as demais comparações não mostraram diferenças. Não se observou correlação entre pontuação da ARES e grau de escolaridade ($\rho = -0,07$; $gl = 219$; $p = 0,274$) ou idade ($\rho = -0,08$; $gl = 219$; $p = 0,229$).

Figura 3. Comparação da pontuação da ARES entre as categorias de profissionais de saúde.

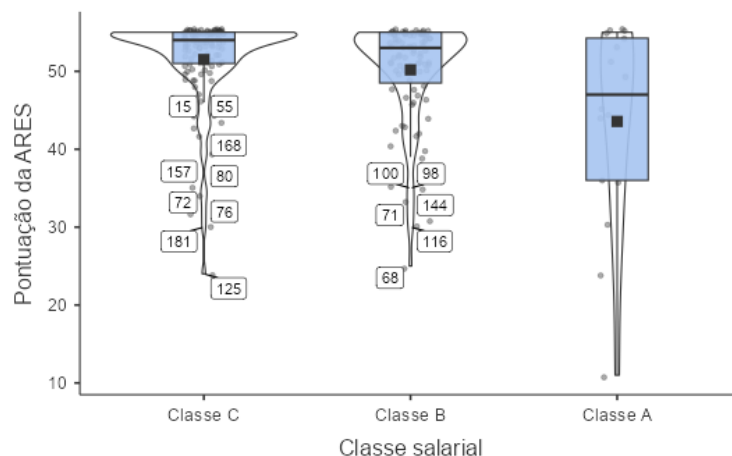


Fonte: Autoria Própria.

Analisou-se os fatores laborais relacionando-os à pontuação da escala ARES e mostrou uma diferença nas pontuações da ARES entre pelo menos um dos grupos profissionais com efeito pequeno ($H = 10,8$; $gl = 3$; $p = 0,013$; $\varepsilon^2 = 0,049$), sendo a pontuação de Auxiliar/Técnico de Enfermagem (54,0), Enfermeiros (53,0) e Fisioterapeutas (53,0) maior do que a pontuação de médicos (49,5); as demais comparações não mostraram diferenças (Figura 3). Não se identificou diferença nas pontuações da ARES entre os perfis de UTI, pediátrica, adulto e neonatal, ($H = 3,9$; $gl = 2$; $p = 0,140$; $\varepsilon^2 = 0,018$).

Observou-se uma diferença nas pontuações da ARES entre pelo menos uma das classes salariais com efeito pequeno ($H = 8,0$; $gl = 2$; $p = 0,019$; $\varepsilon^2 = 0,037$), sendo a pontuação de Classe C (54,0) maior do que a da Classe A (47,0); a Classe B (53,0) não diferiu das demais (Figura 4). Não foi observado correlação entre pontuação da ARES e carga horária de trabalho ($\rho = -0,08$; $gl = 219$; $p = 0,270$) ou tempo de atuação em UTI ($\rho = -0,06$; $gl = 219$; $p = 0,387$).

Figura 4. Comparação da pontuação da ARES classe salarial.



Fonte: Autoria Própria.

4. Discussão

Em consonância com a literatura vigente, o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde em UTI é predominantemente mulheres ^[1,6,8,17-23]. A equipe de enfermagem sobressai como o maior grupo profissional ^[19,21,24], caracterizando-se, majoritariamente, por indivíduos que possuem vínculo conjugal estável ^[8,17,22] e declaram afiliação a alguma denominação religiosa ^[8,17,20,22,23].

A compreensão da equipe multiprofissional sobre a espiritualidade permite uma visão ampliada das necessidades humanas, transcendendo o modelo puramente biológico ao integrar a fé como um suporte subjetivo que humaniza a assistência e auxilia o próprio trabalhador no cotidiano da UTI^[25].

Embora a espiritualidade não conduza, necessariamente, a uma afiliação religiosa ^[4], os dados deste estudo corroboram essa perspectiva ao revelarem que a denominação religiosa foi o fator de maior impacto na análise, demonstrando que profissionais católicos, evangélicos e espíritas possuem atitudes significativamente mais favoráveis à integração desse cuidado do que agnósticos ou teístas sem denominação.

Essa disparidade sugere que religiões estruturadas oferecem um arcabouço ético e mecanismos de enfrentamento (*coping*) que sensibilizam o profissional para o acolhimento da dimensão espiritual, enquanto espiritualidades não institucionalizadas tendem a apresentar uma influência menos atuante na prática clínica^[25,26].

A proeminência nos escores de espiritualidade entre mulheres cisgênero converge com a literatura contemporânea, que aponta para uma maior abertura deste grupo à integração da dimensão transcendental na prática clínica. Para Borges *et al.* ^[25], a afiliação e a prática religiosa influencia a tomada de decisão em saúde, e as mulheres, muitas vezes, utilizam a fé como um mecanismo de *coping* religioso-espiritual para lidar com o estresse ocupacional e a sobrecarga emocional das unidades críticas. Enquanto homens cisgênero podem ser socializados para adotar uma postura de maior distanciamento emocional, as mulheres frequentemente integram a dimensão espiritual como parte indissociável da integralidade do cuidado^[26].

Os resultados do estudo de Kocur *et al.* ^[21] indicam que níveis elevados de cuidado espiritual e associados à fé na humanidade, o humanismo e o Kantismo, entre os profissionais correlacionam-se positivamente com a satisfação laboral e ao melhor vínculo com o paciente, a espiritualidade atua como um fator determinante para a competência técnica e a qualidade do serviço, promovendo, simultaneamente, o senso de realização pessoal do trabalhador.

Essa perspectiva é ratificada por Rodrigues ^[22], ao demonstrar que o bem-estar espiritual em enfermeiros se correlaciona diretamente com a entrega de um cuidado humanizado e serve como um mecanismo de proteção à saúde mental diante do estresse hospitalar.

Observamos que as diferenças na ARES entre as categorias profissionais podem ser atribuídas à especificidade dos papéis desempenhados no ambiente crítico. Profissionais de

Enfermagem e Fisioterapia tendem a manifestar um maior engajamento com a dimensão espiritual devido ao contato direto, prolongado e focado no conforto do paciente.

Conforme apontam Espinoza-Padilla *et al.*^[20], existe uma relação intrínseca entre a espiritualidade e o cuidado humanizado na enfermagem, onde a percepção da dimensão transcendental atua como um facilitador para uma assistência mais sensível e integral. Essa proximidade ininterrupta permite que o profissional identifique necessidades que vão além do físico, integrando a espiritualidade como uma ferramenta de suporte essencial tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado.

No contexto da reabilitação, o estudo de Alves *et al.*^[1] sobre fisioterapeutas brasileiros revela que esses profissionais também percebem a espiritualidade e a religiosidade como componentes vitais da saúde. Ao trabalharem com o toque e a recuperação funcional, fisioterapeutas acessam níveis de vulnerabilidade que demandam um suporte existencial robusto, favorecendo atitudes positivas frente ao binômio saúde-doença e os participantes concordam que a espiritualidade exerce uma função terapêutica, como fator facilitador no tratamento e reabilitação e reforçam que a espiritualidade negativa, como a perpetuação de crenças errôneas de punição divina traz prejuízos ao paciente, enfatizando a necessidade de estudos com foco na espiritualidade na prática fisioterapêutica.

Conforme Lammel *et al.*^[6], a espiritualidade atua como um suporte pessoal que influencia positivamente na rotina laboral, e que dominar os conhecimentos sobre o benefício da fé permite que a equipe multiprofissional adote uma perspectiva integral sobre as necessidades humanas.

Alves, Gerone e Nogas^[24], em seu estudo realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, mostraram o envolvimento da população pesquisada, composta por médicos, capelães/pastoralistas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos em enfermagem, com a temática da espiritualidade/religiosidade no contexto do cuidado em saúde, revelando uma concepção consonante com os princípios bioéticos que orientam a assistência e a atenção integral em saúde.

A espiritualidade dos profissionais intensivistas influencia a percepção do processo saúde-doença e a prática do cuidado ao paciente crítico, pode contribuir positivamente para a qualidade da assistência e para o bem-estar interpessoal^[18].

Em uma revisão, Reis e Da Silva^[7] concluíram que a religiosidade e a espiritualidade atuam como mecanismo de suporte ao trabalho em terapia intensiva, na promoção do fortalecimento emocional do profissional e promovem uma assistência ao paciente mais integralizada. Nesse cenário, Lucchetti e Lucchetti^[26] sustentam que o cultivo dessa dimensão resulta em maior resiliência e em atitudes assistenciais mais inclusivas, consolidando a espiritualidade como um pilar essencial da integralidade do cuidado em unidades de alta complexidade.

Em um estudo realizado durante a pandemia, ao comparar a utilização do *coping* religioso em médicos e enfermeiros, foi observado diferenças estatísticas significativas entre estes, em termos de enfrentamento religioso positivo ($p < 0,001$) e enfrentamento religioso negativo ($p = 0,015$)^[8].

Portanto, é importante destacar que a pandemia expôs os profissionais de saúde a processos de estigmatização, situações de maus-tratos e violações de direitos, cujos impactos psicológicos tendem a persistir no período pós-pandêmico. Diante disso, é primordial compreender os contextos profissionais e sociais envolvidos, bem como a implementação de estratégias voltadas à conscientização, à promoção da empatia e à prevenção do estigma^[27].

Embora sentimentos como medo, tristeza e preocupação sejam frequentes no contexto da COVID-19, a religiosidade e a espiritualidade (R/E) destacaram-se como importantes fontes de esperança. Esses elementos atuam como recursos estratégicos para o manejo emocional e comportamental na linha de frente, fortalecendo a resiliência e atribuindo maior significado ao enfrentamento de doenças graves e à relação estabelecida com o paciente ^[17].

Tolentino *et al.* ^[23] evidenciaram que a espiritualidade atua como um fator protetor contra a ansiedade social em profissionais de saúde, independentemente do período de manifestação dos sintomas (pré ou transpandemia) e destaca a inserção de intervenções institucionais com o intuito de fortalecer o bem-estar espiritual. A dimensão espiritual foi identificada como um mecanismo de resiliência, demonstrando o papel fundamental dessa experiência fenomenológica na recuperação emocional e na reorganização da identidade do indivíduo^[28].

É fundamental entendermos o cenário pós pandemia, pois as evidências sobre a religiosidade/espiritualidade (R/E) são relativamente recentes, e estamos vivendo um período de ressignificação em que a espiritualidade pode tornar-se um fator de saúde mental, assim

como o sono ou a alimentação, e esta dimensão pode auxiliar no enfrentamento e contribuir para práticas de cuidados integrais e humanizadas^[29].

Quando se trata da religiosidade intrínseca, que é o processo de internalização e vivência da religiosidade como objetivo central do indivíduo, que é um fator protetor para depressão, um estudo evidenciou que ela influencia positivamente no suporte social e nos desfechos da saúde, que os profissionais com escores mais baixos, estavam associados a escores mais altos de depressão ($\beta = -0,17$; $p = 0,02$)^[19].

Como vivemos em um estado laico e a Constituição Federal de 1988 assegura a liberdade religiosa e o direito à saúde integral, impondo aos profissionais de saúde o dever de respeitar as convicções individuais dos pacientes, sem imposição de crenças pessoais, a abordagem da espiritualidade no cuidado em saúde deve ocorrer com ética, mediante consentimento informado, preservando a autonomia do paciente e a integridade da relação terapêutica^[5].

As pesquisas demonstram que os pacientes que fortalecem sua espiritualidade tendem a apresentar índices elevados de resiliência, adesão clínica terapêutica e melhor qualidade de vida, especialmente em contextos de vulnerabilidade física ou psicológica. Nesse sentido, é notório a importância de capacitar os profissionais de saúde, como a implementação de programas de educação permanente voltada para o tema, com o intuito de identificar e acolher essa dimensão do cuidado clínico, respeitando a singularidade e as convicções de cada paciente^[30].

Ao reconhecer a própria dimensão espiritual, o profissional de saúde promove um ambiente de cuidado mais humanizado e integral, trazendo uma visão ampla de cuidado, com benefícios na assistência ao doente, em todo o processo de tratamento até a morte^[6].

Sob a ótica de Lima Filho^[31], a intersecção entre saberes espirituais e o processo saúde-doença estabelece a espiritualidade como um elemento mediador fundamental, capaz de conferir novos sentidos ao sofrimento tanto para o enfermo quanto para o profissional.

De acordo com Pilger *et al.*^[9], a prática assistencial revela-se influenciada pelas crenças dos profissionais e pelo reconhecimento da espiritualidade do paciente como pilar do cuidado. A narrativa dos participantes da pesquisa, enfatizaram que respeitar essas manifestações é fundamental para prover suporte emocional e esperança em momentos críticos e no processo de morrer.

Para Mendes ^[30], incorporar a espiritualidade às práticas de cuidado não implica impor crenças, mas possibilitar ao assistido que ele possa mobilizar seus próprios recursos internos, catalisando forças que potencializem o seu processo de reabilitação e enfrentamento da enfermidade. Contudo, a espiritualidade deve ser vista como auxílio ao tratamento em saúde e não como substituto e cabe aos profissionais de saúde a adotarem como uma ferramenta complementar ao cuidado, respeitando todas as convicções do paciente^[6,25].

Kocur *et al.*^[21] ainda reiteram que é necessário promover programas de educação permanente que integrem habilidades interpessoais, compaixão e competências espirituais, buscando otimizar o cuidado. Ao conscientizar a equipe com tais dimensões, viabiliza-se o acolhimento integral de pacientes e familiares, resguardando, simultaneamente, o bem-estar dos colaboradores. Essa abordagem reflete-se na excelência da assistência, no contentamento dos usuários e na mitigação de riscos ocupacionais, como a síndrome de Burnout.

Por se tratar de um estudo transversal, e realizado em um único hospital, este estudo limita-se a conhecer a espiritualidade dos profissionais naquele espaço sem conseguir comparar com a população brasileira visto que é uma população miscigenada. Sugerimos a realização de estudos longitudinais e multicêntricos, pré e pós a realização de atividades voltadas para o acolhimento da espiritualidade na prática assistencial em UTI.

5. Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que a espiritualidade é uma dimensão relevante entre profissionais atuantes em UTI, e ela é influenciada por variáveis sociodemográficas e de afiliação e no contexto laboral; observou-se maior pontuação da escala ARES em categorias que demanda um tempo de assistência mais próxima ao paciente. Destacou-se que a espiritualidade mostrou ser independente de fatores como idade, escolaridade, tempo de atuação ou carga horária de trabalho, sugerindo tratar-se de uma dimensão relativamente estável, mobilizada diante das exigências de atuação no ambiente da UTI, mas não condicionada a exposição ocupacional prolongada. Esses achados sublinharam a importância de integrar a dimensão espiritual, de forma ética e respeitosa, em programas institucionais de apoio às equipes, visando a promoção do bem-estar e a assistência integral aos usuários, com especial atenção às diferenças identificadas entre categorias e afiliações.

Referências

- [1] Alves KR, Góes ALB, Santana G, De Souza AC, Sá KN. Brazilian Physiotherapists' Perceptions on Spirituality, Religiosity and Health: A Cross-sectional Study. REFLEXUS - Revista Semestral de Teologia e Ciências Das Religiões 2024;18:481–501. <https://doi.org/10.20890/reflexus.v18i2.2918>.
- [2] Jordán A de PW, Caminha M de FC, Barbosa LNF, Haimenis B, Freitas LS, Falcão JV de AM de A. Associação entre espiritualidade, coping religioso e variáveis sociodemográficas em residentes de saúde do Recife. Rev Bras Educ Med 2025;49. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v49.1-2024-0184>.
- [3] Gil Lopes A. Integração da Espiritualidade nos Cuidados de Saúde: A Jornada do Paciente. Revista Brasileira de Neurologia 2024;60. <https://doi.org/10.46979/rbn.v60i3.65937>.
- [4] Costa M do DL da. Religiosidade e espiritualidade: interfaces com a saúde. Caminhos de Diálogo 2025;13:146–57. <https://doi.org/10.7213/cda13n22p146157>.
- [5] Moraes ARA de, Assis CR. Espiritualidade na atenção à saúde: avaliação da aplicabilidade prática e limites éticos-normativos. UNISANTA Law and Social Science 2025;14:01–23. <https://doi.org/10.5281/>
- [6] Lammel TR, Rocha LG, Arrieira IC de O, Oliveira MP de, Maagh SB. Influência da fé e espiritualidade no cotidiano dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde 2021;6:1–6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210050>.
- [7] Reis MDTs, Da Silva SCCG. PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UTI: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COMO MECANISMO DE SUPORTE PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL. FRAGMENTOS DE CULTURA 2024;34:99–107. <https://doi.org/doi.org/10.18224/frag.v34i1.13316>.
- [8] Chow SK, Francis B, Ng YH, Naim N, Beh HC, Ariffin MAA, et al. Religious coping, depression and anxiety among healthcare workers during the covid-19 pandemic: A malaysian perspective. Healthcare (Switzerland) 2021;9. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010079>.
- [9] Pilger C, Macedo JQ de, Zanelatto R, Soares LG, Kusumota L. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. Ciência, Cuidado e Saúde 2014;13:479. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i3.19788>.
- [10] Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39:175–91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.
- [11] Zandavalli RB, Da Silveira JB dos S, Bueno RM, Dos Santos DT, De Castro Filho ED, Mosqueiro BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade 2020;15:2213. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2213](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2213).
- [12] Braghetta CC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES). Universidade de São Paulo, 2017. <https://doi.org/10.11606/D.5.2017.tde-05102017-112819>.
- [13] Morato AEP, Hostalácio SFS, Moura TP, Castro JPGB de, Peixoto JM, Moura EP. Resiliência e espiritualidade de estudantes de Medicina durante isolamento social devido à pandemia da Covid-19. Rev Bras Educ Med 2023;47. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2022-0300>.

- [14] Siegel S, Catellan Jr NJ. Estatística não-Paramétrica Para Ciências do Comportamento. 2°. Porto Alegre: Bookman; 2006.
- [15] Field AP. Discovering statistics using SPSS. SAGE; 2009.
- [16] JAMOV. THE JAMOV PROJECT n.d. //www.jamovi.org, 2022. (accessed February 4, 2026).
- [17] Costa BCP, Bachur CK, Candido S da S, Gonçalves IWP, Hilario VG, Barcelos LR, et al. Religiosidade e Espiritualidade entre Profissionais da Saúde em tempos de Pandemia / Religiosity and Spirituality among Health Professionals in Times of Pandemic. Brazilian Journal of Health Review 2021;4:18329–41. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-304>.
- [18] De La Longuiniere ACF, Donha Yarid S, Sampaio Silva EC. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. Revista Cuidarte 2018;9:1961. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>.
- [19] de Miranda KS, Santos LDR, Neto OP de A, Raponi MBG, Scalia LAM. Impact of occupational profile, mental health and religiosity on depression, anxiety and stress among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. J Bras Psiquiatr 2023;72:239–46. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000433>.
- [20] Espinoza-Padilla DJ, Poblete-Troncoso M del C, Guerra-Guerrero VT, Zamberlan C, Backes DS. Relação entre espiritualidade e cuidado humanizado em profissionais de enfermagem de um hospital chileno. Rev Bras Enferm 2025;78. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0598pt>.
- [21] Kocur D, Krok D, Fopka-Kowalczyk M, Żenda A. SPIRITUAL CARE AS A MEDIATOR IN THE RELATIONSHIP OF THE LIGHT AND DARK TRIAD WITH LIFE AND WORK SATISFACTION AMONG HOSPICE WORKERS. Med Pr 2025;76:77–86. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01598>.
- [22] Rodrigues FDO, Kirchoff RS, Siqueira DF de, Greco PBT, Dornelles CDS. Bem-estar espiritual em enfermeiros de um hospital de médio porte. Saúde (Santa Maria) 2020;46. <https://doi.org/10.5902/2236583439315>.
- [23] Tolentino JC, Gjorup ALT, Mello CR, de Assis SG, Marques AC, do Carmo Filho Á, et al. Spirituality as a protective factor for chronic and acute anxiety in Brazilian healthcare workers during the COVID-19 outbreak. PLoS One 2022;17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267556>.
- [24] Alves CP, Teztlaff de Gerone LG, Macuchen Nogas PS. Spirituality among Health Professionals: An Exploratory Factor Analysis and a Moral Reflection. Global Journal of Human-Social Science 2021;21:19–32. <https://doi.org/10.34257/GJHSSAVOL21IS13PG19>.
- [25] Borges M, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. Religious affiliations influence health-related and general decision making: A brazilian nationwide survey. Int J Environ Res Public Health 2021;18:1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062873>.
- [26] Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013). Int J Psychiatry Med 2014;48:199–215. <https://doi.org/10.2190/PM.48.3.e>.
- [27] Mendes TCX. Vista do Espiritualidade e saúde. Cadernos Cajuína 2025;10:e1009. <https://doi.org/10.52641/cadcajv10i3.1009>.

- [28] Negarandeh R, Shahmari M, Zare L. Stigmatization experiences of healthcare workers in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. BMC Health Serv Res 2024;24. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11300-9>.
- [29] Junior CA, Uchôa SMDM, Boff D, Diniz LAJB, Ferreira FJF, Barros LM De. (RE)MEANING EVENTS AND (RE)DEFINING STRATEGIES THROUGH RESILIENCE: SPIRITUALITY AS A PHENOMENON OF GROWTH AND PSYCHO-EMOTIONAL DEVELOPMENT IN TIMES OF PANDEMIC. Brazilian Journal of Development 2021;7:16821–33. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-349>.
- [30] Rossato L, Ribeiro BM dos SS, Scorsolini-Comin F. Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia deCOVID-19. Rev Nufen: Phenom Interd | Belém 2022;14:1–13.
- [31] Rodrigues de Lima Filho FJ, De Lima NKG, Vieira NR. A relação entre saberes e práticas espirituais e o processo saúde-doença: revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporanea 2020;9:255–64. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2858>

PRODUTO 2²

ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS

SPIRITUALITY AND RESILIENCE AS A PROFESSIONAL COPING STRATEGY IN INTENSIVE CARE

ESPIRITUALIDAD Y RESILIENCIA COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO PROFESIONAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMO | INTRODUÇÃO: A enfermagem constitui o maior grupo ocupacional do setor da saúde no Brasil, desempenhando um papel essencial no funcionamento dos serviços. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), esses profissionais enfrentam elevadas cargas de trabalho, demandas cognitivas e contato contínuo com o sofrimento e a morte, fatores que favorecem o estresse ocupacional e o adoecimento mental. Nesse contexto, a resiliência e a espiritualidade emergem como mecanismos de enfrentamento e estratégias preditoras de bem-estar. **OBJETIVO:** Analisar a presença e a percepção da resiliência e da espiritualidade no cotidiano laboral de técnicos de enfermagem em UTI. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, de natureza quanti-qualitativa. A coleta de dados envolveu sete técnicos de enfermagem em um hospital universitário, utilizando a Escala de Resiliência (RS-14), a Escala de Atitudes Espirituais (ARES) e a técnica de Grupo Focal. Para a análise dos dados qualitativos, empregou-se a análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Os achados quantitativos indicaram níveis de resiliência muito alto ($M=89,14$) e espiritualidade elevada ($M=50,8$), e da análise qualitativa emergiram seis núcleos de sentido: como elas influenciam no cotidiano laboral, na vida pessoal e a inter-relação entre elas. **CONCLUSÃO:** A espiritualidade e a resiliência estão interligadas, contribuindo para a manutenção da saúde mental e a promoção do cuidado integral. Torna-se indispensável a implementação e o fortalecimento de políticas institucionais que integrem essas dimensões subjetivas, assegurando suporte ao cuidador e a qualificação da assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade. Resiliência Psicológica. Técnicos de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Nursing constitutes the largest occupational group in the Brazilian health sector, playing an essential role in service operations. In Intensive Care Units (ICU), these professionals face high workloads, cognitive demands, and continuous contact with suffering and death—factors that foster occupational stress and mental illness. In this context, resilience and spirituality emerge as coping mechanisms and well-being predictors. **OBJECTIVE:** To analyze the presence and perception of resilience and spirituality in the daily work routine of nursing technicians in the ICU. **METHOD:** This is a cross-sectional, exploratory, and descriptive study with a quantitative-qualitative nature. Data collection involved seven nursing technicians at a university hospital, utilizing the Resilience Scale (RS-14), the Spiritual Attitudes Scale (ARES), and the Focus Group technique. Content analysis was employed for qualitative data. **RESULTS:** Quantitative findings indicated very high levels of resilience ($M=89.14$) and high spirituality ($M=50.8$), and the qualitative findings identified six thematic categories addressing how resilience and spirituality influence daily work, personal life, and the relationship between these two constructs. **CONCLUSION:** Spirituality and

² - Em processo de submissão na Revista Psicologia, Diversidade e Saúde (RPDS), formato APA.

resilience are interconnected, contributing to the maintenance of mental health and the promotion of holistic care. The implementation and strengthening of institutional policies that integrate these subjective dimensions are indispensable to ensure support for the caregiver and the qualification of the care provided.

KEYWORDS: Spirituality. Resilience, Psychological. Licensed Practical Nurses. Intensive Care Units.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La enfermería constituye el mayor grupo ocupacional del sector salud en Brasil, desempeñando un papel esencial en el funcionamiento de los servicios. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), estos profesionales enfrentan elevadas cargas de trabajo, demandas cognitivas y contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, factores que favorecen el estrés laboral y la enfermedad mental. En este contexto, la resiliencia y la espiritualidad emergen como mecanismos de afrontamiento y estrategias predictoras de bienestar. **OBJETIVO:** Analizar la presencia y la percepción de la resiliencia y la espiritualidad en el cotidiano laboral de técnicos de enfermería en la UCI. **MÉTODO:** Se trata de un estudio transversal, exploratorio y descriptivo, de naturaleza cuantitativa-cualitativa. La recolección de datos involucró a siete técnicos de enfermería en un hospital universitario, utilizando la Escala de Resiliencia (RS-14), la Escala de Actitudes Espirituales (ARES) y la técnica de Grupo Focal. Para el análisis de los datos cualitativos, se empleó el análisis de contenido. **RESULTADOS:** Los hallazgos cuantitativos indicaron niveles de resiliencia muy altos ($M=89,14$) y espiritualidad elevada ($M=50,8$), y en el análisis cualitativo surgieron seis categorías temáticas relacionadas con la influencia de la resiliencia y la espiritualidad en la vida laboral cotidiana, en la vida personal y en la interrelación entre ambos constructos. **CONCLUSIÓN:** La espiritualidad y la resiliencia están interconectadas, contribuyendo al mantenimiento de la salud mental y a la promoción del cuidado integral. Resulta indispensable la implementación y el fortalecimiento de políticas institucionales que integren estas dimensiones subjetivas, asegurando soporte al cuidador y la cualificación de la asistencia prestada.

PALABRAS CLAVE: Espiritualidad. Résilience psychologique. Enfermeros no Diplomados. Unidades de Terapia Intensiva.

Introdução

A enfermagem é responsável por mais da metade da força de trabalho que compõe a assistência à saúde no Brasil, tornando-se imprescindível para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos, privados e filantrópicos (Oliveira et al., 2020), com predominância feminina que vem se masculinizando nos últimos 30 anos (Santos et al., 2023).

Para Oliveira *et al.* (2020), esses profissionais exercem um papel essencial na prestação de cuidados integrados e centrados nas pessoas, exercendo papel fundamental na consecução das prioridades de saúde e no alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A sobrecarga do trabalho está presente em todas as instituições, e a vida profissional de forma geral está dividida em quatro fases, o início da vida profissional – até 25 anos de idade; a fase da formação profissional – entre 26 e 35 anos; a maturidade profissional – entre 36 e 50

anos; e a fase definida como desaceleração profissional – entre 51 e 60 anos (Santos et al., 2023).

Estes profissionais que atuam em cuidados intensivos, como nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estão expostos a altas cargas de trabalho (Vieira et al., 2022), severas demandas cognitivas e emocionais (Schultz et al., 2022). Esse cenário inclui a convivência diária com sofrimento dos usuários, sejam pacientes ou familiares, e déficit de recursos humanos qualificados (Ferraboli & Quadros, 2020), físicos e materiais (Silva et al., 2020). Ademais, a execução de tarefas que suprem as necessidades corporais dos pacientes (Macedo et al., 2020) gera níveis elevados de estresse ocupacional, sofrimento psíquico, culminando no adoecimento mental da equipe (De La Longuinere et al., 2018).

A principal característica do trabalho da enfermagem é o contato interpessoal prolongado desenvolvido pelo envolvimento direto na prestação de cuidados, exigindo resiliência (Cooper et al., 2020). Esta característica, constitui um agente de defesa do bem-estar físico e mental da equipe de enfermagem (Schultz et al., 2022; Sousa et al., 2023).

A resiliência é primordial para tratar com as dificuldades no trabalho, como aquelas concatenadas ao ambiente laboral (Silva et al., 2019), sendo definida como a capacidade humana de enfrentar experiências adversas, sobrepor-se a elas e ser fortalecido ou transformado pelo fato ocorrido (Morato et al., 2023), manifestando-se em dimensões individuais, ocupacionais ou organizacionais (Macedo et al., 2020).

Conforme Morato *et al.* (2023), a pessoa resiliente tem três características imprescindíveis: a capacidade de aceitar a realidade, a aptidão para improvisar e a virtude de encontrar sentido em algum aspecto da vida, e a espiritualidade surge com o intuito de promover a adequação às dificuldades inexoráveis da vida, que vem a ser utilizada como fator protetor, reduzindo os níveis de estresse e a vulnerabilidade do indivíduo.

Nesse processo de busca por significado, a espiritualidade desponta na literatura científica atual como uma estratégia de *coping* (enfrentamento) que atua como fator protetor contra os estressores laborais, reduzindo a vulnerabilidade do indivíduo e funcionando como uma propulsora da própria resiliência (Schwalm et al., 2022; Morato et al., 2023). Concebida como uma ferramenta facilitadora, a espiritualidade amplia a concepção do cuidado em saúde (Barbosa et al., 2020; Oliveira et al., 2021). Ao conferir o significado e propósito à vida, auxilia os indivíduos a restabelecer a integração entre a mente e o corpo, promovendo sintonia, diante de cenários adversos (Junior et al., 2021).

Devemos identificar fatores que contribuem para a redução do estresse ocupacional nos profissionais da enfermagem que atuam em hospitais, pois isto impacta as condições laborais, a qualidade e a segurança dos usuários dos serviços de saúde (Schultz et al., 2022).

Identificar os fatores que atenuam o estresse ocupacional torna-se urgente, dado o seu impacto direto na segurança do paciente e na sustentabilidade do trabalhador (Schultz et al., 2022).

Todavia, observa-se uma lacuna teórica e metodológica, visto que a maioria dos estudos busca enfermeiros, e a categoria de técnicos executa o cuidado físico mais direto, íntimo e interrompido à beira do leito na UTI, profissionais estes que possuem menor autonomia decisória e maior subordinação em níveis hierárquicos. Este estudo tem como objetivo analisar a presença e a percepção da espiritualidade e da resiliência como estratégia de enfrentamento profissional em cuidados intensivos.

1. Metodologia

A pesquisa empregada é de caráter transversal, exploratório e descritivo, com natureza quantiquantitativa. A investigação foi realizada no Hospital de Clínicas da UFU (HCUFU), instituição pública, universitária, de alta complexidade e gerido pela Hospitais Universitários do Brasil (HUBrasil). A população de técnicos de enfermagem da UTI adulta é composta por 199 profissionais, divididos em quatro UTIs. Destes participaram da pesquisa sete profissionais que estavam dispostos a participar de maneira efetiva do grupo focal (GF). Conforme Trad (2007), a quantidade de participantes, é excelente quando o número permite a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas

Para a parte quantitativa, foram utilizadas a Escala de Resiliência (RS-14) para avaliar a resiliência e a Escala de Atitudes Espirituais (ARES) para avaliar a espiritualidade. A classificação da resiliência foi de acordo com o escore global, classificando os níveis de resiliência em resiliência muito alta = 98-82; alta resiliência = 81-64; normal = 63-49; baixo = 48-31; e muito baixo = 30-14 (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015). A espiritualidade possui escores que variam de 11 a 55. Valores de escore até 38 determinam baixa espiritualidade; entre 39 e 45, moderada espiritualidade; e acima de 45, alta espiritualidade (Morato et al., 2023).

E para a análise qualitativa, cujos dados foram obtidos no GF, utilizamos a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) para realizar a análise e tratamento de dados. A análise de

conteúdo configura-se como uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores, estrutura-se em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação. A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não.

O GF, trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa, introduzida no final da década de 1940, utilizada de forma mais consistente na saúde a partir da segunda metade da década de 80. É uma forma de entrevista com grupos baseada na comunicação e interação, a partir de um grupo de participantes selecionados (Trad, 2009).

A data da realização foi proposta pelos pesquisadores da pesquisa, por conveniência, em horário próximo a passagem de plantão da equipe de enfermagem, com o intuito de envolver ambos os turnos de trabalho em uma sala no próprio hospital.

O GF aconteceu durante o mês de maio de 2025, com duração média de sessenta minutos, por meio do preenchimento de uma ficha de dados sociodemográficos elaborada pelos pesquisadores, do preenchimento do RS-14 e da ARES. Antes do preenchimento dos instrumentos, todos os participantes foram orientados a ler, esclarecer as dúvidas, caso as possuíssem, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma individual.

Após o preenchimento dos instrumentos, foi conduzido o GF, que foi gravado com a ciência de todos os participantes. O mediador iniciou a discussão informando os objetivos da pesquisa e os possíveis benefícios que poderão ser agregados, e o objetivo foi conversar sobre a relação entre resiliência e espiritualidade no cotidiano laboral e social.

Foi salientado que a participação de todos era muito importante para enriquecer a discussão e que cada um deve respeitar a voz do outro, que não existe um contexto certo e um errado, e que não haveria monopólio de fala.

Foram excluídos do estudo os profissionais que desempenhem funções administrativas, de coordenação e/ou gerência concomitantes com a assistência ao paciente internado na UTI e os que durante o período de coleta de dados estejam em licenças por motivos de saúde e de férias.

Foram discutidos conceitos de espiritualidade e resiliência, “Quanto à espiritualidade e a resiliência estão presentes no cotidiano de trabalho na UTI”, “Na vida cotidiana e laboral, a resiliência e a espiritualidade se fazem presente”, “Como a resiliência e espiritualidade influenciam para o enfrentamento do estresse, preservação do bem-estar físico e psicoemocional e cuidado ao paciente crítico”, “Vocês já vivenciaram alguma situação na qual sentiram preconceito decorrente de sua religiosidade/espiritualidade no contexto de trabalho no hospital de clínicas?”, “Vocês se consideram RESILIENTES”, “Compartilhem conosco o que significa ser resiliente”, “Vocês se consideram ESPIRITUALIZADOS”, “Compartilhem conosco o que significa ser espiritualizado”, “Quais os benefícios de ser resiliente e espiritualizado no trabalho?” e “Fale em uma palavra ou frase que demonstre como foi participar da pesquisa”. Após o término do GF, deu-se por encerrada a coleta de dados e o objetivo do estudo foi atingido.

Os participantes foram nomeados com nomes de plantas que nascem em ambientes que necessitam de características adversas para sobreviver.

O presente estudo respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) sob o CAAE nº 83749024.0.0000.5152.

2. Resultados

Participaram da pesquisa sete técnicos de enfermagem que atuam na UTI adulto, todos possuíam vínculo empregatício efetivo com o hospital pela HUBrasil, classe salarial de renda C, todos eram heterossexuais, a maioria eram mulheres (n=6), apenas uma pessoa possuía parceiro conjugal (14%), 5 com o nível superior e pós-graduação e 2 com ensino médio, quatro se consideravam preto/pardo, idade variando de 31 a 50 anos, com um tempo médio de atuação em UTI de 13,7 anos, variando de 3 a 27 anos, com desvio padrão de 8,6 anos (tabela 1).

Todos os participantes demonstraram ter uma resiliência considerada muito alta, com média de 89,14 e um desvio padrão de 2,99 (tabela 1).

Já a espiritualidade, teve uma média de 50,8, com desvio padrão de 4,32; um participante demonstrou ter moderada espiritualidade, valor entre 39 e 45, e os demais, alta espiritualidade, com valores acima de 45; dois são evangélicos, três dizem ser católicos e um

desses pratica mais de uma religião e possui a espiritualidade mais baixa. Os dois que dizem não ter religião, têm espiritualidade e estes relatam praticar mais de uma religião (tabela 1).

Tabela 1.

Categorização dos participantes.

Participante	Idade	Escolaridade	Raça/Cor	Tempo de atuação em UTI (Anos)	Denominação Religiosa	RS-14	ARES	Pratica mais de uma religião?
Aspidistra	51	Ensino Médio	Branca	3	Sem religião, com espiritualidade	89	54	Sim
Lavanda	48	Mestrado	Preta	14	Sem religião, com espiritualidade	87	52	Sim
Espada de São Jorge	37	Ensino Médio	Branca	14	Católica	86	49	Não
Dente de Leão	41	Graduação	Parda	3	Evangélica	88	55	Não
Cacto	52	Graduação	Parda	27	Evangélica	92	49	Não
Bambu	31	Graduação	Parda	11	Católica	95	55	Não
Jiboia	50	Graduação	Branca	24	Católica	87	42	Sim

Nota: UTI: Unidade de Terapia Intensiva; RS-14: Escala de Resiliência; ARES: Atitudes Relacionadas à espiritualidade.

A interação dialógica entre os participantes do GF possibilitou a apreensão dos significados coletivamente construídos sobre a prática profissional em UTI. A análise das narrativas permitiu o mapeamento de categorias temáticas, fundamentadas nos constructos metodológicos previamente definidos, apresentadas a seguir como núcleos de sentido.

ESPIRITUALIDADE NO COTIDIANO DO CUIDADO

Os achados indicam que a espiritualidade constitui um importante recurso de coping (enfrentamento) no contexto da assistência em serviços de alta complexidade. Essa dimensão atua como um fator de fortalecimento laboral, demonstrando que o cuidado prestado em UTI ultrapassa os limites do modelo estritamente biomédico.

(Espada de São Jorge) A espiritualidade na profissão é mais um quesito do que uma força maior que possa vir a nos ajudar.

(Jiboia) A força que temos de ter para poder cuidar do próximo

(Dente de Leão) Eu acredito na fé e os pacientes também demonstram a fé, porque eles dizem que com fé em Deus vão sair, embora as vezes não aconteça, então a fé ajuda a eles a enfrentarem a situação, o problema, a doença com mais leveza.

Nesse sentido, os achados sugerem que a espiritualidade gera um sentimento de empatia no cuidado dos técnicos com o paciente internado na UTI. Para os profissionais, os pacientes se encontram frágeis, desesperançosos e dependentes de cuidado, que necessitam de algo a mais que a assistência física. Ainda sobre o assunto os participantes chamaram a atenção para os seguintes pontos:

(Cacto) A espiritualidade é de cada um, a compreensão dos problemas alheios, estresse, emocional dos parentes.

(Espada de São Jorge) Eu penso muito no próximo, no bem-estar, eu me coloco no lugar da pessoa, gosto de fazer oração próximo ao paciente, se está sofrendo ou não, de sentimento de gratidão, de conversar com o paciente.

(Lavanda) Que faz acreditar que meu trabalho é para salvar vidas, que as minhas amizades são pessoas valiosas com quem eu posso contar. A necessidade da espiritualidade ali dentro [UTI], para poder conseguir entender que ali é um processo de saúde e de doença que as vezes vai dar certo e as vezes não, e isso repercute a vida pessoal.

(Jiboia) Às vezes eu saio de casa com aquele pensamento: Deus vai na frente, Nossa Senhora vai varrendo o meu caminho para que nada de errado aconteça, e que dê tudo certo. Aí você vai lá e dá tudo de si, e você depara com o paciente que está em uma situação complicada, ele está ali no leito, e você está servindo ele, ajudando-o, auxiliando-o, mas tu também sente o impacto da agressividade de não aceitar o que está acontecendo, a pessoa não aceitar o que está acontecendo com ela.

A espiritualidade é um recurso de suporte para assistência ao paciente crítico, tornando-se um pilar do cuidado humanizado, nesse grupo de profissionais que atuam em UTI.

RESILÊNCIA COMO ESTRATÉGIA NA PRÁTICA PROFISSIONAL

A resiliência foi reconhecida, de acordo com a fala dos participantes, como uma estratégia de “lidar” diante das adversidades e situações críticas de sofrimento; é uma característica que desenvolve formas de adaptação e remodelamento no processo dinâmico do cotidiano, o que fica descrito nos relatos.

(Aspidistra) Para conseguir lidar com todas as situações, desde a mortes, quando o familiar está sofrendo e como lidar com os colegas de trabalho. [...] E ser resiliente ajuda a enfrentar as adversidades

(Dente de Leão) Eu tenho muita resiliência que até com os erros e as dificuldades a gente aprende para ter experiencias futuras. [...] Então quando eu me torno resiliente eu faço a minha parte com maestria.

(Lavanda) Resiliência é conseguir sobreviver ao momento adverso. [...] o dia a dia, é uma resiliência.

Diante das situações críticas inerentes ao cotidiano laboral, os resultados sugerem que a resiliência atua como um construto mediador indispensável na práxis da enfermagem. Essa capacidade não apenas viabiliza a preservação da saúde mental e a mitigação do esgotamento profissional, mas também otimiza os mecanismos de enfrentamento adaptativo, repercutindo diretamente na segurança do paciente e na excelência da assistência. Ademais, trata-se de uma competência dinâmica, passível de desenvolvimento contínuo e aprimoramento técnico-emocional ao longo da trajetória profissional.

(Cacto) Técnico de enfermagem se não for resiliente morre. Todo dia tem um leão para matar aqui. [...] É a forma como você enfrenta. É luta do dia a dia, do cotidiano, não só aqui no hospital, é algo pessoal, todo dia a gente tem um desafio.

(Espada de São Jorge) Ajuda tanto para o bem-estar do paciente e para o meu.

(Lavanda) A enfermagem nos ensina a ser resiliente e ter uma força maior para poder encaminhar a gente naquela situação.

A resiliência foi vista como uma estratégia de enfrentamento psicoemocional, auxiliando os profissionais a enfrentarem o estresse, a dor e os desafios diários no trabalho em UTI, e tornou-se um atributo primordial para os profissionais se aperfeiçoarem diariamente na UTI.

O PRECONCEITO E SILENCIAMENTO NO CUIDADO

Embora saibamos que a espiritualidade contribui significativamente para a melhora dos pacientes, ela é frequentemente silenciada no ambiente de trabalho, por ser um tabu em locais

tidos como altamente científicos e porque as pessoas, sejam usuários ou profissionais, evitam falar no labor ou na vida social.

(Aspidistra) Por eu ser muito aberta a todas as religiões e eu também não falo de religião.

Contudo, reconhecemos que ela contribui significativamente na melhora do bem-estar do usuário, mas enfatizamos que muitos profissionais sofrem preconceito. Quando se falou de preconceito, três afirmam não ter vivenciado, dois acreditam que existe o preconceito no trabalho, porém não vivenciaram, e dois afirmam ter sofrido, não só o preconceito espiritual.

(Dente de Leão) Eu não presenciei, mas eu acredito que existe muito.

(Jiboia) Eu por religiosidade não, mas pela minha fala, sim. A maneira como falo, aí foi xenofobia, foi de região e não de religião.

(Lavanda) Acontece demais da conta, porém era bem mais forte no início, quando a gente chegou. No meu caso quando eu cheguei em questão religiosa, a cidade de onde vim, em questão a cor. Eu senti tudo na pele por chefia. Comigo foi de religião, região e de racismo.

Os relatos mostram que o preconceito no labor sofrido por alguns profissionais, não foi motivado apenas pela religião, mas também por xenofobia e racismo, e também por pessoas com cargos hierárquicos maiores que podem interferir no cuidado e na saúde do profissional.

INTEGRAÇÃO DA VIDA PESSOAL E LABORAL

As falas dos participantes enfatizam que ambas as vidas se entrelaçam, e que estabelecer barreiras é algo fatigante, porém necessário, visto que pode ser caracterizado como estratégia de autocuidado

(Lavanda) O tempo inteiro a gente mistura. É um ser humano indo para o serviço onde precisa cuidar de um ser humano, mas infelizmente está misturado. A vida profissional com algumas coisas que acontecem na vida pessoal, a interrelação dentro do setor e tudo isso afeta o cuidado. Ambas estão envolvidas no trabalho.

(Jiboia) Tentamos separar algumas coisas, às vezes, tipo a nossa vida pessoal com a laboral, a gente até tenta ter essa força. [...] Tudo isso afeta o cuidado: o relacionamento com os meus colegas, com a chefia, porque tu não está bem, e tu leva de casa a situação e lá consegue distribuir com os teus colegas o que está sentindo e não com os pacientes, e o acolhimento dos colegas faz com que você tenha um acolhimento bom para os pacientes em que você vai cuidar, que você está responsável durante o período.

(Dente de Leão) Eu procuro não absorver os problemas dos pacientes, [...], porém eu tento não levar os problemas para casa. [...] e que tentando não absorver isso, não levar para casa, a gente tem uma vida melhor. Porque não podemos absorver os problemas dos pacientes pois seria muito ruim e iríamos precisar de um cuidador da nossa, pois todo profissional de saúde precisa.

Ainda que seja difícil, a estratégia de separação e imposição de limites é uma forma de garantir equilíbrio e continuidade no desempenho profissional.

Complementamos que o cuidado ao outro é atravessado pelas vivências individuais, pelas relações interpessoais no ambiente de trabalho e pelas demandas emocionais que emergem no processo de cuidar; portanto, devemos utilizar estratégias para que o sofrimento dos pacientes não seja absorvido.

INTERRELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RESILIÊNCIA NO TRABALHO

A narrativa dos participantes revela que a resiliência e a espiritualidade se cruzam no trabalho, tornando-se muitas vezes inseparáveis, configurando estratégias fundamentais de enfrentamento, em que uma auxilia a outra, e que a espiritualidade pode ser um pilar de resiliência.

(Aspidistra) Acho que a espiritualidade ajuda na resiliência.

(Bambu) Temos que ter muita resiliência e espiritualidade para lidar com as atividades do dia a dia. [...] independente da crença cada pessoa tem algo que ela se apega que ela pede, por exemplo: faz uma oração.

(Dente de Leão) A resiliência faz com que o que possa fazer eu farei, pois é possível, porque o impossível, só Deus.

(Jiboia) A espiritualidade vem para me dar resiliência, para me dar força para poder vencer, senão eu não conseguiria. Eu sem espiritualidade eu não tenho resiliência, eu nem acordo. Saber que algo me motiva, só saber que Deus esteja sempre a frente de tudo, Nossa Senhora, Iemanjá, Oxum, Exu, tudo.

Não importando a crença, isso nos leva a concluir que juntas nos levam ao fortalecimento do cuidado humanizado e acolhedor, sem que o profissional perca o alvo do autocuidado, transformando o sofrimento em aprendizado.

(Lavanda) É preciso ter espiritualidade e resiliência para poder sobreviver dentro da UTI. É lidar com o outro, é cuidar da saúde do outro e tentar ser saudável ao mesmo tempo. Você cuida e ao mesmo tempo precisa ser cuidado para poder conseguir fazer o trabalho.

Na perspectiva dos participantes, a espiritualidade emergiu como um elemento mediador da resiliência, atuando como suporte ao enfrentamento das demandas psicodinâmicas inerentes à assistência em serviços de alta complexidade. A interrelação entre esses construtos mostrou-se favorável à promoção do cuidado humanizado, ao fortalecer a capacidade dos profissionais de ressignificar as experiências de sofrimento e transformá-las em aprendizado e crescimento no exercício da prática assistencial.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Sobre a participação na pesquisa, a maioria considerou reflexiva, interessante e enriquecedora, levando o profissional a pensar nas áreas da sua vida pessoal e laboral, indicando a necessidade de uma reconexão da espiritualidade, resiliência, trabalho e vida social. Estimular o profissional a pensar sobre a importância da aglutinação desses temas na enfermagem é uma estratégia para o enfrentamento dos percalços na UTI e na vida social.

(Aspidistra) Achei interessante, pois vai fazer eu pensar mais na questão espiritual no serviço.

(Espada de São Jorge) Eu não tenho um conceito de resiliência na minha cabeça, mas talvez na prática e dia a dia eu seja resiliente e não sei. [...] Faz refletir as minhas atitudes em que não parei para pensar.

(Lavanda) Conectar com a espiritualidade. Eu achei importantíssimo a reconexão da enfermagem com a espiritualidade, pois sempre foi separado uma da outra. Eu acredito que eu precisaria praticar mais, ter uma leitura melhor sobre o assunto. Eu me sinto resiliente. É óbvio que eu sempre deixo a desejar uma coisinha, mas me sinto.

(Jiboia) É entender que está abrindo mais para poder entender o que está acontecendo no mundo, pois no mundo as pessoas estão ficando bem diferentes, está havendo coisas bem distorcidas. E que se estão estudando e pesquisando, é porque alguma coisa diferente está pintando no ar. Ou as pessoas vão ter que se abrir mais pra algo, ou onde está trancando, o que que vai andar.

O GF foi relevante, pois vai além da técnica de obtenção de dados; ele promove o desenvolvimento do conhecimento coletivo, conduz o pensamento do autoconhecimento e a abertura de métodos para aprender, desenvolver e vivenciar o cuidado, tornando o espaço de fala uma ferramenta poderosa de desenvolvimento profissional, configurando-se como uma tecnologia leve de gestão e cuidado em saúde.

O espaço de fala no coletivo foi crucial para os participantes, promoveu a reflexão dos profissionais, estimulou o aperfeiçoamento desses quesitos na prática do cuidado e mostrou a eles que esses temas não são apenas questões pessoais, e sim ferramentas para o enfrentamento e bem-estar no ambiente de trabalho e na vida social. A análise evoca a necessidade imperiosa de institucionalizar espaços formais de fala e escuta ativa no cotidiano da UTI.

3. Discussão

A maioria dos participantes é de trabalhadores do sexo feminino, predominando uma resiliência alta, e a maior parte tem uma espiritualidade alta, e eles consideram que esta influencia no trabalho e é um fator para se ter resiliência. A fala dos profissionais enfatiza que é nítido que a espiritualidade e resiliência vivem concatenadas no processo de cuidar, especialmente no contexto da enfermagem, embora ainda necessitem ser fortalecidas continuamente no cotidiano profissional.

Na visão de Schultz et al. (2023), o trabalho hospitalar apresenta particularidades que podem impactar a saúde dos profissionais de enfermagem. Dentre elas, a assistência ininterrupta, jornadas de trabalho intensas, ritmo crítico e intenso, altos níveis de desempenho, o ambiente físico e o manuseio repetitivo de materiais e equipamentos contribuem para a fadiga e outros distúrbios de saúde.

De La Longuiniere, Yarid e Silva (2018) encontraram que a maioria dos profissionais disse que a religiosidade/espiritualidade influencia o entendimento do processo de saúde-adoecimento-cuidado e a relação profissional-paciente e modifica a assistência prestada ao usuário do serviço de saúde, principalmente naqueles profissionais categorizados como de maior espiritualidade comparados com os de menor espiritualidade, de acordo com a escala empregada.

Além do mais, a privação de preparo formal e profissional para a abordagem e oferta de tratamento à dimensão espiritual dos pacientes prejudica a execução do cuidado integral (Oliveira et al., 2021).

A resiliência possui relação intrínseca com a saúde mental e física do trabalhador, e esta influencia positivamente a capacidade para o trabalho. Ações voltadas para o enriquecimento da resiliência adequada às faixas etárias são recomendadas para promover e proteger a capacidade para o trabalho, para desenvolver habilidades para lutar com o estresse laboral (Silva et al., 2019)

Da Silva et al. (2020) estudaram 375 trabalhadores de enfermagem que atuam em todos os setores do hospital. Foi um estudo constituído por 53,6% de técnicos de enfermagem, e o restante era composto por auxiliares de enfermagem e enfermeiros. 84,8% apresentaram níveis moderados a altos de resiliência e supõe-se que esses profissionais já estejam utilizando como fator de proteção mesmo sem saber. A idade, o tempo de trabalho na profissão e instituição foram determinantes na resiliência. Em outro estudo com essa população, observou-se uma associação entre resiliência e estresse ocupacional nos que apresentaram moderada a alta resiliência (Schultz et al., 2022).

Em 2020, no estudo de Macedo et al., perceberam a necessidade de se pesquisar e desenvolver métodos para fortalecer a resiliência na equipe de enfermagem, com o intuito de prestar melhores estratégias para o enfrentamento de episódios estressantes no labor.

Em meados dos anos 2020 e 2021 tivemos a pandemia de COVID-19 no Brasil. Neste período crítico, tivemos impactos na saúde mental da população em geral (Morato et al., 2023). Com isso, os profissionais da enfermagem inseridos na assistência à saúde utilizaram a resiliência como um aspecto protetivo para a depressão (Sousa et al., 2023), visto que ela interfere positivamente nos domínios de desgaste emocional e baixa realização profissional do *Burnout* (Vieira et al., 2022).

Falar sobre espiritualidade como estratégia de resiliência e sobrevivência psicoemocional em tempos de pandemia é demonstrar a força que essa condição fenomenológica tem sobre a reconstrução do ser (Junior et al., 2021). Todos os profissionais de saúde tiveram o lado espiritual e a resiliência afetados durante a pandemia, caso não haja intervenção, pode ocorrer um dano na força de trabalho, levando a um dano prejudicial ao atendimento do paciente (Rogers et al., 2022).

Um estudo que demonstrou que o sofrimento mental em profissionais que atuaram em hospitais, na linha de frente durante a pandemia, foi significativamente maior do que o de aqueles que trabalhavam em hospitais psiquiátricos, e que a identificação com a implementação da intervenção precoce deve ser realizada para garantir uma força de trabalho saudável e resistente para o tratamento e controle da pandemia (Chang et al., 2021). Essas intervenções necessitam ser instituídas, testadas em diversos aspectos de saúde mental para aprimorar a resiliência, reprimir o risco de deterioração psicológica, proporcionar o bem-estar mental nos enfermeiros (Cooper et al., 2020) e formular políticas para trabalhadores e empresas para prevenir o esgotamento mental (Rogers et al., 2022).

Nessa perspectiva, Barbosa (2020) conclui em sua revisão que a espiritualidade caminha para a esperança, a resiliência, a reflexão diante de vários aspectos, individuais e coletivos, que precisam ser lapidados para que as adversidades venham a ser desafiadas para passar pela situação da pandemia, pois é importante identificar a espiritualidade na vida do ser humano (Oliveira et al., 2021).

Da Silva et al. (2020) reforçam que deve promover os recursos pessoais e ambientais continuamente, pois a resiliência é um “estar” e não um “ser resiliente”, e, complementando essa fala, para Schultz et al. (2022), a resiliência é importante para a prevenção do adoecimento laboral.

É fundamental que os técnicos de enfermagem recebam mais conhecimentos sobre saúde laboral e recebam ações que envolvam medidas preventivas e curativas, com o intuito de fortificar o apoio social no trabalho (Schultz et al., 2022). Devemos considerar que táticas que lidem com a resiliência dos profissionais podem garantir respostas mais positivas frente aos contratempos (Vieira et al., 2022)

Nessa perspectiva, Abbasalizadeh *et al.* (2024), desenvolveram técnicas de resiliência para o treinamento de enfermeiros que atuam em UTIs, por *smartphone*, e reduziram efetivamente o estresse e a ansiedade desses profissionais. Este modelo porá *smartphone* é interessante, visto que muitos profissionais têm ímpeto em participar das capacitações, mas a falta de pessoal, o trabalho em turnos e a alta carga de trabalho são fatores limitantes às capacitações presenciais (Janzarik et al., 2022).

As instituições que adotaram a resiliência do processo de cuidado dos usuários de serviços de saúde, desenvolvendo capacidades de mudança e acomodação, com a alteração das

estruturas e operações, podem fornecer serviços seguros e de qualidade aos usuários (Ranzani Rigotti et al., 2022).

Woo et al. (2025) apontam que o nível de resiliência, a paz e o significado da espiritualidade em profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao paciente crítico, são preditores do bem-estar mental. Otimizar a resiliência desses profissionais é fundamental para funcionários, empregadores e pacientes, e realizar mudanças estruturais e ambientais tem se relacionado com a criação de melhores condições de trabalho (Janzarik et al., 2022).

Para Escobar Copello et al. (2018), devemos aceitar que a dimensão espiritual está inserida no cuidado de enfermagem e que, em conjunto com a espiritualidade, são elementos essenciais para o processo de trabalho durante o adoecimento; contudo, trata-se de um tema complexo e subjetivo tornando-o um desafio.

Existe a demanda de entender as necessidades de cuidado além da anatomofisiologia do ser humano, e discernir como transcende a dimensão do cuidado ao paciente crítico, uma perspectiva humana e integral, acarretando qualidade na assistência ao usuário (Ferraboli & Quadros, 2020). A espiritualidade reforça o conceito de saúde integral do usuário, ela estimula a integralidade do cuidado colaborando com uma otimização da humanização, pois esta característica tem poder na doença e na qualidade de vida do paciente (Barbosa et al., 2020)

O estudo desenvolvido por Maran et al. (2020) mostrou que a equipe de enfermagem utilizava a espiritualidade e a eufemia como instrumentos para estimular a equipe para o enfrento dos percalços vividos no labor e o fomento da fé do paciente hospitalizado. Usufruir do *coping* da espiritualidade para lutar com a diversidade e servir de apoio e proteção (Ferraboli; Quadros, 2020).

Uma revisão composta por 34 artigos de alta relevância científica, proposta por Schwalm et al. (2022), apontou que existe uma correlação moderada positiva entre espiritualidade e resiliência, destacando que existe uma alta heterogeneidade nas amostras.

A promoção de ambientes laborais que favoreçam a resiliência (da Silva et al., 2020; Janzarik et al., 2022) e respeitem a espiritualidade (Silva Filho & Ferreira, 2015) não exime as organizações da responsabilidade de assegurar condições dignas de trabalho, mas constitui um recurso fundamental para a preservação da saúde mental dos trabalhadores diante das exigências da contemporaneidade (Ferraboli & Quadros, 2020; Lammel et al., 2021; Reis & Da Silva, 2024; Schultz et al., 2022)

Neste estudo, a baixa adesão dos participantes, a falta de tempo para realizar uma conversa mais efetiva e imersiva no assunto devido aos horários propostos, a sobrecarga de trabalho, o trabalho em turno, férias e afastamentos foram fatores limitantes na realização das etapas. Além disso, alguns participantes relataram que seriam expostas, mesmo o pesquisador dando todas as orientações sobre a confidencialidade e que nenhum participante teria que achar o correto e o errado.

Contudo, apresentar estudos como estratégias para a gestão, para a realização de atividades que visem o estímulo da interação entre resiliência e espiritualidade, respeitando particularidades dos profissionais e usuários do serviço de saúde, deve considerar que muitas pessoas não queriam estar naquele ambiente.

4. Considerações finais

Este estudo mostra que a espiritualidade e a resiliência estão intimamente ligadas ao cuidado destes técnicos de enfermagem na UTI, contribuindo para o cuidado integral do paciente, o enfrentamento do estresse e a manutenção do bem-estar.

Ainda existem barreiras para tratar do assunto no ambiente de trabalho, principalmente quando se fala da espiritualidade por medo de sofrer repressão, tornando indispensável tratar de assuntos políticos institucionais tanto para resiliência como para a espiritualidade, visto que estas dimensões subjetivas interferem positivamente tanto no paciente como no cuidador.

É imprescindível a instituição de políticas institucionais que incluam o espaço de fala aos profissionais de saúde e investigações futuras com design longitudinal com o intuito de monitorizar o impacto da resiliência e espiritualidade no labor e a sua influência no cuidado e na saúde mental, além de trabalhar com outras categorias profissionais e níveis hierárquicos distintos na UTI ou nos demais setores do ambiente hospitalar como enfermarias ou unidade de internação, pronto-socorro e setores administrativos.

Compreender quais são os mecanismos de apoio social e as demandas existenciais que diferem na equipe multiprofissional é um passo fundamental para o desenho de intervenções que sejam sistêmicas e sensíveis às especificidades de cada papel na engrenagem assistencial.

Conflitos de interesses

Este trabalho faz parte do Trabalho Equivalente do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador de Wesley Sousa Cavalcante

Declaração de uso de IA

Foram utilizados ChatGPT e Gemini no suporte à redação, tratamento ou análise e o Grammarly para correção gramatical e ortográfica.

Referências

- Abbasalizadeh, M., Farsi, Z., Sajadi, S. A., Atashi, A., & Fournier, A. (2024). The effect of resilience training with mHealth application based on micro-learning method on the stress and anxiety of nurses working in intensive care units: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 24(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05427-w>
- Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Tosoli, A. M. G., & Souza, F. B. A. de. (2020). A Espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de Pandemia. *Enfermagem em Foco*, 11(1.ESP). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3792>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (1º ed). Edições 70.
- Chang, M.-C., Chen, P.-F., Lee, T.-H., Lin, C.-C., Chiang, K.-T., Tsai, M.-F., Kuo, H.-F., & Lung, F.-W. (2021). The Effect of Religion on Psychological Resilience in Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628894>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553–575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- De La Longuinere, A. C. F., Donha Yarid, S., & Sampaio Silva, E. C. (2018). Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1961. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>
- Escobar Copello, L., Dall, A., Pereira, A., & Lizandra de Lima Ferreira, C. (2018). ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: IMPORTÂNCIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE PACIENTE EM PROCESSO DE ADOECIMENTO. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, 19(2), 183–199.

- Ferraboli, S. F., & Quadros, A. de. (2020). Estratégias de coping diante da terminalidade: perspecvas de técnicos de enfermagem em UTI. *Saúde em Redes*, 6(2), 153–163.
<https://doi.org/10.18310/244648132020v6n2.2533g519>
- Janzarik, G., Wollschläger, D., Wessa, M., & Lieb, K. (2022). A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 649.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19020649>
- Junior, C. A., Uchôa, S. M. D. M., Boff, D., Diniz, L. A. J. B., Ferreira, F. J. F., & Barros, L. M. De. (2021). (RES)SIGNIFICANDO ACONTECIMENTOS E (RE)DEFININDO ESTRATÉGIAS POR MEIO DA RESILIÊNCIA: ESPIRITUALIDADE COMO FENÔMENO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PSICOEMOCIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 16821–16833.
<https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-349>
- Macedo, A. B. T., Antonioli, L., Dornelles, T. M., Hansel, L. A., Tavares, J. P., & Souza, S. B. C. de. (2020). Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e25. <https://doi.org/10.5902/2179769235174>
- Maran, E., Matsuda, L. M., Spigolon, D. N., Teston, E. F., Almeida, E. dos S., Silva, P. A. da, & Marcon, S. S. (2020). Spirituality and practice of the euphemism in the workplace: perceptions of a nursing team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 6).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0707>
- Morato, A. E. P., Hostalácio, S. F. S., Moura, T. P., Castro, J. P. G. B. de, Peixoto, J. M., & Moura, E. P. (2023). Resiliência e espiritualidade de estudantes de Medicina durante isolamento social devido à pandemia da Covid-19. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 47(4).
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2022-0300>
- Oliveira, A. P. C. de, Ventura, C. A. A., Silva, F. V. da, Angotti Neto, H., Mendes, I. A. C., Souza, K. V. de, Pinheiro, M. I. C., Silva, M. C. N. da, Padilla, M., Ramalho, N. M., & Souza, W. V. B. de. (2020). State of Nursing in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>
- Oliveira, L. A. F. de, Oliveira, A. da L., & Ferreira, M. de A. (2021). Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. *Escola Anna Nery*, 25(5).
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0062>

- Ranzani Rigotti, A., Mara Zamarioli, C., do Prado, P. R., Helena Pereira, F., & Gimenes, F. R. E. (2022). Resiliência de Sistemas de Assistência à Saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0210pt>
- Rogers, M., Lamarche, K., Miller, M., Moore, K. S., Spies, L. A., Taylor, J., & Staempfli, S. (2022). Global emotional and spiritual <scp>well-being</scp> and resilience of Advanced Practice Nurses during the <scp>COVID</scp> -19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1483–1492. <https://doi.org/10.1111/jan.15161>
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 2(40), 103–113.
- Santos, B. M. P. dos, Gomes, A. M. F., Lourenção, L. G., Cunha, I. C. K. O., Cavalcanti, A. J. C. de A., Silva, M. C. N. da, Lopes Neto, D., & Freire, N. P. (2023). Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2785–2796. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09772023>
- Schultz, C. C., Colet, C. de F., Benetti, E. R. R., Tavares, J. P., Stumm, E. M. F., & Treviso, P. (2022). A resiliência e a redução do estresse ocupacional na Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5866.3635>
- Schultz, C. C., Colet, C. de F., Rieth Benetti, E., Uhdich Kleibert, K. R., Minuzzi Catto Vaz, S., & Treviso, P. (2023). Resiliência associada ao enfrentamento da dor musculoesquelética em profissionais da enfermagem. *O Mundo da Saúde*, 47. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202347e13692022p>
- Schwalm, F. D., Zandavalli, R. B., de Castro Filho, E. D., & Lucchetti, G. (2022). Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of health psychology*, 27(5), 1218–1232. <https://doi.org/10.1177/1359105320984537>
- Silva, S. M. da, Baptista, P. C. P., Silva, F. J. da, Almeida, M. C. dos S., & Soares, R. A. de Q. (2020). Resilience factors in nursing workers in the hospital context. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018041003550>

- Silva, S. M., Silva, F. J., Baptista, P. C. P., Almeida, M. C. dos S., Martinez, M. C., & Soares, R. A. de Q. (2019). Resiliência e capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem [Resilience and work ability in nursing workers] [Resiliencia y capacidad laboral en trabajadores de enfermería]. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, e45731. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45731>
- Sousa, L. R. M., Leoni, P. H. T., Carvalho, R. A. G. de, Ventura, C. A. A., Silva, A. C. de O. e, Reis, R. K., & Gir, E. (2023). Resiliência, depressão e autoeficácia entre profissionais de enfermagem brasileiros na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2941–2950. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09852023>
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777–796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Vieira, L. S., Machado, W. de L., Dal Pai, D., Magnago, T. S. B. de S., Azzolin, K. de O., & Tavares, J. P. (2022). Burnout e resiliência em profissionais de enfermagem de terapia intensiva frente à COVID-19: estudo multicêntrico. *Revista latino-americana de enfermagem*, 30, e3589. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5778.3589>
- Woo, B. F. Y., Ang, W. H. D., Rogers, M., & Zhou, W. (2025). Factors associated with resilience, spiritual and mental well-being of advanced practice nurses: Implications for role integration. *International Nursing Review*, 72(1). <https://doi.org/10.1111/inr.70015>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que a espiritualidade é uma dimensão relevante e estável entre os profissionais de UTI, sendo mobilizada pelas exigências do ambiente crítico, independentemente do tempo de exposição ocupacional ou fatores demográficos (como idade e carga horária). No entanto, os níveis de espiritualidade sofrem influência de variáveis sociodemográficas, de afiliação e do contexto laboral, apresentando pontuações mais elevadas na escala ARES entre as categorias profissionais que prestam assistência direta e contínua à beira do leito.

A análise dos dados revela que a espiritualidade e a resiliência se configuram como dimensões interdependentes no exercício profissional dos técnicos de enfermagem atuantes em UTI. Essa articulação não apenas contribui para uma assistência mais integral ao paciente, como também se estabelece como um recurso central no enfrentamento do estresse ocupacional e na manutenção do bem-estar psicológico dos profissionais. Apesar disso, permanecem entraves institucionais que limitam a abordagem da espiritualidade no ambiente de trabalho, sobretudo em razão do receio de possíveis represálias.

Os resultados reafirmam a necessidade de incorporar a espiritualidade ao planejamento estratégico de suporte institucional em UTIs. Esta integração deve ser personalizada, considerando as particularidades de cada categoria profissional e as diversas afiliações religiosas para efetivamente promover o bem-estar ocupacional.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão; O novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ARGOLO JUNIOR, C. *et al.* (Re)significando acontecimentos e (re)definindo estratégias por meio da resiliência: espiritualidade como fenômeno e crescimento e desenvolvimento psicoemocional em tempos de pandemia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 16821-16833, fev 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n2-349. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24876/19834>. Acesso 09 jan. 2026
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016
- BARROS, A. V. *et al.* Resiliência dos profissionais da saúde em tempos da Covid-19: revisão integrativa. **Revista de Medicina**, v. 102, n. 4, 27 jul. 2023. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v102i4e-209895. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/209895/196591>. Acesso em 09 jan. 2026.
- BENITES, P. A.; FAIMAN, C. J. S. A saúde dos profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão sistemática. **Saúde Ética & Justiça**, São Paulo, SP, Brasil, v. 27, n. 1, p. 37–50, 2022. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v27i1p37-50. Disponível em: <https://revistas.usp.br/sej/article/view/200692..> Acesso em: 09 jan. 2026.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria MTP nº 672, de 8 de novembro de 2021**. Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01): Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência, 2022.
- CHOW, S. K. *et al.* Religious Coping, Depression and Anxiety among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Malaysian Perspective. **Healthcare**, v. 9, n. 1, p. 79, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9010079>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/1/79> Acesso em: 05 jan 2026.
- DAMÁSIO, B. F.; BORSA, J. C.; DA SILVA, J. P. 14-Item resilience scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. **Journal of Nursing Measurement**, v. 19, n. 3, p. 131–145, 2011. DOI: 10.1891/1061-3749.19.3.131. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm/19/3/131.full.pdf>. Acesso em: 09 jan 2026.
- DE LA LONGUINIÈRE, A. C. F.; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista*

Cuidarte, v.9, n.1, p. 1961-72, 2018. DOI: 0.15649/cuidarte.v9i1.413. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/413>. Acesso em 05 jan 2026.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2015.

DO VALE, C. C. S. DE O.; LÍBERO, A. C. A. A espiritualidade que habita o CTI. **Mental, Barbacena**, v. 11, n. 21, p. 321-338, Jul-Dez 2017. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a03.pdf>. Acesso em: 09 jan 2026.

DO VALE, M. A.; BIASI, E. Y.; DE LUCCA, S. R. Fatores psicossociais no trabalho e transtornos mentais comuns em profissionais e trabalhadores(as) de saúde. **Rev Bras Med Trab.**, v. 23, n. 1, e20251421, 2025. DOI: 10.47626/1679-4435-2025-1421. Disponível em: <https://rbmt.org.br/Content/pdf/v23n1e20251421.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2026.

FAUL, F.; ERDFELDER, E.; BURCHNER, A. G. L. E. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v. 39, n. 2, p. 175-19, 2007. DOI: 10.3758/bf03193146. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758/BF03193146.pdf>. Acesso em 02 fev. 2026

FERRABOLI, S. F.; QUADROS, A. DE. Estratégias de coping diante da terminalidade: perspecvas de técnicos de enfermagem em UTI. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 153163, 2020. DOI: 10.18310/244648132020v6n2.2533g519. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/2533/519>. Acesso em: 09 jan. 2026.

FERREIRA, J. V. DOS S.; DE OLIVEIRA, E.; MACHIN, R. A saúde mental dos trabalhadores da saúde no contexto hospitalar e UTI durante a pandemia da COVID-19: revisão de escopo. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, São Paulo, Brasil, v. 21, p. e-225671, 2025. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2025.225671. Disponível em: <https://revistas.usp.br/smad/article/view/225671>. Acesso em: 2 fev. 2026.

GOULARTE, P. N.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C. L. O. O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 157–170, 2020. DOI: 10.20435/pssa.v12i1.734. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n1/v12n1a12.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2026.

JANZARIK, G. *et al.* A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 649, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19020649. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8775927/pdf/ijerph-19-00649.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2026.

LAMMEL, T. R. *et al.* Influência da fé e espiritualidade no cotidiano dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, n. 6, p. 1-6, 2021. DOI: 10.5935/2446-5682.20210050. Disponível em: <https://www.redcps.com.br/Content/pdf/aop2150.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2026

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **International Journal of Social Psychiatry**, [s. l.], v. 60, n. 7, p. 681-693, 2014.

MACEDO, A.B.T., *et al.* Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. **Revista De Enfermagem Da UFSM**, RS, v. 10, e25, p. 1-17, 2020. DOI:

10.5902/2179769235174. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/35174/pdf>. Acesso em: 09 jan. 2026.

MORATO, A. E. P. *et al.* Resiliência e espiritualidade de estudantes de Medicina durante isolamento social devido à pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 4, 2023. DOI: 10.1590/1981-5271v47.4-2022-0300. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/NgddxMxcx5wcz8SnYmQSW5z/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 09 jan. 2026

NAZARIO, E. G.; DA SILVA, R. M.; NICOLETTI, G. S. Saúde do trabalhador em Unidades de Terapia Intensiva: Tendências da produção científica brasileira. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e28510515004, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15004. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/15004/13405>. Acesso em: 09 jan. 2026

REIS, M. D. T. S.; DA SILVA, S. C. C. G. Profissionais de saúde em UTI: espiritualidade e religiosidade como mecanismo de suporte para atuação profissional. **FRAGMENTOS DE CULTURA**, Goiânia, v. 34, n. 1, p. 99-107, 2024. DOI: 10.18224/frag.v34i1.13316.

Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/13316/6809>. Acesso em 30 dez 2025.

RODRIGUES, C. M. L.; FAIAD, C.; FACAS, E. P. Fatores de Risco e Riscos Psicossociais no Trabalho: Definição e Implicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, e36nspe19, 2020. DOI: 10.1590/0102.3772e36nspe19. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/JXLWrsLFmp8hFpb8GQ3yTxG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2026.

ROGERS, M. *et al.* Global emotional and spiritual well-being and resilience of Advanced Practice Nurses during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **Journal of Advanced Nursing**, v.78, p. 1483–1492, 2022. DOI: 10.1111/jan.15161. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15161>. Acesso em: 09 jan. 2026

SALGADO, P. DE O. *et al.* Carga de trabalho da enfermagem requerida por pacientes durante internação numa UTI: estudo de coorte. **Enfermeria Global**, v. 19, n. 3, p. 450–478, 2020. DOI: 10.6018/eglobal.400781. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n59/pt_1695-6141-eg-19-59-450.pdf. Acesso em: 09 jan. 2026.

SÁNCHEZ-TERUEL, D.; ROBLES-BELLO, M. A. 14-item Resilience Scale (RS-14): Psychometric Properties of the Spanish Version. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 40, p. 103-113, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/David-Sanchez-Teruel/publication/291520446_14-item_Resilience_Scale_RS-](https://www.researchgate.net/profile/David-Sanchez-Teruel/publication/291520446_14-item_Resilience_Scale_RS-14_Psychometric_Properties_of_the_Spanish_Version/links/5ae1a6e50f7e9b285948a357/14-item-Resilience-Scale-RS-14-Psychometric-Properties-of-the-Spanish-Version.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19)

[14_Psychometric_Properties_of_the_Spanish_Version/links/5ae1a6e50f7e9b285948a357/14-item-Resilience-Scale-RS-14-Psychometric-Properties-of-the-Spanish-Version.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19](https://www.researchgate.net/profile/David-Sanchez-Teruel/publication/291520446_14-item_Resilience_Scale_RS-14_Psychometric_Properties_of_the_Spanish_Version/links/5ae1a6e50f7e9b285948a357/14-item-Resilience-Scale-RS-14-Psychometric-Properties-of-the-Spanish-Version.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19). Acesso em: 09 jan. 2026

SCHULTZ, C. C. *et al.* A resiliência e a redução do estresse ocupacional na Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 30, p. e3635, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.5866.3635. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/fkgqmJ3NsXVrDjVZ7Z3Rm3q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09 jan. 2026.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

SILVA FILHO, A. L. A.; FERREIRA, M. C. O Impacto da Espiritualidade no Trabalho Sobre o Bem-Estar Laboral. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1171-1187, 2015. DOI: doi.org/10.1590/1982-3703002482013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3NZFT8GsvSTYm5zRvzMvsdR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2026.

SILVA, S. M. DA. *et al.* Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, p. e03550, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2018041003550. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/LwgKzwKV7hywKgrLtGMbKbn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2026.

THE JAMOVİ PROJECT. jamovi (Versão 2.3) [Computer Software]. Sydney, Austrália, 2022. Disponível em: <https://www.jamovi.org>. Acesso em: 30 set. 2025.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. DOI: 10.1590/S0103-73312009000300013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>

VIEIRA, L. S. *et al.* Burnout and resilience in intensive care Nursing professionals in the face of COVID-19: A multicenter study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 30, p. e3537, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.5778.3589. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/K9wJD9NSCKr9bbQm9cBj8vF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2026.

XAVIER, P. B. *et al.* A saúde mental dos profissionais na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e16138, 30 abr. 2024. DOI: 10.25248/reas.e16138.2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16138/8636>. Acesso em 09 jan. 2026

ZAMBONATO, D. *et al.* Caracterização dos profissionais de saúde que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) COVID: crenças, medos e percepções. **Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.]**, v. 98, n. 3, 2024. DOI: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.3-art.2011. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2011>. Acesso em: 99 jan. 2026.

ZANDAVALLI, R. B. *et al.* Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 42, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2213. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2213/1538>. Acesso em: 09 jan. 2026.

APÊNDICE A- FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

(1) Código/Número de Identificação (caso possua): _____

(2) Idade (caso não deseje responder não escreva nada): _____

(3) Identidade de gênero:

1. Homem cisgênero
2. Mulher cisgênero
3. Homem transgênero
4. Mulher transgênero
5. Travesti
6. Não-binário
7. Não desejo responder
8. Outro

(4) Orientação sexual:

1. Heterossexual
2. Gay
3. Lésbica
4. Bissexual
5. Assexual
6. Pansexual
7. Não desejo responder
8. Outro

(5) Escolaridade:

1. Ensino Médio
2. Graduação
3. Especialização
4. Mestrado
5. Doutorado
6. Não desejo responder

(6) Raça/cor autodeclarada:

1. Branco
2. Parda
3. Indígena
4. Preto
5. Amarela
6. Não desejo responder

(7) Estado civil:

1. Solteiro
2. Casado
3. Divorciado
4. Viúvo
5. Separado
6. Não desejo responder

(8) Ocupação:

1. Médicos
2. Fisioterapeutas
3. Enfermeiros
4. Auxiliar/Técnico de Enfermagem
5. Não desejo responder

(9) Tempo de atuação em UTI (em anos): ex.: pode colocar um ano e meio 1,5. _____

(10) Carga horária de trabalho no HC-UFU (caso não queira responder deixar em branco):

1. 20h
2. 24h
3. 30h

4. 36h
5. 40h
6. 44h
7. 48h

(11) Perfil da UTI:

1. Adulto
2. Pediátrica
3. Neonatal
4. Não desejo responder

(12) Tipo de vínculo:

1. RJU
2. EBSERH efetivo
3. EBSERH temporário
4. RJU e EBSERH
5. Não desejo responder

(13) Classe salarial:

1. Classes D/E; renda mensal domiciliar até R\$ 2,9 mil
2. Classe C; renda mensal domiciliar entre R\$ 2,9 mil e R\$ 7,1 mil
3. Classe B; renda mensal domiciliar entre R\$ 7,1 mil e R\$ 22 mil
4. Classe A; renda mensal domiciliar superior a R\$ 22 mil
5. Não desejo responder

(14) Possui alguma denominação religiosa?

1. Católico
2. Evangélico
3. Matrizes africanas
4. Espírita
5. Sem religião, com espiritualidade
6. Não

7. Outra _____

(15) Segue/pratica mais de uma religião? Se sim, indicar quais.

1. Sim. Quais? _____

2. Não

(16) Você aceita participar de encontro com outros profissionais de saúde que atuam em UTIs para dialogarmos sobre.....

1. Sim

2. Não

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

1) Boas-vindas e apresentação do projeto e da equipe

O mediador inicia a discussão e informa sobre a equipe responsável pelo grupo, os objetivos da pesquisa, e os benefícios que poderão ser gerados;

E com o desafio de início: Em nosso encontro, dialogaremos sobre as relações entre a religiosidade/espiritualidade com seu cotidiano.

2) Pactuação das regras:

- Todos os participantes devem manter o sigilo das informações prestadas na discussão em grupo
- A participação de todos é muito importante para enriquecer a discussão
- Cada um deve respeitar o momento do outro falar
- Não poderá haver monopólio da fala. Todos devem participar, não apenas um.
- Lembrar os participantes que a sessão será gravada para que haja transcrição das falas posteriormente.
- Como haverá gravação, cada um deverá aguardar o outro falar para evitar que haja sobreposição de vozes na gravação
- Respeitar e não julgar as colocações dos demais participantes sem críticas.
- Ressaltar que não existem respostas "certas" ou "erradas"

Discussão sobre:

- Conceitos de resiliência e espiritualidade.
- Conte-nos o quanto a espiritualidade e a resiliência estão presente no cotidiano de trabalho na UTI, e se vocês percebem relações dos profissionais, pacientes e familiares com a espiritualidade/resiliência
- Conte-nos se em sua vida cotidiana e laboral, a resiliência e a espiritualidade se fazem presente. (Explorar relações familiares, participação em grupos/instituições)
- Conte-nos como a resiliência e espiritualidade influenciam para o enfrentamento do estresse, preservação do bem-estar físico e psicoemocional e cuidado ao paciente crítico.

- Conte-nos Vocês já vivenciaram alguma situação na qual sentiram preconceito decorrente de sua religiosidade/espiritualidade no contexto de trabalho no hospital de clínicas?
- Conte-nos se vocês se consideram RESILIENTES. Compartilhem conosco o que significa ser resiliente.
- Conte-nos se vocês se consideram ESPIRITUAIS. Compartilhem conosco o que significa ser resiliente.
- Conte-nos sobre os benefícios em ser resiliente e espiritual no trabalho.
- Fale em uma palavra ou frase que demonstre como foi participar da pesquisa.

ANEXO A - ESCALA DE ATITUDES RELACIONADAS À ESPIRITUALIDADE (ARES)

Caso não queira responder deixe em branco:

(1) Eu acredito em algo sagrado, transcendente (Deus, uma força superior)

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(2) Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(3) Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(4) Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia a dia.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente

5. Concordo muito

(5) Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(6) Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(7) Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(8) Eu acredito em uma continuidade após a morte.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(9) Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia a dia.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(10) Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

(11) Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, ou meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar a minha saúde física ou mental.

1. Discordo Muito
2. Discordo Parcialmente
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo muito

ANEXO B - ESCALA DE RESILIÊNCIA (RS-14)

Caso não queira responder deixe em branco:

Em uma escala de 0 a 7, onde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), responda as perguntas a seguir

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Quando faço planos, eu os levo até o fim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Eu sou amigo de mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Eu sou determinado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Eu sou disciplinado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Eu mantenho interesse nas coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Eu normalmente posso achar motivos para rir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Minha vida tem sentido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Quando eu estou em uma situação difícil, eu normalmente acho uma saída | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.277.730

e Esclarecido ¿ TCLE, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2396216.pdf	27/11/2024 10:42:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/11/2024 10:42:22	WESLEY SOUSA CAVALCANTE	Aceito
Outros	Resposta_Parecer_7248404_com_arquivo_online.pdf	27/11/2024 10:34:05	WESLEY SOUSA CAVALCANTE	Aceito
Outros	anexo_ajuste_parecer_7173471.pdf	05/11/2024 13:17:47	WESLEY SOUSA CAVALCANTE	Aceito
Outros	PROJETO_ajuste_parecer_7173741.	05/11/2024	WESLEY SOUSA	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.277.730

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: DEZEMBRO/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**



Continuação do Parecer: 7.277.730

pesquisador(es) Rosuira Fratari Bonito, como pesquisador responsável, e participando da equipe de pesquisa Wesley Sousa Cavalcante".

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados no protocolo de pesquisa:

- Projeto Detalhado, ajustado (pdf), postado 05/11/2024;
- PROJETO "WELLEY" para a PB-04-10-24 (docx), postado 28/10/2024;
- Formulário Plataforma Brasil_2396216 (pdf), postado 27/11/2024;
- Folha de Rosto, assinada, datada (pdf), postada 24/09/2024;
- Termo de Compromisso e Confiabilidade da Equipe Executora, (versão maio 2022, pdf), postado 18/09/2024;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pdf), postado 27/11/2024;
- Carta de Anuência (SEI nº 170/2024/SGPITS/GEP/HC-UFU-EBSERH, em pdf), postada 03/10/2024;
- Ficha de Avaliação sociodemográfica; Escala de Resiliência (RS 2 14); Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES); Roteiro para o Grupo Focal (pdf), postados 03/10/2024 (pdf), postados 20/09/2024;
- Anexo_ajuste_pareer_71733471 (pdf), postado 05/11/2024;
- Lattes do Wesley Sousa Cavalcante (atualizado 27/05/2024);
- Lattes da Rosuira Frattari Bonito (atualizado 08/02/2024).

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência listada no Parecer Consubstanciado nº 7.248.404, de 26 de Novembro de 2024, foi atendida. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**



Continuação do Parecer: 7.277.730

orientações sobre Relato de Caso, no SITE do CEP/UFU: "Compreende-se "relato de caso" a modalidade de estudo na área biomédica com delineamento descritivo, sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos dados são provenientes da prática cotidiana ou da atividade profissional. Portanto, no momento da elaboração do relato do caso, os eventos narrados estarão consumados, não estando previstos experimentos como objeto do estudo. Tem como finalidade destacar fato inusitado ou relevante, ampliando o conhecimento ou sugerindo hipóteses para outros estudos", pode-se afirmar que esta pesquisa não é relato de Caso. ADEQUAR no TCLE substituindo "relato de caso" por "estudo sobre resiliência e espiritualidade no contexto dos profissionais de saúde".

RESPOSTA - "Você está sendo convidado(a) a participar de um relato de caso, intitulado "RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UTIs", sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Rosuita Fratari Bonito, como pesquisador responsável, e participando da equipe de pesquisa Wesley Sousa Cavalcante." [...].

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência NÃO atendida.

Na Versão 3, os pesquisadores terão que SUBTRAIR no TCLE, no Projeto detalhado e no Formulário Plataforma Brasil, a expressão "relato de caso". Esta pesquisa não é Relato de Caso. Esta pesquisa não é relato de Caso porque conforme as orientações disponíveis no SITE do CEP/UFU, "Compreende-se "relato de caso" a modalidade de estudo na área biomédica com delineamento descritivo, sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos dados são provenientes da prática cotidiana ou da atividade profissional.

Portanto, no momento da elaboração do relato do caso, os eventos narrados estarão consumados, não estando previstos experimentos como objeto do estudo. Tem como finalidade destacar fato inusitado ou relevante, ampliando o conhecimento ou sugerindo hipóteses para outros estudos". Portanto, sugere-se aos pesquisadores substituir "RELATO DE CASO" por "ESTUDO SOBRE RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE". ADEQUAR no TCLE, no Projeto detalhado e no Formulário Plataforma Brasil.

RESPOSTA - "Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo, intitulado "RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UTIs", sob a responsabilidade do(s)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**



Continuação do Parecer: 7.277.730

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - "risco mínimo de quebra de sigilo e privacidade, porém não será causado desconforto ou risco no que se refere a danos físicos, psíquicos ou espirituais, uma vez que a coleta de dados ocorrerá através do preenchimento de formulários pelos participantes. Contudo, há de se considerar a possibilidade de conflitos, uma vez que poderá ocorrer divergências de pensamentos e posicionamentos entre os participantes com o conteúdo dos questionários. Para mitigar essa ocorrência, os pesquisadores se comprometem garantir ambiente privativo aos participantes durante virtuais, após a assinatura do TCLE e preenchimento dos formulários e questionários, os pesquisadores realizarão o download dos arquivos para um dispositivo eletrônico próprio excluindo qualquer registro de forma virtual. Para garantir o sigilo da pesquisa, os participantes receberão um código, o que possibilita o anonimato do participante, então o risco de identificação será evitado com a codificação numérica dos questionários, assegurando assim sigilo em relação à identificação e ao caráter confidencial da informação relacionada com sua privacidade. O Grupo Focal será desenvolvido em uma sala no próprio hospital com os profissionais que forem convidados por conveniência pelos pesquisadores, que aceitem a participação e serão orientados a manter sigilo do que será discutido durante a realização do grupo".

BENEFÍCIOS - "[...] o desenvolvimento de abordagens inovadoras e direcionadas, capazes de promover um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável, refletindo não apenas na qualidade dos cuidados prestados, mas também no bem-estar dos profissionais que desempenham um papel importante na preservação da qualidade de vida de profissionais de saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pendência listada no Parecer Consubstanciado nº 7.248.404, de 26 de Novembro de 2024, a resposta da equipe de pesquisa e a análise feita pelo CEP/UFU, seguem abaixo.

Pendência 4 - TCLE

No TCLE está escrito: "A proposta deste TCLE é explicar a você tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o relato de caso seja publicado em meios científicos como revistas, congressos ou reuniões científicas de profissionais da saúde." Considerando as

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.277.730

críticos e na assistência a esses pacientes."

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - "Profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem que compõem a equipe multiprofissional atuando na assistência direta ao paciente crítico ou potencialmente crítico, nos diversos turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), das UTIs do hospital, independente do vínculo trabalhista (regime jurídico único, contratação celetista)."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - "Profissionais que desempenhem funções administrativas, de coordenação e/ou gerência concomitante com a assistência com paciente crítico; profissionais que desempenhem funções de assistência direta ao paciente que não é considerado crítico ou potencialmente crítico concomitante com a assistência com paciente crítico; profissionais que durante o período de coleta de dados estejam em licenças por motivos de saúde e de férias".

CRONOGRAMA

- Análise e Tramitação pelo CEP/UFU: 09/09/2024 a 31/10/2024.
- Abordagem/Recrutamento dos Participantes e entrega do TCLE: primeiro semestre de 2025.
- Coleta de Dados: 01/12/2024 a 31/01/2025. O grupo focal tem a previsão de ser realizado no início do segundo trimestre de 2025.
- Submissão do Relatório Final ao CEP/UFU: 01/12/2025 a 31/12/2025.

ORÇAMENTO - Financiamento próprio: R\$1.136,00.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - Conhecer os níveis de resiliência e espiritualidade dos profissionais de saúde que atuam em UTI.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS - 1) Avaliar os níveis de resiliência e espiritualidade em profissionais de saúde que trabalham em UTIs. 2) Identificar fatores que contribuem para a sua capacidade de adaptação e superação em sua atuação profissional. 3) Especificar padrões específicos de resiliência e espiritualidade em diferentes categorias profissionais. 4) Categorizar o perfil sociodemográfico, para compreender como essas variáveis se manifestam e influenciam de maneira única cada grupo.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.277.730

amostra, que será realizado em sala localizada no próprio HCUFU, com a presença de um moderador e de um observador, que será o pesquisador, que apresentará a equipe, mencionará as regras e iniciará o grupo.

Reunião ou encontro com o grupo focal com 15 participantes para analisar o que eles entendem de resiliência e espiritualidade e como eles utilizam essas ferramentas no dia a dia do trabalho.

(E) Metodologia de Análise de Dados - "Por concordar com os aportes teóricos da pesquisa, o método a ser utilizado no processo analítico dos dados empíricos será a análise de conteúdo em sua modalidade temática e a análise descritiva será apresentada em tabelas através das médias dos valores ou porcentagem, em variáveis numéricas ou categóricas, respectivamente. Será usado o coeficiente de correlação de Pearson entre as pontuações obtidas nos questionários de avaliação da resiliência e espiritualidade correlacionando ambos. Serão considerados estatisticamente significativos comparações com p-valor 0,05. Os dados obtidos serão analisados estatisticamente pelo programa SPSS, versão 17.0. e pelo programa GraphPad Prism® 6.0 (GraphPad Software Inc., San Diego, CA, EUA). Para a análise do Grupo Focal, os dados serão transcritos por audição cuidadosa dos registros apresentados, classificando o discurso capturado nas discussões e realizando a análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma leitura profunda, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores (Santos, 2012), se estrutura em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (de Sousa; dos Santos, 2020). A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021)".

(F) Desfecho Primário - "Como a resiliência e a espiritualidade influenciam o enfrentamento do estresse e a preservação do bem-estar físico e psicoemocional dos profissionais de saúde em ambientes hospitalares intensivos, como UTIs.

(G) Desfecho Secundário - Resiliência e espiritualidade impactam positivamente no enfrentamento do estresse, preservação do bem-estar físico e psicoemocional em ambientes

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.277.730

de Resiliência (RS-14) e para avaliar a espiritualidade utilizaremos a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES); ambas já validadas para o português e um Grupo Focal, para compreender como o profissional se utiliza desses fatores como estratégia para a assistência ao paciente crítico.

- Experimento: Será estudo em abordagem quantiquantitativa, com o objetivo de avaliar os níveis de resiliência e espiritualidade; investigar como influenciam no enfrentamento do estresse na preservação do bem-estar físico e psicoemocional dos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Para a análise quantitativa, serão utilizados dois questionários: a Escala de Resiliência (RS-14) validada por Damasio (2011) e para avaliar a espiritualidade será utilizada a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES), todas já validadas para o português. Os dados serão apresentados de forma concordarem por meio da assinatura do TCLE serão convidados a responder um questionário sociodemográfico.

Os profissionais irão preencher versão reduzida da Escala de Resiliência (RS-14), para avaliar a resiliência e a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES), para avaliar a espiritualidade, todas já validadas para o português brasileiro (Damasio; Borsa; Da Silva, 2011; Braghetta, 2017). Damasio, Borsa e Da Silva (2011) citam que a escala RS-14 em sua versão reduzida, possui cinco itens referentes à autossuficiência, três itens referentes à significância, dois itens referentes à equanimidade, dois itens referentes à perseverança, e dois itens referentes à solidão existencial. Os participantes avaliarão os itens numa escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). De acordo com o escore global, pode-se classificar os níveis de resiliência em muito alta; alta; normal; baixo; muito baixo (Sánchez-Teruel; Robles-Bello, 2015).

Para finalizar a ARES, que contém 11 perguntas respondidas em escala Likert de 5 pontos, cuja soma produz um escore no qual quanto maior o número, maior o envolvimento do indivíduo com espiritualidade e com práticas referentes à orientação espiritual (Zandavalli et al., 2020). Ela avalia quatro dimensões em suas perguntas: crenças espirituais, práticas espirituais, experiências e atitudes/consequências (Braghetta, 2017). Os escores da escala variam de 11 a 55. Valores de escore até 38 determinam baixa espiritualidade; entre 39 e 45; moderada espiritualidade; e acima de 45 alta, espiritualidade (Morato et al., 2023).

Após a análise dos dados quantitativos, serão convidados para o Grupo Focal participantes da

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.277.730

estresse na preservação do bem-estar físico e psicoemocional dos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

(A) Pesquisa/Estudo - Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, com abordagem sequencial quantiquantitativa.

(B) Tamanho da amostra- 221 participantes / Grupo Focal: MÍNIMO de 6 participantes e MÁXIMO de 15.

(C) Recrutamento e a abordagem dos participantes

- "Serão abordados de forma presencial ou eletrônica (email, enviado de forma individual, ou whatsapp), para preencher o formulário convidados a responder um questionário sociodemográfico, elaborados pelos pesquisadores, a reduzida da Escala de Resiliência (RS-14), para avaliar a resiliência e a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES), para avaliar a espiritualidade ambos já validados no português brasileiro. Eles serão abordados de forma presencial no próprio ambiente de trabalho durante o primeiro semestre de 2025, e serão compartilhados por meio eletrônico para o preenchimento online". "Eles serão abordados de forma presencial no próprio ambiente de trabalho durante o primeiro semestre de 2025, e serão compartilhados por meio eletrônico para o preenchimento online."

O grupo focal tem a previsão de ser realizado no início do segundo trimestre de 2025 com o grupo de profissionais escolhidos por conveniência para participar da reunião.

(D) Local e instrumento de coleta de dados / Experimento

- Local: A pesquisa será no HCUFU, unidade Rede Ebserh, localizado no Triângulo Mineiro, região MG.

- Instrumento de coleta de dados: aplicação de formulários e questionários autoaplicáveis disponibilizados de forma eletrônica ou impressos e posteriormente será realizado um Grupo Focal com alguns participantes. Serão utilizados dois questionários: para a resiliência, a Escala

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESILIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UTIs

Pesquisador: Rosuila Fratari Bonito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83749024.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.277.730

Apresentação do Projeto:

Este parecer trata-se da análise das respostas às pendências do referido projeto de pesquisa.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 2396216 e Projeto Detalhado (PROJETO_ajuste_parecer_7173741.docx), postados, respectivamente, em 17/11/2024 e 05/11/2024.

INTRODUÇÃO

A escassez de estudos aprofundados acerca da resiliência e espiritualidade no contexto dos profissionais de saúde no país reflete uma lacuna significativa na compreensão dos fatores que influenciam o enfrentamento de desafios inerentes à profissão. Estes temas têm sido reconhecidos como estratégias essenciais de enfrentamento de problemas da vida, todavia, a carência de estudos que explorem essas características específicas no perfil dos profissionais de saúde torna-se notável. Esta pesquisa se propõe a preencher essa lacuna, promovendo uma investigação abrangente sobre a interseção entre resiliência e espiritualidade no contexto dos profissionais de saúde. Será estudo em abordagem quantiquantitativa, com o objetivo de avaliar os níveis de resiliência e espiritualidade; investigar como influenciam no enfrentamento do

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**



Continuação do Parecer: 7.277.730

Outros	docx	13:10:04	CAVALCANTE	Aceito
Outros	parecer_resposta_7172471_completo_p b.pdf	02/11/2024 15:32:45	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_WESLLEY_para_a_PB_04_ 10_24.docx	28/10/2024 10:34:36	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Declaração de concordância	carta_anuencia_rosuita.pdf	03/10/2024 16:30:56	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	ANEXOS_PB_CEP_UFU.docx	03/10/2024 13:58:44	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_resiliencia.pdf	24/09/2024 13:42:35	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_da_equipe_executora_versao_m ai2022 assinado assinado.pdf	18/09/2024 08:39:37	Rosuita Fratari Bonito	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.docx	17/09/2024 10:40:11	Rosuita Fratari Bonito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 09 de Dezembro de 2024

Assinado por:
Eduardo Henrique Rosa Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br