

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ELON SAÚDE CAIRES



RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS NA CLÍNICA  
MÉDICA DO HOSPITAL RENATO AZEREDO EM NANUQUE - MG

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 25/10/2016.

Vitória-ES

2016

ELON SAÚDE CAIRES

RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS NA CLÍNICA  
MÉDICA DO HOSPITAL RENATO AZEREDO EM NANUQUE - MG



Trabalho Final de Mestrado  
Profissional para obtenção do grau  
de Mestre em Ciências das Religiões  
Faculdade Unida de Vitória  
Programa de Pós-Graduação  
Linha de Pesquisa: Religião e Esfera  
Pública

Orientador: Dr. Kenner Roger Cazotto Terra

Vitória-ES

2016

Caires, Elon Saúde

Religião e espiritualidade de pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo em Nanuque-MG / Elon Saúde Caires. – Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2016. ix, 90 f. ; 31 cm.

Orientador: Kenner Roger Cazotto Terra

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2016.

Referências bibliográficas: f. 81-91

1. Ciências das religiões. 2. Religião e esfera pública. 3. Religião e espiritualidade. 4. Pacientes internos e espiritualidade. 5. Enfrentamento/coping. - Tese. I. Elon Saúde Caires. II. Faculdade Unida de Vitória, 2016. III. Título.

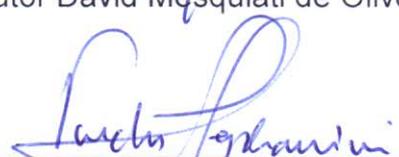
ELON SAÚDE CAIRES

RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS NA CLÍNICA  
MÉDICA DO HOSPITAL RENATO AZEREDO EM NANUQUE - MG

Dissertação para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências das Religiões no  
Programa de Mestrado Profissional em  
Ciências das Religiões da Faculdade Unida  
de Vitória.

  
Doutor Kenner Roger Cazotto Terra – UNIDA (presidente)

  
Doutor David Mesquiati de Oliveira – UNIDA

  
Doutor Valdir Stephanini – UNIDA



Dedico essa dissertação de mestrado e o título de Mestre à minha mãe Dilzete, por seu amor incondicional e constante ato de educar, guiar e motivar a seguir em frente e acreditar nos meus sonhos. Por ela, além do amor, tenho profunda admiração, pois durante toda a minha trajetória de vida, pude presenciar seu trabalho enquanto educadora, que sempre é realizado com excelência, e isso me inspira a acreditar que, por meio da educação, podemos transformar as pessoas, a sociedade e o mundo.

## AGRADECIMENTOS

Deus, Tu foste quem me ensinaste que nada é impossível, que perante qualquer dificuldade, quem acredita no teu amor encontrará o caminho da superação. Pela tua graça e infinita generosidade hoje concluo essa dissertação de mestrado. Nunca duvidei de que seria capaz, pois em todo instante senti Tua mão me amparando e Teu amor me guiando. Meu Deus, eu te agradeço com o coração transbordando de alegria.

Aos meus amados pais, Dilzete e Elomagno que me proporcionaram o Dom mais precioso, a VIDA, se alegraram com a minha chegada ao mundo, acompanharam meu crescimento e sacrificaram seus sonhos em favor dos meus e não foram apenas pais, mas amigos e companheiros nas horas em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis. Ao meu irmão Magno pelo incentivo e companheirismo. Aos meus avós Jacy, Eduardo, Maria e Umbelina pelo amor incondicional. A minha namorada Thainy, pelo amor, incentivo e apoio. Aos meus tios, primos e amigos por acreditarem e torcerem por mim.

Aos pacientes e profissionais do Hospital Renato Azeredo, ao padre e aos religiosos pelas entrevistas concedidas, respeito e confiança. A minha back Katia Regina, que com presteza não mediu esforços em realizar trocas na nossa escala de trabalho e a Michelle Neves que a todo instante autorizou tais trocas e planejou minhas férias para que eu pudesse estar presente nas aulas do mestrado. A Priscilla Gratzz, que com cordialidade realizou as alterações nas minhas rotas de embarque e desembarque e planejou toda a minha logística.

À colega MSc. Patrícia Augusto pelo companheirismo e amizade construída durante o mestrado, a qual iremos levar para toda a vida. Aos doutores e pós-doutores da Faculdade Unida pelos ensinamentos transmitidos ao longo destes anos, pois como disse Luighi Feodrippe, "o conhecimento nos permite enxergar novos mundos".

Ao meu orientador Dr. Kenner Terra, pelo suporte durante a trajetória, pelas suas correções e incentivo. A vocês o meu muito obrigado! E como disse Albert Einstein, "não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano, sempre que alguém descobre esse poder algo antes considerado impossível se torna realidade".



“Quando estudamos sobre a espiritualidade, por incrível que pareça, não descobrimos mais sobre o mundo espiritual, mas sim sobre nós mesmos. Quanto mais buscamos nos entender, mais entendemos sobre nós, e nessa viagem descobrimos o quanto ainda estamos longe de saber nosso real poder de realizar e ser”.

(William Sanches)

“Religião é uma garrafa com um rótulo, espiritualidade é a coisa dentro dela”.

(Alik Shahadah)

“Alguns brigam demais pela garrafa com rótulo, mas poucos estão realmente bebendo o conteúdo”!

(William Sanches)

## RESUMO

O estudo objetivou avaliar a influência da religião e espiritualidade no enfrentamento/coping da hospitalização. Por se tratar de uma pesquisa exploratória, além da análise bibliográfica, usou-se como método de pesquisa, entrevista com uma chefe de enfermagem, uma técnica de enfermagem, um padre e uma religiosa evangélica no ano 2016. Foram entrevistados ainda, dez pacientes que estavam internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo, pertencente ao município de Nanuque-MG, no qual foi aplicado um formulário sociodemográfico, e para avaliar o índice de religiosidade dos pacientes, foi utilizada a Escala de Religiosidade DUREL (Duke Religious Index). Para averiguar a religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização, foram feitas duas perguntas sobre o que significa a religião na vida dos pacientes e se a religião e espiritualidade ajudam os mesmos a enfrentarem a hospitalização. A pesquisa encontra-se estruturada em três capítulos. O primeiro alude religião, espiritualidade e saúde, delinea o contexto histórico, conceitos e a relação fundamental existente entre religião, espiritualidade e saúde. O segundo aborda sobre a religião e espiritualidade utilizadas pelos pacientes como forma de enfrentamento/coping da hospitalização, sua interferência no processo saúde-doença e os aspectos benéficos da religião e espiritualidade para a saúde humana. O terceiro capítulo menciona a religião, espiritualidade e o enfrentamento da hospitalização sob uma perspectiva dos pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo, no qual são explanados os dados sociodemográficos, índice de religiosidade dos pacientes e o uso da religião e espiritualidade como formas de enfrentamento/coping da hospitalização. Os dados apontaram alto índice de religiosidade dos pacientes e o uso da religião e espiritualidade como forma de enfrentamento/coping da hospitalização, haja vista que, a utilização das crenças religiosas e espirituais ajudam positivamente os pacientes que se encontram hospitalizados. Este estudo vem sugerir a elaboração de mais pesquisas a respeito do assunto e a utilização dos mais diferentes tipos de instrumentos que possam averiguar a influência da religião e espiritualidade na vida das pessoas hospitalizadas.

Palavras-chave: Religião, espiritualidade, enfrentamento/coping.

## ABSTRACT

The study aimed to evaluate the influence of religion and spirituality in coping of hospitalization. As this is an exploratory research, in addition to literature review, it was used as a research method, interview with a chief nursing, a nursing technician, a priest and an evangelical religious in 2016. Were interviewed yet, ten patients who were admitted to the medical clinic in the Hospital Renato Azeredo, in the municipality of Nanuque-MG, in which a sociodemographic form was applied, and to evaluate the religiosity index of patients was used Religiosity Scale DUREL (Duke Religious Index). To determine the religion and spirituality in coping of hospitalization was done two questions about the meaning of religion in the lives of patients and religion and spirituality help them cope with hospitalization. The sample of the target audience was 100%. The research is structured in three chapters. The first mentions religion, spirituality and health, outlines the historical context, concepts and existing fundamental relationship between religion, spirituality and health. The second focuses on religion and spirituality used by patients as a way of coping / coping hospitalization, its interference in the health-disease process and the beneficial aspects of religion and spirituality to human health. The third chapter mentions religion, spirituality and coping with the hospitalization from the perspective of patients admitted to the medical clinic in the Hospital Renato Azeredo, which are explained sociodemographic data, religiosity index of patients and the use of religion and spirituality as forms of coping hospitalization. The data showed high religiosity index of patients and the use of religion and spirituality as a way of coping / coping hospitalization, given that the use of religious and spiritual beliefs positively help patients who are hospitalized. This study is to suggest the development of more research on the subject and the use of the different types of instruments that may determine the influence of religion and spirituality in the lives of hospitalized people.

**Keywords:** Religion, spirituality, coping, hospitalization

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1 RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE .....	14
1.1 Aspectos históricos .....	14
1.2 Definição: Religião, Espiritualidade e Saúde.....	21
1.3 Uma relação fundamental: religião, espiritualidade e saúde .....	27
1.4 Resumo .....	33
2 O PACIENTE E O ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO .....	35
2.1 A religião e a espiritualidade diante do processo saúde-doença.....	35
2.2 Benefícios da religião e espiritualidade na saúde humana.....	41
2.3 A religião e espiritualidade como enfrentamento/coping da hospitalização .....	48
2.4 Resumo .....	54
3 RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E O ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO: UMA PERSPECTIVA DOS PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL RENATO AZEREDO .....	56
3.1 O Hospital Renato Azeredo e suas particularidades .....	56
3.2 Dados sociodemográficos e índice de religiosidade dos pacientes.....	62
3.3 Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização.....	70
3.4 Resumo .....	76
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXO A – Questionário .....	92
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista).....	93
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista) .....	94
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente) .....	95
ANEXO E – Questionários respondidos pelos pacientes .....	96
ANEXO F – Entrevistas.....	106

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é abrangente e não se concentra apenas na ausência de doenças, mas sim há um estado dinâmico de perfeito bem-estar mental, físico, espiritual e social<sup>1</sup>. Outrossim, há diversos fatores que interferem no estado de saúde do indivíduo, como os biológicos, ambientais, sociais, espirituais e econômicos, sendo que, quando em qualquer fase da vida um ou mais desses fatores venham a alterar o estado de saúde, origina-se, então, a doença<sup>2</sup>.

Nesse espeque, o processo saúde-doença está diretamente ligado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades. Os fatores sociais, psicológicos, ambientais, educacionais, culturais, religiosos, econômicos, políticos, ecológicos e genéticos interferem diretamente nesse processo.

Diversas pessoas, quando são acometidas por problemas de saúde, atribuem a Deus o surgimento ou a resolução dos mesmos, e recorrem frequentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los. Com o surgimento da doença, a pessoa tende a utilizar suas crenças e práticas religiosas como forma de esperança, consolo, diminuição do sofrimento e enfrentamento/coping<sup>3</sup>, sendo esse último compreendido como “habilidades comportamentais e cognitivas utilizadas para controlar demandas internas e externas, quando avaliadas pelo sujeito como excedendo os recursos disponíveis”<sup>4</sup>.

Portanto, religião e espiritualidade, quando não são consideradas integrantes do processo de enfrentamento/coping da hospitalização, podem diminuir o senso de propósito e significado da vida, uma vez que são associadas à maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças.

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Nova York: Nações Unidas, 1946. p. 01.

<sup>2</sup> ALBUQUERQUE, Carlos Manuel Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Lisboa: *Millenium*, v. 25, n. 1, 2002. p. 26.

<sup>3</sup> Coping é um vocábulo inglês sem tradução exata em português, podendo denotar “enfrentar”, “lidar com”. Quando os indivíduos utilizam a religião para lidar com o estresse, ocorre o coping religioso-espiritual.

<sup>4</sup> SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Rio de Janeiro: *Esc. Anna Nery*, v. 20, n. 1, 2016. p. 148.

Nesse enfoque, é importante destacar que a religião<sup>5</sup> engloba particularidades sociais, comportamentais e é pautada em doutrinas peculiares que são exercidas pela pessoa e partilhada por um grupo. Já a espiritualidade<sup>6</sup> não está necessariamente embasada em práticas e crenças religiosas, mas, sim, voltada para o transcendental e busca pôr significado à vida<sup>7</sup>.

A religiosidade, entendida “como prática de uma religião, incluindo aspectos individuais e adesão a crenças”<sup>8</sup>, se não vista como fator de proteção e restabelecimento da saúde, pode, então, desacelerar a remissão, ocorrer a recaída, depressão e diminuição da qualidade de vida. Assim, o presente estudo buscou responder a seguinte pergunta: Qual a influência da religião e espiritualidade no enfrentamento/coping da hospitalização?

Em resposta, é possível afirmar que religião e espiritualidade fazem parte integrante do processo de enfrentamento/coping da hospitalização, pois quando os pacientes utilizam recursos religiosos, sejam por meio de orações, peregrinações, promessas, jejum, exercícios ascéticos, meditação, rituais de acordo com sua religião, ele os faz com o objetivo de buscar consolo, esperança e por acreditar no reestabelecimento de sua saúde.

Acredita-se na relevância do trabalho, pois as crenças religiosas desempenham um importante papel na saúde dos indivíduos, uma vez que a doença causa sofrimento e desencadeia a procura de resoluções com o intuito de amenizar a dor e compreender o sentido de uma experiência tão avassaladora. Essas resoluções são moldadas pelas crenças e envolvem uma questão de fé, esperança e confiança no sagrado, sendo esse último referente a Deus como o divino.

O resultado desta pesquisa tem o intuito de evidenciar para os cientistas a importância da religião e da espiritualidade como recursos de enfrentamento/coping, e sugerir novos estudos e o uso de diferentes instrumentos que visam investigar a

---

<sup>5</sup> A religião é definida como um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado. KOENIG, H. G.; LARSON, D. B., & LARSON, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. Estados Unidos: *Annals of Pharmacotherapy*, v. 35, n. 3, 2001, p. 353.

<sup>6</sup> A espiritualidade é definida como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, o sentido da existência e a relação com o sagrado. KOENIG, 2001. p. 353.

<sup>7</sup> GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. São Paulo: *Psicol. USP*, v. 24, n. 1, 2013. p. 12-13.

<sup>8</sup> TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jésia. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. Rio de Janeiro: *Rev. bras. educ. med.*, v. 37, n. 2, 2013. p. 175.

influência da religião e da espiritualidade na vida dos indivíduos hospitalizados. Além disso, visa identificar pontos relevantes que poderão auxiliar os pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, a saberem lidar com o quadro patológico, tendo a religião e a espiritualidade como parte do processo de enfrentamento da hospitalização. Tudo isso, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e amenizar a dor e/ou sofrimento, haja vista que o poder da fé, a segurança e o consolo que a religião oferece, para muitos é um estímulo à vida.

A pesquisa foi realizada no hospital Renato Azeredo, em Nanuque-MG no ano 2016, e foi dividida em duas fases. Uma delas teve o intuito de obter informações sobre o hospital e se deu por meio de entrevista, de forma livre, com uma chefe de enfermagem. Para dados sobre o trabalho religioso que é realizado no referido hospital, foram entrevistados uma técnica de enfermagem, um padre e uma religiosa evangélica que relataram sua experiência profissional e/ou religiosa vivenciada no supracitado.

Na outra fase, considerada a natureza do estudo, e optado pela pesquisa exploratória, foram entrevistados 10 pacientes que estavam internados na clínica médica do hospital Renato Azeredo, sendo que a amostra do público-alvo foi de 100%.

Para a coleta de dados, foi aplicado aos pacientes um formulário sociodemográfico desenvolvido especificamente para o estudo, que teve o objetivo de obter informações quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, religião e motivo da hospitalização. O instrumento escolhido para avaliar o índice de religiosidade foi a Escala de Religiosidade DUREL (Duke Religious Index). Para averiguar a religião e a espiritualidade no enfrentamento da hospitalização, foram feitas duas perguntas. O que significa a religião na sua vida? A religião e a espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Ambas as entrevistas foram gravadas e transcritas em sua forma literal, depois de repetidas escutas das gravações e da compreensão clara da ideia geral e das falas nelas contidas. Todos os entrevistados receberam informações pertinentes ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os entrevistados foram referenciados no trabalho de duas maneiras: os que relataram informações sobre o hospital e o trabalho religioso que lá é realizado, foram citados com a letra E, seguido de numeração de acordo com a ordem das entrevistas. Já os pacientes, foram citados com a letra P, procedido de numeração

conforme as ordens das entrevistas. Os dados coletados foram organizados, e as respostas analisadas. Assim, pôde-se avaliar a influência da religião e da espiritualidade no enfrentamento/coping da hospitalização.

A pesquisa encontra-se organizada em três capítulos. O primeiro menciona a religião, espiritualidade e saúde, no qual se descreve o contexto histórico, aborda conceitos e explana a relação existente entre religião, espiritualidade e saúde, considerando-as fundamental.

O segundo capítulo salienta a religião e a espiritualidade utilizadas pelos pacientes como forma de enfrentamento/coping da hospitalização, sua interferência no processo saúde-doença e os aspectos benéficos da religião e da espiritualidade para a saúde humana.

O terceiro capítulo faz uma abordagem sobre a religião, a espiritualidade e o enfrentamento da hospitalização sob uma perspectiva dos pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo, no qual são explanados os dados sociodemográficos, índice de religiosidade dos pacientes e o uso da religião e da espiritualidade como formas de enfrentamento/coping da hospitalização. O presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da religião e da espiritualidade no enfrentamento/coping da hospitalização.

# 1 RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

## 1.1 Aspectos históricos

A relação existente entre religião, práticas religiosas, afiliação, crenças religiosas e saúde, vêm desde a antiguidade e têm suas raízes histórico-culturais presentes, por exemplo, em ritos indígenas, mitologias gregas e nos textos bíblicos que no passado influenciaram ou ainda vêm influenciando a tradição ocidental. O processo de divinização do desconhecido, por algum momento ocorreu no contexto histórico da humanidade, devido à ignorância sobre as doenças. Em decorrência disso, acreditava-se que os deuses tinham o poder de ocasionar doenças e de curá-las. Além dos deuses, somente os que eram seus enviados na terra podiam intervir no processo saúde-doença ou na vida-morte. Um ritual indígena muito comum em vários continentes é a utilização de plantas alucinógenas com o intuito de promover o diálogo com seres sagrados e, assim permitir sua interferência no curso da vida e da morte. No Brasil, um ritual religioso chamado Santo Daime, provindo das tribos indígenas da Amazônia, chama a atenção pelo fato de que o pajé tomava o chá da erva ayahuasca com o intuito de aumentar sua capacidade de cura<sup>9</sup>.

Nesse enfoque, Faria e Seidl ressaltam a importância de considerar alguns aspectos bíblicos devido à intensa influência judaico-cristã na tradição ocidental. O monoteísmo cristão é marcado por atribuir o poder de Deus sobre os homens, em que Deus passou a ser o Senhor da saúde e da doença e não apenas da vida e da morte, no qual, quando não se obedecia à lei divina era dada a doença como castigo e a saúde como prêmio. Quando indivíduos que seguiam as leis e eram tementes a Deus adquiriam alguma doença, o antideus ou Diabo era culpado por isso. Com isso, era explanado o equívoco referente ao adoecimento de pessoas que seguiam as leis divinas, apontando o diabo como causador do adoecimento, no qual esta as faria adoecer com o intuito de demonstrar que existia energia satisfatória para influenciar determinadas circunstâncias, mesmo contestando o que teria sido constituído por Deus. É possível identificar em relatos de pacientes das mais variadas religiões, no qual os mesmos mencionam a causa religiosa de suas

---

<sup>9</sup> FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. Porto Alegre: *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 18, n. 3, 2005. p. 382.

doenças, bem como a obtenção da cura dessas enfermidades, exemplificada por falas como: “Deus quis assim” ou “se Deus permitir ficarei bom”.

A identificação dos ‘primeiros médicos’ confunde-se, na História, com a figura de sacerdotes, xamãs e curandeiros, e isto fica claro quando verificamos que os males do corpo eram principalmente relacionados à interferência de deuses e situações místicas incompreensíveis no mundo natural. Mesmo com o desenvolvimento da ciência, ainda se manteve um vínculo entre a cura do corpo e a condição de crença do paciente em um campo sobrenatural em que, mediante a sua fé ou a intercessão de orações e cultos, o paciente poderia encontrar a saúde, principalmente quando esgotados todos os recursos conhecidos<sup>10</sup>.

Por outro lado, as obras de caridade realizadas pelas igrejas e seus membros prestavam cuidados e davam amparo aos abandonados e particularmente os doentes. O autor George, em uma de suas obras salienta que, no período medieval, o hospital era basicamente uma ferramenta utilizada pela comunidade para extirpar a mendicância, amenizar a dor, atenuar a pobreza, e contribuir para a conservação da ordem pública<sup>11</sup>. Já o autor Roy, compara os hospitais primários ao cristianismo que se espalhava no Império Romano, pois o cristianismo teria trazido consigo os cuidados prestados pela enfermagem e o hospital como um estabelecimento de cuidados de saúde, afinal “Cristo tinha feito curas milagrosas, dando visão aos cegos e tirando o demônio dos insanos”<sup>12</sup>. A partir do cristianismo, os seguidores da igreja eram encorajados a prestar cuidados às pessoas carentes, pois a caridade tornou-se um bem soberano aos fiéis<sup>13</sup>.

Os hospitais de caridade, sejam eles os medievais aludidos por Rosen ou o tradicional de Porter, eram controlados por pessoas religiosas, sendo que, era mais adequado chamá-los de “albergue”, haja vista que os mesmos laboravam dentro dos mosteiros, com aproximadamente doze leitos e um par de religiosos incumbidos dos cuidados<sup>14</sup>.

Muitas eram as instituições de assistência no mundo medieval – albergarias, mercearias, leprosarias e confrarias. Contudo, a instituição que

<sup>10</sup> REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. Rio de Janeiro: *Trab. educ. saúde*, v. 14, n. 1, 2016. p. 238.

<sup>11</sup> ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1980. p. 354.

<sup>12</sup> PORTER, Roy. *Hospitais e cirurgia*. In: Cambridge - História Ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 208.

<sup>13</sup> CASSIA MARQUES, Rita de. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIII-XX. Barcelona: *Dynamis*, v. 31, n. 1, 2011. p. 108.

<sup>14</sup> CASSIA, 2011, p. 108.

seria o “senhor dos pobres” era, de fato, o hospital. Essencial para nossa análise, o espaço hospitalar ocidental tem como berço e modelo os mosteiros beneditinos e a Regra de São Bento. Eram múltiplas as faces da assistência hospitalar nesse período, e os hospitais também cumpriam a função de albergaria e abrigo para pobres e peregrinos. Suas enfermarias abrigavam, sem distinção, pobres e doentes, que contavam com atenção, cuidado, alimentação e outros tratamentos em horário informado pelo ritmo da vida monástica<sup>15</sup>.

O indivíduo medieval e moderno era marcado por um hábito comum que é a peregrinação, portanto a estadia desses clientes era instável e temporária. A grande preocupação dos fundadores dos diversos e pequenos hospitais e albergarias era prioritariamente a salvação de sua alma, sendo que vários deles foram constituídos a partir de doações e testamentos<sup>16</sup>.

O hospital direcionava sua assistência a dois atores sociais – os pobres e os doentes. Aos pobres, em geral, era dado um limite de permanência – dois dias – e ofereciam-se cama, roupa de casa, panelas, água, sal, iluminação durante o tempo da refeição e fogueira para aquecer. Também se ofereciam ao menos duas refeições, geralmente a primeira e a última do dia. Quanto aos doentes, a situação variava de acordo com o regimento e estatuto. A assistência médica e medicamentosa era bem precária, e era preciso contar com a existência de um físico disponível na localidade. À parte a sangria, utilizada em quase todos os tratamentos medievais, e alguns procedimentos caseiros, as possibilidades de intervenção não eram muitas. O hospital era menos um lugar de cura e mais o local para a morte<sup>17</sup>.

Nesse ínterim, os físicos e cirurgiões eram responsáveis por exercer a medicina, enquanto os boticários faziam mesinhas que asseguravam a cura do adoentado. Os físicos realizavam as atividades intelectuais de significado da patologia, o exame de urina e a prescrição terapêutica, já os cirurgiões realizavam cirurgias e a aplicação de curativos com o intuito de curar feridas e chagas. O barbeiro figura de extremo valor na medicina medieval, era o responsável pela comercialização de unguentos, extraia dentes, administrava ventosas e clisteres. Na Idade Média algumas superstições marcaram essa época, a exemplo disso, a assistência médica referente à peste abrangia a penitência e a confissão. As patologias eram atribuídas às causas morais, como uma punição do divino ou

<sup>15</sup> MARQUES, José. *A assistência no Norte de Portugal nos finais da Idade Média*. Universidade do Porto: Faculdade de Letras, 1989. p. 17.

<sup>16</sup> SÁ, Isabel Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império português, 1500-1800*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997. p. 90.

<sup>17</sup> MARQUES, 1989, p. 57.

provação, e uma das primeiras obrigações do físico antes de começar qualquer terapêutica, era ter ciência se o doente já havia se confessado<sup>18</sup>.

Anterior ao século IV, não existiam hospitais como notamos nos dias atuais, então os indivíduos que apresentavam algum tipo de patologia não tinham para onde ir e, além disso, não tinham condições de receber atendimento médico particular e não tinham amigos ou familiares que pudessem prestar cuidados aos mesmos. Em 370 A.D., isso se transformou, pois os ortodoxos cristãos em Cesareia, na Turquia construíram um amplo hospital para cuidar dos indivíduos doentes<sup>19</sup>. “O primeiro hospital no mundo ocidental a oferecer assistência médica foi construído em obediência à recomendação Bíblica, Mateus 25:36-40, para vestir os pobres e cuidar dos doentes”<sup>20</sup>.

Antes de 372 d.C., à medida que o vasto Império romano estava começando a ruir, não havia hospitais para o atendimento dos doentes na população geral da Europa ou no resto do mundo ocidental. O primeiro hospital foi construído na Cesareia (atual Turquia) sob o comando do bispo Basílio. Este hospital era chamado Basileiras e pretendia oferecer tratamento a doentes, pobres e leprosos<sup>21</sup>.

Contudo, a igreja cristã, nos 1.200 anos subsequentes, construiu hospitais munidos de equipamentos pela Inglaterra e Europa. Os doentes eram atendidos tanto em sua dimensão física quanto mental por pastores e monges que nesse período eram considerados médicos. No decorrer desta época, as universidades principais eram controladas pela igreja cristã, no qual para o exercício da medicina era necessário treinamento medicinal e credencial. No século XVI, o governo passou a exercer de forma mais concreta sobre a educação médica e na ordem para sua prática, e com isso o papel da igreja cristã sobre a medicina começou a atenuar<sup>22</sup>.

Koenig ressalta que nos séculos XVII e XVIII a filosofia do Iluminismo veio à tona, pois a conflagração científica ganhou lugar e o domínio e controle da igreja abrandou significativamente, e na guinada do século XIX, praticamente obscureceu-se, quando sucedeu a Revolução Francesa. Ainda na atualidade, os hospitais

<sup>18</sup> GUERRA, João Pedro Miller. *A medicina em Portugal na Idade Média*. In: GUERRA, João Pedro Miller. *História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal*. Lisboa: Publicações do Segundo Centenário da Academia de Ciências de Lisboa, 1986. p. 629-630.

<sup>19</sup> KOENIG, Harold George. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: FE Editora Jornalística Ltda, 2012a. p. 26.

<sup>20</sup> KOENIG, 2012a, p. 26.

<sup>21</sup> KOENIG, Harold George. *Medicina, religião e saúde*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012b. p. 33

<sup>22</sup> KOENIG, 2012a, p. 26.

continuam em ligação com as igrejas cristãs, mesmo que há uma redução da influência da igreja. Em meados de 1950, somente nos Estados Unidos, 16 milhões de doentes por ano eram atendidos nos pouco menos de mil hospitais católicos. Hoje em dia, nos Estados Unidos, diversos dos hospitais ligados à igreja e que foram constituídos no Século XX, prestam atendimento a mais de um quarto dos pacientes hospitalizados.

Até meados do século XX, a maior parte do atendimento era feito por ordens religiosas, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Em 1950, quase um quarto de todos os pacientes hospitalizados nos Estados Unidos eram tratados em hospitais religiosos. Muitos hospitais hoje em dia mantêm uma afiliação religiosa. O ponto principal é que nossa noção de saúde moderna tem suas raízes em organizações religiosas. Essa influência ainda é sentida e continua sendo um dos principais recursos para a crise do século XXI<sup>23</sup>.

Entrementes, jamais se ouviu falar tanto em espiritualidade e ciência como nos tempos atuais. Hoje, tem ocorrido uma ligação direta entre as religiões e a ciência, no qual se apresenta cada vez mais forte e é exibida por várias vias. Incontestavelmente, a introdução do discurso religioso da espiritualidade e da assistência à saúde, tem sido marcada pelo fato do método de retomada dos valores humanos da assistência, adjunto aos aspectos culturais e religiosos como meios de cura/reabilitação de patologias<sup>24</sup>.

No início do século XXI, quando tudo aparentemente convergia para o silêncio da religião, eis que ela explode com uma força nunca imaginada, em expressões plurais e originais. Agora tudo é religião! Estamos cansados dos profetas da morte da religião, que sob diversos sentidos, repetiram a frase hegel-nietzscheniana de que "*Deus morreu*". O iluminismo considerava a religião e os tempos medievais com o desprezo com que a luz olha para a escuridão, a inteligência para o obscurantismo, a razão para os mitos, a consciência para a sonolência alienada, a crítica adolescente para a piedade infantil<sup>25</sup>.

Esse século tem sido marcado pelo envolvimento com práticas religiosas e espirituais, uma variante que vem tendo importância e prestígio como indicador de saúde, com o intuito de promover um cuidado integral. Nesse aspecto, estudos

<sup>23</sup> KOENIG, 2012b, p. 33.

<sup>24</sup> PENHA, Ramon Moraes; SILVA, Maria Júlia Paes da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. Florianópolis: *Texto contexto - enferm.*, v. 21, n. 2, 2012. p. 260.

<sup>25</sup> PESSINI, Leo. *Espiritualidade e arte de cuidar*. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2010. p. 16.

apontam que o fato de se envolver com práticas religiosas, traz consigo um aumento significativo de saúde mental e bem-estar. Pessoas que praticam algum tipo de atividade religiosa apresentam mínima relação com abuso de drogas ilícitas e lícitas, mínimos casos de suicídios e mínima prevalência de depressões, evidenciando assim, que a religião e espiritualidade tem forte relevância na saúde física e mental<sup>26</sup>.

A associação entre espiritualidade e saúde está documentada em inúmeras pesquisas científicas. Os primeiros trabalhos nessa área começaram a ser feitos na década de 1980 e vêm evoluindo em todo o mundo. Há evidências de que pessoas com espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos, a ter hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, desenvolvem menos depressão e se recuperam mais rapidamente<sup>27</sup>.

Analogamente, “estaria incompleta a apresentação do panorama dos novos fenômenos religiosos da contemporaneidade se não mencionássemos a New Age”<sup>28</sup>. Um grande marco para a nova era é a religião e espiritualidade, sobretudo a partir do instante em que as práticas e crenças religiosas/espirituais têm comprovado ser de grande relevância no que tange o enfrentamento das inúmeras circunstâncias de desequilíbrio na saúde dos indivíduos, preparo pessoal para lidar com a morte e também no relacionamento interpessoal dos profissionais. No ano de 2000, esse episódio apresentou grande valor, tendo em vista que cresceram aceleradamente as publicações referentes à espiritualidade em saúde<sup>29</sup>.

A “Nova Era” cria uma atmosfera religiosa, respeita uma dupla busca espiritual. Uma vai em direção à própria interioridade; a outra visa entrar em comunhão com a natureza. Tenta superar uma visão ecológica de cunho antropocêntrico, preocupada em conservar e proteger a natureza apenas por causa do ser humano. O ser humano imerge no mistério cósmico, em um processo de transformação de sua consciência, até realizar o divino existente em si mesmo. O movimento da “Nova Era” se situa no lado oposto da agitação da sociedade contemporânea, criando espaços de paz e felicidade. Não responde com nenhuma doutrina, com verdades reveladas, nem mesmo com uma ética de compromisso. Simplesmente recolhe práticas, conhecimentos e caminhos que possibilitem essa viagem interior de paz consigo e de harmonia com o cosmo<sup>30</sup>.

<sup>26</sup> BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.*, v. 68, n. 4, 2015. p. 610.

<sup>27</sup> SAAD, Marcelo et al. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 349.

<sup>28</sup> PESSINI, 2011, p. 21.

<sup>29</sup> PENHA, 2012, p. 260.

<sup>30</sup> PESSINI, 2011, p. 21.

Para concluir esse mosaico da contemporaneidade dos fenômenos religiosos, eis que na linhagem da tecnologia e ciência surge um novo campo, apontado como “neuroteologia”<sup>31</sup>. “Na reportagem de capa da Newsweek, se lê: *God in your brain. Does Science make religion unnecessary?* [Deus no seu cérebro. A ciência dispensa a religião?]”<sup>32</sup>.

Nesse novo campo do conhecimento, denominado neuroteologia, os cientistas buscam as bases biológicas da espiritualidade. Então a ideia de Deus estaria em nossa cabeça como uma criação de nosso cérebro? Mistério decifrável no âmbito do circuito racional humano<sup>33</sup>.

Na mesma matéria do Newsweek, foi divulgado um texto crítico à neuroteologia: A fé é mais que um sentimento. Para Woodward, a neuroteologia trás consigo determinadas dúvidas referente à vida espiritual de alguns indivíduos crédulos. Corre-se o risco de não está descobrindo nada novo sobre Deus, e sim sobre os circuitos do cérebro. Identificar a religiosidade com experimento emblemático e proferir por si mesmo que tudo não passa de uma célula de seus circuitos neuronais é um dos grandes erros dos neuroteólogos. O máximo que os neurobiologistas poderão fazer é uma conexão entre experimentos e determinadas atividades cerebrais, afinal, a ciência não trabalha com o impalpável (por mais que determinadas feições da física atual se aproximem dele). Seria reducionismo insinuar que o único manancial de nossas experiências é o cérebro, pois desconhecera a influência de outros fatores formidáveis, como a pretensão, o espaço exterior e a graça divina<sup>34</sup>.

Por outro lado, a neuroteologia apresenta que o sentido de vinculação com o transcendente existe em decorrência de uma função ou do uso completo do cérebro. É importante observar que, a partir de estudos, atualmente obtiveram comprovação neurológica, nos revelando como é possível chegar a típicas dimensões cognoscitivas do indivíduo religioso<sup>35</sup>.

<sup>31</sup> PESSINI, 2011, p. 22.

<sup>32</sup> BEGLEY, Sharon. *Religion and the Brain*. Estados Unidos: Newsweek, 2001. p. 38.

<sup>33</sup> PESSINI, 2011, p. 23.

<sup>34</sup> WOODWARD, Kenneth. *Faith is more than a feeling*. Estados Unidos: Newsweek, 2001. p. 41-42.

<sup>35</sup> INSTITUTO HUMANAS UNISINOS. *Neuroteologia: Deus e o cérebro*. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2001. p. 01.

## 1.2 Definição: Religião, Espiritualidade e Saúde

Mesmo que nos dias atuais, ainda esteja sendo utilizado como sinonímia, os termos religião e espiritualidade vêm crescendo no campo de estudos, devido o avanço nas pesquisas. Visando promover uma elocução teórica de forma uniformizada, a partir de 1997 eis que veio à tona um movimento com o intuito de discutir e procurar distintos conceitos desses vocábulos<sup>36</sup>.

Religião e espiritualidade foram consideradas como uma e a mesma coisa até a virada do século 19. A partir de então, estabeleceu-se gradualmente uma distinção entre elas. Religião passou a ser entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhada por uma comunidade. Espiritualidade, por sua vez, pode ser entendida como uma busca pessoal por significado e sentido maior no existir e sua relação com o sagrado e o transcendente, podendo estar vinculada ou não a uma religião formalizada ou designação religiosa<sup>37</sup>.

A religião pode ser compreendida como preceitos de crenças religiosas que constituem as relações dos indivíduos com um ser transcendental ou um poder superior. As religiões em sua composição apresentam narrações históricas, tradições e simbologia que se propõem a proporcionar significado à vida, elucidar sua ascendência e a do universo. O termo religião tem um aspecto público e costuma proceder aos indicadores de moralidade, ética e regras que se distinguem conforme cada instituição religiosa. As mesmas são compostas de reuniões periódicas, hierarquias clericais, abadia de leigos, definição do que estabelece adesão ou filiação, espaços de oração, leitura de textos sagrados, serviços para fins de reverência ou adoração de um ser transcendental, no qual os fiéis tem acesso<sup>38</sup>.

Nós definimos a religião como as crenças, práticas e rituais relacionados com o transcendente, onde o transcendente é Deus, Senhor, ou um Poder Superior em tradições religiosas ocidentais, ou Hinduísmo, manifestações de Hinduísmo, Budismo, Taoísmo, ou suprema verdade/realidade em tradições orientais. Isso muitas vezes envolve a mística ou sobrenatural. As religiões costumam ter crenças específicas sobre a vida após a morte e as regras sobre a conduta dentro de um grupo social. A religião é uma construção multidimensional que inclui crenças, comportamentos, rituais, e

<sup>36</sup> PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. São Paulo: *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 34, supl. 1, 2007. p. 129.

<sup>37</sup> DAL-FARRA, Rossano André; GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. Rio de Janeiro: *Rev. bras. educ. med.*, v. 34, n. 4, 2010. p. 588.

<sup>38</sup> RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 6, 2014. p. 1774.

cerimônias que podem ser mantidos ou praticados em ambientes privados ou públicos, mas são de alguma forma derivado de tradições estabelecidas que se desenvolveram ao longo do tempo dentro de uma comunidade. A religião é também um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos projetados para facilitar a proximidade ao transcendente, e promover uma compreensão de sua relação e responsabilidade para os outros quando vivem juntos em uma comunidade<sup>39</sup>.

Outrossim, existem dois métodos em que a pessoa pode ser levada a experimentar e vivenciar sua religião, são eles: o método extrínseco ou intrínseco. Viver a religião de forma extrínseca é quando a mesma atinge um espaço ilusório em sua existência, as crenças religiosas são legadas, não houve um pensamento sobre o escopo da filosofia religiosa e a religião é vista como meio de alcançar benfeitorias. Viver a religião de forma intrínseca é colocar as crenças religiosas acima de todas as coisas, ter uma vivência conforme seus princípios com o intuito de se empenhar na busca de significado à vida<sup>40</sup>.

[...] religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Na religiosidade intrínseca a religião tem um lugar central na vida do indivíduo, é seu bem maior. Na religiosidade extrínseca a religião é um meio utilizado para obter outros fins, como consolo, sociabilidade, distração e status<sup>41</sup>.

Nessa mesma linha, a religião é vista como preceito de ritos, crenças, símbolos e exercícios indicados para promover a ligação com o sagrado, ao transcendental (Deus, Força Máxima, Veracidade Soberana). A mesma é vista ainda, como uma crença no divino ou em uma força sobrenatural que tem domínio sobre o mundo, e conduz a submissão e adoração por interposição de um código moral e filosófico, podendo estar ligada ao quanto uma pessoa exercita, confia e segue uma religião. A religião pode se apresentar de duas formas: religião organizacional (RO) que é quando o indivíduo tem participações no templo religioso ou igreja, e religião não organizacional (RNO) que é quando o indivíduo realiza

<sup>39</sup> LUCHESE, Fernando A.; KOENIG, Harold G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. São José do Rio Preto: *Rev Bras Cir Cardiovasc*, v. 28, n. 1, 2013. p. 104.

<sup>40</sup> DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. Brasília: *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 27, n. 1, 2011. p. 50.

<sup>41</sup> ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes et al. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. Porto Alegre: *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 4, 2016. p. 99.

orações, faz leituras de livros e textos sagrados e na televisão assiste a programas religiosos<sup>42</sup>.

A atividade religiosa pode ser pública, social e institucional (religiosidade “organizacional”) ou privada, pessoal e individual (religiosidade “não organizacional”). A religiosidade organizacional envolve a participação em serviços religiosos, a reunião, na forma de grupo, em outras ocasiões para orações ou estudo de escrituras ou o envolvimento com outras pessoas em atividades relacionadas à igreja, como evangelização, arrecadação de fundos, doações financeiras ou voluntariado referente à igreja. (Utilizo o termo igreja aqui por motivo de concisão e facilidade de leitura. A palavra pretende incluir igreja, sinagoga, mesquita ou templo.) A religiosidade não organizacional refere-se à atividade que é realizada a sós e em particular, como orar ou se comunicar com Deus em casa, meditar, ler escrituras religiosas, assistir a programas de televisão religiosos, escutar rádios religiosas ou realizar rituais privados, como acender velas, usar acessórios religiosos, e assim por diante<sup>43</sup>.

Em contrapartida, os termos religião e espiritualidade podem até apresentar propriedades parecidas, porém cada um deles apresentam suas características próprias e distintas, por isso a importância de distinguí-las. A espiritualidade é individual e mais vasta, no qual, está ligada a um grupo de valores pessoais, consensual, característica interna, vinculação com os outros, instiga uma veemência pelos demais e por si, uma integração com a existência, a natureza e o mundo. É algo que dá significado à vida, de sua religião, e isso dá habilidade para lidar com anseios debilitantes de dolo, fúria e consternação. A espiritualidade pode trazer a tona forças positivas que podem gerar melhoria significativa na qualidade de vida dos indivíduos. Uma pessoa para alcançar o espiritual, não precisa necessariamente pertencer a uma religião, ou seja, está ligada há um preceito de crenças institucionalizado e partilhado por um grupo e que abrange uma força sobrenatural ou divina, alvitadas de rituais, regras e opiniões e práticas<sup>44</sup>.

A espiritualidade é uma experiência universal que engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano; não significa uma doutrina religiosa, mas sim uma filosofia do indivíduo, seus valores e o sentido atribuído à vida. A dimensão da espiritualidade visa a favorecer a harmonia com o universo, esforçando-se para responder a questões sobre o infinito, que entra em evidência quando o indivíduo se encontra em situações de estresse emocional, doença física e morte, buscando um sentido para os acontecimentos, a integridade, a paz, a harmonia, e a individualidade. Está

<sup>42</sup> SCHLEDER, Leticia Preti et al . Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. São Paulo: *Acta paul. enferm.*, v. 26, n. 1, 2013. p. 72.

<sup>43</sup> KOENIG, 2012b, p. 11.

<sup>44</sup> GUERRERO, Giselle Patricia et al . Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Brasília: *Rev. bras. enferm.*, v. 64, n. 1, 2011. p. 54.

relacionada com a essência da vida e produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, em uma perspectiva de subjetividade e transcendência<sup>45</sup>.

Todavia, a espiritualidade quando vista em sua proporção vertical é considerada a busca com o intuito de alcançar a Deus, uma força sobrenatural e quando vista em sua proporção horizontal, tem em vista o bem-estar de todos e a vivência comum do dia a dia. Existem quatro elementos que podem abranger e compor a espiritualidade, são eles: vinculação e probidade; sublimidade; sentido e a maneira de estar na vida ou realidade da existência; e a presença de uma energia consubstanciada: o “sagrado”, que surge tanto como um intenso artifício na conceituação de espiritualidade como de religião. Um elemento base da espiritualidade é a vinculação com Deus ou transcendental, e está ligada ao eu e à oportuna maneira de se encontrar na existência<sup>46</sup>.

A dimensão da espiritualidade, mais do que acrescentar um novo conhecimento, é uma maneira de ver o universo dos acontecimentos numa nova perspectiva, outrora reduzida a uma visão tecnicista, em que uma abertura para a reflexão sobre questões essenciais e existenciais passa a ocorrer. A dimensão da espiritualidade diz respeito a um plano metafísico que não se limita a qualquer tipo de crença ou prática religiosa. Nela é contemplado o conjunto de emoções e convicções de natureza não material, os quais nos remetem a questões como o significado e o sentido da vida. Assim, a espiritualidade não está vinculada necessariamente a uma fé religiosa em uma divindade específica. Na verdade, o ser humano é intrinsecamente espiritual, uma vez que tem a capacidade de autoconsciência, reflexão sobre si e autotranscendência<sup>47</sup>.

Ademais, a espiritualidade não constitui essencialmente crer no Deus judaico-cristão-islâmico e não se resume apenas nisso, crer em Deus não estabelece espiritualidade. As religiões possuem valores morais que regulamentam a conduta e impõe os valores éticos; observam a conexão entre o indivíduo e o sobrenatural, no qual ele confia ou do qual ele se sente submetido<sup>48</sup>.

A espiritualidade é hoje uma expressão popular de preferência sobre religião. Espiritualidade é considerado pessoal, algo que os indivíduos definem por si próprios. Muitas vezes, é livre de regras, regulamentos e responsabilidades associadas com a religião. Alguém pode ser espiritual,

<sup>45</sup> NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. São Paulo: *Acta paul. enferm.*, v. 23, n. 3, 2010. p. 438.

<sup>46</sup> GUTZ, Luiza; CAMARGO, Brígido Vizeu. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. Rio de Janeiro: *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 16, n. 4, 2013. p.794-795.

<sup>47</sup> REGINATO, 2016, p. 240.

<sup>48</sup> GUTZ, 2013, p. 794.

mas não religioso. Na verdade, uma "espiritualidade secular" é frequentemente enfatizada hoje nos círculos onde a religião está em desfavor. Assim, a espiritualidade é vista como não-divisão e comum a todos, tanto religiosos como seculares. Este é um excelente termo para usar ao discutir estas questões com os pacientes (que pode definir para si o que significa o termo) <sup>49</sup>.

Nos últimos tempos, tem se notado um aumento no número de pesquisas nas áreas da educação, saúde, psicologia e sociologia averiguando sobre a importância da religião e espiritualidade na vida dos indivíduos. Esse aumento gradual de estudos realizados nas mais distintas áreas das ciências da saúde vem evidenciando o intenso anseio de adquirir meios de revigorar e expandir as probabilidades de procurar solucionar o sofrimento do indivíduo <sup>50</sup>.

A propagação social, econômica, individual e uma extensão respeitável da qualidade de vida se dão por meio da Saúde. Existem elementos que podem tanto propiciar como estorvar a saúde, são eles: elementos sociais, culturais, políticos, econômicos, ambientais, de conduta e biológicos. As ações com o intuito de promover saúde, por meio de defesa da mesma, faz com que as circunstâncias mencionadas estejam cada vez mais adequadas <sup>51</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados <sup>52</sup>.

Por conseguinte, para alcançar uma condição repleta de bem-estar físico, mental e social as pessoas e grupos necessitam saber distinguir anseios, obter a satisfação de necessidades e transformar convenientemente o meio ambiente. A saúde não pode ser vista como o desígnio da vida, mais sim como um meio de viver. Nessa acepção, a saúde destaca os aspectos sociais, pessoais e as habilidades físicas, logo é um conceito asseverativo. Portanto, o fato de promover saúde vai

<sup>49</sup> LUCCHESI, 2013, p. 104-105.

<sup>50</sup> NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. Florianópolis: *Texto contexto - enferm.*, v. 22, n. 1, 2013. p. 53.

<sup>51</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa*: Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá, 1986. p. 01.

<sup>52</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1946. p. 01.

muito além da responsabilidade peculiar do departamento de saúde, e é bem mais do que um modo de vida saudável, passa a ser um bem-estar integral<sup>53</sup>.

Nessa prerrogativa, a Constituição da República Federativa do Brasil, no Art.196 destaca que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>54</sup>; e a noção expandida de saúde em consequência das condições de nutrição, moradia, educação, renda, trabalho, condução, ocupação, lazer, liberdade, meio ambiente, acesso e direito a terra e serviços de saúde acessível<sup>55</sup>.

Visto que a espiritualidade está extraordinariamente ligada à concepção de saúde<sup>56</sup>, a OMS em uma Resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999, recomendou que além dos aspectos físicos, psíquicos e sociais, fosse incluído também o campo espiritual no conceito pluridisciplinar de saúde, ampliando assim o conceito de saúde: “A saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>57</sup>.

Boa condição física, mental e social não nos garante o perfeito bem-estar. A satisfação das necessidades básicas (trabalho, moradia, alimentação, educação e lazer) não produz a plenitude desejada. As necessidades humanas estão muito além do básico, do material, do tangível. Necessitamos de amor, afeto, respeito, perdão, valorização, significância e, sobretudo, de propósitos na existência (um dos mais importantes elementos da espiritualidade)<sup>58</sup>.

Nessa ótica, tendo a espiritualidade como parte do conceito de saúde, o indivíduo passa a ser visto como um ser integral, ou seja, é visto num todo e não em partes isoladas, a partir das diversas dimensões que o abrangem. Os fatores como a moradia, educação, renda, transporte, lazer, religião e transpor os empecilhos da assistência à saúde e atenção integral também precisam ser reconhecidas<sup>59</sup>.

<sup>53</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1986, p. 01.

<sup>54</sup> BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. p. 99-100.

<sup>55</sup> BACKES, Dirce Stein et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 5, 2012. p. 1255.

<sup>56</sup> BACKES et al., 2012. p. 1255.

<sup>57</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999. p. 04.

<sup>58</sup> CAMPOS, Alysson da Silveira. *Saúde e Espiritualidade: o segredo para o perfeito bem-estar*. São Paulo: Dracaena, 2011. p. 20.

<sup>59</sup> BACKES et al., 2012, p.1255.

Logo, fazem parte da vida do indivíduo períodos de aflição, temor, ambiguidades, pessimismo e incerteza. No entanto, muitos desses anseios são consecutivos, constantes, afeiçoando suas penúrias e determinando seus costumes, sendo que, a partir daí surgem os aspectos patológicos como o individualismo, o materialismo, a gula, o consumismo, a mesquinhez, a corrupção, a cobiça, a preguiça e o estresse exagerado. Em decorrência de uma consciência (ou alma) convalescida, acaba por induzir de fato uma patologia, e com isso o surgimento de doenças. Contudo, por meio de uma vida saudável, podem-se controlar essas doenças<sup>60</sup>.

Para que ocorra esse controle, Campos ressalta a importância da ampliação do conceito de saúde, levando em consideração não apenas o material, mas sim compreendê-la como uma condição física, mental, social e espiritual eficaz e equilibrada. Com isso, o indivíduo passa a reconhecer os desígnios na direção de um completo bem-estar, e não obrigatoriamente na ausência de doenças. Campos afirma ainda que a palavra propósito é a essência do novo conceito de saúde, haja vista que ela precede e adapta nossas necessidades e costumes, os determinantes de doenças. Por outro lado, o propósito é provindo da alma, a inventora da realidade. Como em primeiro lugar vem a consciência, pode-se concluir que a espiritualidade é imprescindível no que tange o conceito de saúde, pois, desígnios saudáveis vêm por meio do tratamento da alma, gerando assim, necessidades e costumes que gerem saúde e, portanto bem-estar.

### **1.3 Uma relação fundamental: religião, espiritualidade e saúde**

Pensando em espiritualidade pode-se entender a grandeza subjetiva, o interior do indivíduo; e discorrendo sobre a religião pode-se ater há várias vinculações com os grupos de fé e das reuniões promulgadas através de rituais. Estudos apontam que a religião pode favorecer a saúde física e originar efeitos prosaicos na saúde mental. Pode ainda influir os elementos que afetam a assistência à saúde, integrados há taxas reduzidas de depressão, ansiedade, suicídio; melhora no bem-estar, desígnio e sentido à vida, entre outros<sup>61</sup>.

---

<sup>60</sup> CAMPOS, 2011, p. 21.

<sup>61</sup> BACKES et al., 2012, p. 1255.

O autor Backes relatou ainda que, quando o indivíduo se depara com o enfrentamento de patologias crônicas, sendo elas físicas ou mentais, o mesmo utiliza a religiosidade como ferramenta, tendo em vista que a religião oferece aconchego, esperança e significado à vida. As práticas religiosas influenciam à maneira como os pacientes enfrentam a patologia, bem como auxilia a profilaxia de condutas autodestrutivas, como abuso de drogas, entre outros.

Estudiosos, dedicados a avaliar e documentar os efeitos da espiritualidade e da religião na saúde têm apontado uma relação positiva entre vários aspectos do bem-estar físico e mental, bem como, têm considerado que essas podem funcionar como um suporte diante de situações difíceis, de eventos traumáticos e/ou de estresse. Nesse contexto, tanto a espiritualidade como a religiosidade podem ser compreendidas como importantes estratégias de enfrentamento de doenças<sup>62</sup>.

O elo existente entre a saúde e espiritualidade é bastante remota e vem sendo vista como um importante aliado na melhoria da saúde mental. Chaves afirmou que em uma pesquisa realizada com alunos universitários, pôde-se averiguar que os mesmos apresentavam baixos índices de ansiedade, depressão e melhora na autoestima quando incluíam em suas vidas as crenças religiosas. Chaves afirmou ainda que, em outra pesquisa com pacientes portadores de câncer, pôde-se constatar significativo consolo no sofrimento quando os mesmos utilizavam práticas e experiências espirituais. Assim sendo, a religião e espiritualidade devem ser artifício de estudo na saúde, haja vista a boa relação existente<sup>63</sup>.

A ligação entre religiosidade e saúde tem sido foco de alguns estudos que apontam para uma relação de melhora nos índices de saúde e bem-estar entre pessoas que se consideram religiosas. Levin e Schiller (1987) foram os primeiros pesquisadores a discutirem esta questão, num enfoque epidemiológico, ao identificarem que vivências religiosas e espirituais tinham correlação significativamente positiva sobre taxa de saúde e doença. Após a década de 80 do século passado, vem crescendo a discussão científica sobre tal ligação, inclusive no Brasil<sup>64</sup>.

Outrossim, o Instituto Gallup realizou uma pesquisa e identificou que 87% da população brasileira menciona a religião como formidável em sua existência. Os

<sup>62</sup> VALCANTI, Carolina Costa et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 4, 2012. p. 838.

<sup>63</sup> CHAVES, Erika de Cássia Lopes et al. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.*, v. 68, n. 3, 2015. p. 505.

<sup>64</sup> FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. Botucatu: *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 41, 2012. p. 384.

dados mencionados confirmam um estudo de Moreira, no qual o mesmo abordou o envolvimento religioso e sua analogia com alterações sociodemográficas, sendo que pôde-se confirmar que entre os entrevistados, 95% tinham uma religião, 83% relataram que a religião é extremamente relevante e 37% uma vez na semana participavam de grupos religiosos. Pode-se afirmar que, com o intuito de obter entusiasmo e consolo diante das intemperes da vida, como a morte e as patologias, 90% dos brasileiros utilizam a religião e espiritualidade, independente da religião em que seguem. A maneira como os pacientes e profissionais de saúde veem a doença, a saúde e como atuam com os outros, podem ser influenciadas pelas crenças religiosas e espirituais<sup>65</sup>.

No Brasil, a maioria das pessoas acredita na ação do sagrado na prevenção e na cura de enfermidades. Cerca de 89% da população brasileira concorda que religião é importante, 50% já se utilizaram de algum tipo de serviço religioso. Em 2009, apenas 6,72% da população brasileira afirmava não possuir religião. Não por coincidência, os problemas de saúde estão entre as principais razões que levam as pessoas a procurarem ajuda religiosa no país. Embora um brasileiro fale em doença, tanto em relação à etiologia quanto aos recursos disponíveis, frequentemente colocam em questão as distinções entre doença material ou física e doença espiritual<sup>66</sup>.

No entanto, pesquisas socioantropológicas sobre a ligação entre saúde, religião, doença e cura tem apontado que a religião é um artifício utilizado pelos indivíduos com o intuito de sanar ou amenizar os problemas de saúde, agonias e consternações. Contempla-se a religião como um princípio emblemático, mensageiro de uma sapiência sobre o planeta, por meio do qual os indivíduos atribuem significado ao fato existido. As religiões proporcionam aos portadores de patologias, e para os que com eles têm convivência direta ou indireta, enxergar de uma maneira diferente a enfermidade e a cura, restaurando a ordem num mundo visivelmente sem significado, perturbado pelas aflições e patologias<sup>67</sup>.

Um número crescente de estudos aponta a influência da espiritualidade na prática clínica em diversas situações, incluindo menor prevalência de depressão, menores níveis pressóricos, menores complicações pós-cirúrgicas e maior bem-estar psicológico, incluindo satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevada. Da mesma forma, diversos

<sup>65</sup> BORGES, 2015, p. 610.

<sup>66</sup> MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. São Paulo: *Saúde soc.*, v. 22, n. 4, 2013. p. 1028.

<sup>67</sup> SEPARAVICH, Marco Antonio Alves; CANESQUI, Ana Maria. Representações religiosas na experiência com a enfermidade: um estudo de caso. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 3, 2016. p. 02.

estudos têm mostrado que os pacientes desejam receber esse tipo de suporte, variando de 33 a 94% nos estudos internacionais e 79 a 87% nos estudos brasileiros (3,6), dependendo do tipo de atendimento, local de atuação e contexto clínico<sup>68</sup>.

Nesse espeque, as crenças individuais fundamentam às circunstâncias de sofrimento na vida, um exemplo disto são as patologias crônicas que se referem tanto como um "compromisso espiritual" tanto quanto uma experiência física e emocional. Uma maneira formidável de tratar patologias crônicas pode ser adquirida por meio da procura de um desígnio na vida e experiência com Deus e com os outros<sup>69</sup>.

A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes, particularmente, relacionados ao processo de saúde-doença, como no caso de pacientes fora das possibilidades de cura. Desse modo, os princípios dos cuidados espirituais podem ser aplicados aos pacientes que se encontram em cuidados paliativos no decorrer de todas as fases e contextos, independente da cultura, tradição religiosa e referência espiritual<sup>70</sup>.

Contudo, a maneira como a espiritualidade tem sido influenciada, pode ser evidenciada por meio do impacto significativo na saúde física do indivíduo, determinando como possível fator de precaução ao incremento de patologias, na comunidade antemão saudável, e ocasional redução de morte ou impacto em patologias distintas. As proeminências têm-se direcionado de forma mais forte e espessa para o panorama da profilaxia: pesquisas avulsas, sendo a maior parte delas por meio de voluntariados e representantes da comunidade apontam que o risco de morte tem reduzido drasticamente em pessoas que praticam atividades religiosas de forma regular<sup>71</sup>.

Desde que o ser humano se reconhece por ser pensante, ele se preocupa em entender o significado da vida e da morte, o porquê da sua presença no mundo, procurando estratégias para lidar com as dificuldades. Tais estratégias são geralmente associadas ao tema da espiritualidade e religiosidade e vêm se fazendo presente no cotidiano das pessoas,

<sup>68</sup> ESPINHA et al., 2013, p. 99.

<sup>69</sup> ROCHA, Ana Carolina Albiero Leandro da; CIOSAK, Suely Itsuko. Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP*, v. 48, n. 2, 2014. p.93.

<sup>70</sup> EVANGELISTA, Carla Braz et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. Rio de Janeiro: *Esc. Anna Nery*, v. 20, n. 1, 2016. p. 177.

<sup>71</sup> LUENGO, Camila de Moura Leite; MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. Brasília: *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 2, 2014. p. 385.

principalmente quando se encontram em situações de fragilidade devido à doença<sup>72</sup>.

Nada obstante, levando em consideração que os grupos religiosos estimulam o abarcamento entre seus componentes e isso vem a contribuir para a partilha de experiências vividas, a religião tem proporcionado comodidade aos familiares, além de ser um método de apoio quando se deparam com problemas pessoais e de saúde. A religião proporciona ainda, interação social e apoio entre a família e os demais componentes da comunidade. Deste modo, nota-se que, além do doente, a ligação entre religião e espiritualidade é equivalentemente favorável aos familiares que vivem com o portador da patologia<sup>73</sup>.

É comum as pessoas dependerem de crenças e de práticas religiosas para lidar com circunstâncias estressantes da vida, perda de entes queridos e perda de saúde ou de independência. Com frequência, elas dizem que tais crenças e práticas oferecem um senso de controle e as ajudam a se adaptarem mais rapidamente a situações difíceis. A religião também é uma fonte importante de suporte social, sobretudo para idosos, minorias e pessoas com problemas de saúde. Além disso, as crenças e os ensinamentos religiosos incentivam as pessoas a tomarem melhores decisões, que ajudam a reduzir a probabilidade de estarem em situações altamente estressantes (encarcerados, divorciados, infelizes no casamento). Essas crenças podem, muitas vezes, reduzir comportamentos de saúde negativos, como consumo excessivo de álcool, uso de drogas, tabagismo e promiscuidade sexual. Finalmente, o envolvimento religioso aumenta a probabilidade de que as pessoas sejam generosas com o tempo (voluntariado) e as finanças, ajudando o próximo e participando de atividades altruístas e pró-sociais<sup>74</sup>.

Com isso, pode-se perceber que a espiritualidade contribui de forma significativa para a melhoria da saúde. Por acarretar perdão, esperança, longanimidade e amor, ocorre uma maior satisfação no estado psicológico e, portanto, melhor artifício para se deparar com dificuldades e diminuição do estresse, o que provoca estabilização das funções orgânicas equilibradas pelo sistema nervoso, como produção de hormônios e a imunidade<sup>75</sup>.

Sob outra perspectiva, enxergando o indivíduo como um ser biopsicossocioespiritual, constitui pensar no atendimento ao ser humano de forma

<sup>72</sup> CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. Rio de Janeiro: *Esc. Anna Nery*, v. 23, n. 2, 2014. p. 137.

<sup>73</sup> SOUZA JUNIOR, Eli Ávila et al. Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. Brasília: *Rev. Bioét.*, 2015. p. 616-617.

<sup>74</sup> KOENIG, 2012b, p. 67.

<sup>75</sup> SAAD et al., 2008, p. 351.

integral, no qual os profissionais de saúde devem levar em consideração a espiritualidade dos pacientes. Nos últimos tempos, as ciências da saúde contribuíram significativamente na cura de doenças e no aumento da expectativa de vida. O progresso na tecnologia tem influenciado positivamente no tratamento de patologias que acometem o indivíduo, e se for levado em consideração os aspectos mentais, físicos, sociais e espirituais, os resultados serão ainda maiores<sup>76</sup>.

Nem todos os motivos para abordar questões espirituais na prática clínica dependem de pesquisa que demonstre taxativamente que a religião influencia a saúde. A aplicação é por motivos bastante práticos: muitos pacientes são religiosos, têm crenças religiosas e tradições relacionadas à saúde e problemas de saúde que, com frequência, dão origem a necessidades espirituais. Muitas vezes, as crenças religiosas influenciarão o tipo de assistência médica que os pacientes lidam com a doença e derivam significado e propósito quando se sentem mal fisicamente ou não são capazes de fazer atividades que costumavam dar-lhes prazer e alegria. Essas crenças ajudam os pacientes a manter a esperança e a motivação na direção do autocuidado em meio a circunstâncias devastadoras. Os pacientes, sobretudo quando hospitalizados, podem estar isolados de sua comunidade religiosa e, como as necessidades espirituais normalmente surgem durante esses momentos, os provedores de saúde devem reconhecer e encaminhar tais necessidades<sup>77</sup>.

Neste aspecto, pode-se perceber que a cada hora que passa, a religião vem sendo usada pela população como um das maneiras de propagar e implementar a integração das dimensões lógicas, emocional, sensitiva e intuitiva. É evidente que os familiares de indivíduos que estejam enfrentando períodos de patologia ou o falecimento de pessoas queridas, na maioria das vezes buscam consolo, esperança e sustentáculo na religião, e utilizam para tal, as orações e promessas. Assim sendo, é recomendável que a questão da religiosidade seja englobada na assistência à saúde, nas pesquisas e estudos a respeito das asserções de políticas de cuidados à saúde, haja vista que, o ser humano deve ser entendido e assistido, tendo como base o âmbito biopsicossocial<sup>78</sup>.

Boas razões existem para se identificar e se abordar as necessidades espirituais dos pacientes. Muitos deles são religiosos e usam as crenças e práticas religiosas para enfrentar suas doenças. Por causa disso, as crenças religiosas geralmente influenciaram as decisões médicas, especialmente as feitas quando a doença é grave ou terminal. Muitos

<sup>76</sup> DAL-FARRA, 2010, p. 591.

<sup>77</sup> KOENIG, 2012b, p. 23.

<sup>78</sup> VERAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. Maringá: *Psicol. estud.*, v. 15, n. 2, 2010. p. 326.

pacientes gostariam que seus médicos abordassem as suas necessidades espirituais e os apoiassem nessa área, especialmente quando a gravidade da doença aumenta. Além disso, os resultados de um número crescente de pesquisas mostram que, na maioria dos casos, crenças e práticas religiosas estão relacionadas à melhor qualidade de vida e saúde<sup>79</sup>.

Portanto, é de extrema importância que colaboradores que executam suas atividades laborais voltadas para a área da saúde, principalmente médicos e enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes, não entendam somente a aceção da religiosidade e espiritualidade para o enfermo, mas também em que grau as patologias podem interferir na forma de enfrentamento, com o intuito de no método clínico, os anseios com os aspectos da espiritualidade possam verdadeiramente ser elementos do cuidado integral<sup>80</sup>.

Um aspecto relevante a ser ponderado é a importância conferida pelos médicos e profissionais de saúde ao conhecimento e incentivo da prática espiritual do paciente, visando à melhoria de sua qualidade de vida. Em 2006, estudo realizado nos Estados Unidos alertou para o fato de que os pacientes esperam que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) lhes perguntem sobre sua espiritualidade e mobilizem recursos espirituais no cuidar. Quando o tema da espiritualidade foi levado por um capelão aos pacientes da unidade de diálise sob sua assistência religiosa, verificou-se melhora geral na atuação da equipe e na resposta aos anseios espirituais dos pacientes<sup>81</sup>.

Por fim, a religião e espiritualidade são de grande importância na vida humana, pois têm influência positiva no estado de saúde física e mental, uma vez que, instruem e exigem de seus fiéis, condutas de amparo, e de condução à saúde e promoção da qualidade de vida. Assim sendo, a pessoa abandona o tabagismo e o uso de álcool, e passa a ter ações prosaicas como a oração, ou meditação, que proporcionam consolo emocional e diminuição do estresse<sup>82</sup>.

#### 1.4 Resumo

Neste capítulo foi descrito o elo histórico existente entre religião, espiritualidade e saúde, haja vista que, tal elo vem desde tempos remotos e têm

<sup>79</sup> KOENIG, 2012a, p. 28-29.

<sup>80</sup> CHAVES, Erika de Cássia Lopes; CARVALHO, Emília Campos de; HASS, Vanderlei José. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. São Paulo: *Acta paul. enferm.*, v. 23, n. 2, 2010. p. 269.

<sup>81</sup> SOUZA JUNIOR et al., 2015, p. 617.

<sup>82</sup> MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Brasília: *Rev. bras. enferm.*, v. 65, n. 2, 2012. p. 366.

suas linhagens histórico-culturais presentes, por exemplo, em rituais indígenas, crenças gregas e em escritos bíblicos. Todavia, o monoteísmo cristão era apontado pelo poder de Deus sobre os indivíduos, em que Deus passou a ser o Senhor da saúde e da doença e não somente da vida e da morte, no qual, quando não se obedecia à lei sublime era dada a doença como punição e a saúde como recompensa. O primeiro hospital no mundo ocidental foi construído na Cesareia (atual Turquia) e era chamado Basileiras e oferecia tratamento aos doentes, pobres e leprosos. Os enfermos eram atendidos por pastores e monges que naquela época eram considerados médicos, e durante um bom tempo as principais universidades eram controladas pelas igrejas cristãs.

Em seguida foram abordados conceitos, sendo a religião compreendida como uma prática institucionalizada de um preceito de crenças, ritos e símbolos, partilhados por uma comunidade. Já a espiritualidade pode ser compreendida como uma busca subjetiva por significado e sentido maior no viver e sua analogia com o sagrado e o transcendental, podendo estar ligada ou não a uma religião formalizada ou denominação religiosa. Tendo em vista que a religião e espiritualidade estejam vinculadas à percepção de saúde, a OMS conceitua a saúde como sendo um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não somente a ausência de doença.

Ademais, foi explanada a relação existente entre religião, espiritualidade e saúde, sendo esta relação benéfica ao ser humano e ainda pode favorecer a saúde física e mental dos indivíduos, no qual pode intervir nos elementos que prejudicam a assistência à saúde, associados há baixas taxas de depressão, ansiedade, suicídio; e melhora no bem-estar, propósito e sentido à vida, entre outros.

Para melhor compreensão da relação existente entre religião, espiritualidade e saúde, o próximo capítulo faz menção à religião e espiritualidade utilizadas pelos pacientes como forma de enfrentamento/coping da hospitalização, sua interferência no processo saúde-doença e os aspectos benéficos da religião e espiritualidade para a saúde humana.

## 2 O PACIENTE E O ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO

### 2.1 A religião e a espiritualidade diante do processo saúde-doença

Uma condição de doença, ou de saúde, dificilmente é originada por motivos singulares que atuem imediata ou diretamente. Ao longo do tempo, a patologia e o bem-estar tendem a se potencializar devido há alguns fatores que atuam de forma concomitante, sendo que, esses fatores podem ser vistos como uma ligação de um fator com potencial salutar à saúde, como a religião, com a saúde e o bem-estar consecutivamente. De forma similar, a religião e espiritualidade influenciam na saúde, seja em sua dimensão física ou psíquica o que está diretamente ligado ao processo saúde-doença<sup>83</sup>.

A expressão saúde incorporou diversos sentidos que variaram com a época e com os grupos sociais, e, por muito tempo, foi colocada em oposição ao conceito de doença, até a compreensão de que esses dois termos, apesar de se tratarem de coisas diferentes, são, ao mesmo tempo, indissociáveis; e, sendo assim, a saúde se manifesta como uma constante busca de equilíbrio para superar o processo de adoecimento<sup>84</sup>.

Todavia, embora a OMS em uma resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999, ter conceituado a saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>85</sup>, fez com que no decorrer do tempo, a noção de saúde como escassez de doença, estabelecida no modelo biomédico, fosse vastamente propagada pela medicina, e, hoje em dia, norteia não apenas o consenso, como ainda, vários outros estudos e produção na área da tecnologia em saúde, especialmente as pautadas nos progressos na área diagnóstica<sup>86</sup>.

A Carta de Otawa, criada no ano de 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, correlaciona a definição de saúde a de qualidade de vida, no qual sofre influência de elementos políticos, do meio ambiente, da

<sup>83</sup> LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde*. Explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Editora Cultrix, 2001. p. 26.

<sup>84</sup> OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. *Botucatu: Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 54, 2015. p. 551.

<sup>85</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, p. 04.

<sup>86</sup> BATISTELLA, Carlos. *Abordagens contemporâneas do conceito de saúde*. In: FONSECA, Angélica Ferreira, CORBO, Anamaria D'Andrea, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 57.

economia, cultural, social, biológicos e de comportamento<sup>87</sup>. Além disso, a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, integrou essa definição, compreendendo, também, a saúde como direito fundamental do ser humano<sup>88</sup>.

Nesse enfoque, realizar atendimento de saúde às pessoas exige muito mais do que apenas as práticas clínicas, desencadeia a inevitabilidade de ações no campo de todas as categorias que envolvem o processo saúde-doença, entendido como um processo social constatado pela relação dos seres humanos com a natureza e com outros seres humanos, num espaço geográfico e num tempo histórico<sup>89</sup>.

Com base nesses conceitos, compreende-se que, em meio a outros aspectos, o grau de conhecimento de uma população interfere de maneira direta no processo saúde-doença por meio de vários modos: na habilidade de percepção das informações pertinentes à saúde, na compreensão dos problemas ligados à saúde, na procura e uso dos serviços de saúde, na adesão de um estilo de vida saudável e os métodos terapêuticos<sup>90</sup>.

O conhecimento sobre saúde, mesmo que elementar, é imprescindível para que o sujeito possa contribuir de forma positiva no processo saúde-doença. É a partir do empoderamento de informações que as pessoas podem exercer, efetivamente, o seu direito à cidadania, e, conseqüentemente, à saúde<sup>91</sup>.

A Carta de Ottawa salienta ainda que “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”<sup>92</sup>. Portanto, obter saúde demanda um modo de viver saudável para alcançar o bem-estar e isso envolve o indivíduo como um todo, logo o departamento de saúde não pode assumir essa responsabilidade sozinho. Nesse

<sup>87</sup> OMS, 1986, p. 01.

<sup>88</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, 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: Senado Federal, 1990. p. 01.

<sup>89</sup> TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopes; FERREIRA, José Henrique Germann. *Planejamento em saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. p. 11.

<sup>90</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Determinantes Sociais da Saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 01.

<sup>91</sup> OLIVEIRA et al., 2015, p. 552.

<sup>92</sup> OMS, 1986, p. 01.

sentido, com o intuito de beneficiar a saúde, a população e as pessoas necessitam aprender a prestar cuidados a sua própria saúde. Tal ato precisa exigir das pessoas e dos grupos a habilidade de assinalar os seus enigmas, atender as suas demandas, transmutar ou adequar-se ao ambiente e, por conseguinte, chegar ao bem-estar<sup>93</sup>.

[...] a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em outras palavras, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações<sup>94</sup>.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 3º menciona os fatores determinantes e condicionantes da saúde que influenciam no processo saúde-doença:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais<sup>95</sup>.

Assim, dada à importância dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no processo saúde doença, a OMS em 2005, criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde com a finalidade de, em nível internacional, promover uma reconhecimento da importância dos determinantes sociais no estado de saúde das pessoas, comunidade e a respeito da inevitabilidade do combate às parciais em saúde por eles originadas<sup>96</sup>.

<sup>93</sup> MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein et. al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rio de Janeiro: *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 1, 2009. p. 112.

<sup>94</sup> LISBOA, Carlos Alberto; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira; ALMEIDA Eurivaldo Sampaio de. *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda, 1998. p. 11.

<sup>95</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de setembro de 1990, 1990, p. 01.

<sup>96</sup> BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI-FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Rio de Janeiro: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, 2007. p. 88.

De acordo com a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, os Determinantes Sociais da Saúde incluem:

[...] as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras estão também condicionadas pelos DSS. Sabe-se hoje, também, que a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos<sup>97</sup>.

Além disso, cabe salientar as circunstâncias e os meios imprescindíveis para a saúde, são eles: a paz, moradia, acesso a educação, alimentação, provento, ecossistema sólido, meios sustentáveis, justiça social e igualdade. O acréscimo nas situações de saúde demanda um pilar sólido nestes pré-requisitos fundamentais<sup>98</sup>.

Em contrapartida, saúde e doença são conceitos passíveis de frequente análise e modificação, pois não são estados ou circunstâncias sólidas, mas conceitos categóricos. Há pouco tempo atrás a doença era descrita como "ausência de saúde", estando a saúde descrita como "ausência de doença", sendo que tais conceitos não eram elucidativos. Descrições mais versáteis sejam de saúde ou de doença ponderam vários aspectos causadores da doença e da preservação da saúde, como fatores biológicos, sociais e psicológicos<sup>99</sup>.

Albuquerque menciona que, mesmo com diversos progressos nos estudos da área biomédica, a utopia de alcançar ou manter uma saúde física e mental se mantém justamente nisso, uma utopia que, além disto, vale a pena persistir frente aos efeitos da doença nas pessoas e na comunidade. Desta forma, a existência ou inexistência de doença é um enigma individual e social. É individual, porque a habilidade pessoal para laborar, ser prolífico, amar e distrair-se está diretamente ligada com a saúde física e mental do indivíduo. É social, porque a doença de um indivíduo pode afetar expressivamente outras pessoas, como amigos, familiares e colegas.

<sup>97</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 01.

<sup>98</sup> OMS, 1986, p. 01.

<sup>99</sup> ALBUQUERQUE, 2002, p. 26.

Ademais, o processo saúde-doença se caracteriza como um método diligente, heterogêneo e de múltiplas dimensões, pois abrangem dimensões psíquicas, biológicas, políticas, socioculturais, espirituais, ambientais, econômicas, por fim, é possível perceber uma abstrusa articulação quando se refere à saúde e doença de um indivíduo, comunidades ou de um grupo social<sup>100</sup>.

[...] o que significa esse processo saúde-doença e quais suas relações com a saúde e com o sistema de serviços de saúde? Em síntese, em termos da determinação causal, pode-se dizer que ele representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade<sup>101</sup>.

Nesse ínterim, o processo saúde-doença é uma definição essencial da propositura de epidemiologia igualitária, que busca assinalar a saúde e a doença como artefatos constituídos de maneira diligente nas espécies sólidas da vida dos indivíduos e dos distintos grupos igualitários. Cada condição de saúde própria, subjetiva ou comunitária, é o desfecho, em dado período, de um conjunto de determinantes culturais, históricos, sociais, biológicos e econômicos<sup>102</sup>.

O processo saúde-enfermidade é resultante da produção social do espaço. O indivíduo, ou grupo de indivíduos, transforma, interatua e desenvolve ambientes naturais, biológicos, culturais, políticos e econômicos, que serão determinantes no processo saúde-enfermidade. Igualmente, o processo saúde -enfermidade ocorre em uma área e em um momento determinados, onde as interações e a produção do ambiente sofrem a influência de fatores diversos<sup>103</sup>.

Entrementes, a definição de saúde-doença associada à religiosidade desempenha uma influência robusta na população, que por várias vezes relaciona à doença há uma punição divina, vista como algo que se adentra no organismo do ser humano como consequência do pecado, e, ao oposto, a saúde como um presente divino<sup>104</sup>.

<sup>100</sup> CRUZ, Marly Marques da. *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 28.

<sup>101</sup> LISBOA, 1998, p. 11.

<sup>102</sup> CRUZ, 2011, p. 29.

<sup>103</sup> PAREJA, Juliana Maria Damelines et al. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde - doença familiar. São Paulo: *Saude soc.*, v. 25, n. 1, 2016. p. 138.

<sup>104</sup> SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Rio de Janeiro: *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, 2007. p. 30.

Contudo, o indivíduo considerado como um ser pensante, se atenta ao fato de buscar compreender o real sentido da vida e da morte, o motivo pelo qual ele está presente no mundo, buscando meios para conseguir enfrentar as dificuldades provindas da vida. Tais meios, normalmente estão ligados à religião e espiritualidade que cada vez mais vem estando presente no dia a dia dos indivíduos, especialmente quando os mesmos se deparam com circunstâncias de fragilidade em virtude da patologia<sup>105</sup>.

Neste aspecto, atualmente é possível perceber um aumento significativo do interesse acerca da analogia existente entre a saúde e religião dentro das ciências comportamentais, sociais e da saúde. No que diz respeito a ciências da saúde, os estudos atestam sobre a influência que a religião pode ter no processo saúde/doença e destacam sua importância enquanto uma forma de enfrentamento na experiência de tal processo<sup>106</sup>.

A religião ou crenças e práticas religiosas podem ser determinantes do processo saúde-doença na medida em que prega a adoção de hábitos e de comportamentos saudáveis que beneficiam aqueles que os praticam. Algumas práticas religiosas trazem efeitos salutares de saúde física e mental. Estas práticas geram reflexões nos membros da família e, por vezes, têm um papel importante na prevenção de doenças<sup>107</sup>.

Com relação a assistência à saúde, fatores de risco estão associados a peculiaridades singulares ou sociais que induzem o indivíduo a tornar-se exposto a uma determinada circunstância; e fatores de proteção estão relacionados a estas mesmas peculiaridades, porém tem certa relação com a diminuição da vulnerabilidade. Nesse enfoque, a religião é assinalada como um fator de risco, bem como um fator de proteção; o que o habilita é o comportamento que os indivíduos apresentam quando estão expostos a determinadas circunstâncias<sup>108</sup>.

Como forma de exemplificar, “a oração e a fé beneficiam a saúde, são terapêuticos”, e “as práticas religiosas conseguiriam interferir no processo saúde-doença ao alcançarem acepções de integração ou ainda de desintegração.” Conhecimentos sobre a religião são extremamente formidáveis uma vez que têm

<sup>105</sup> CERVELIN, 2014, p. 137.

<sup>106</sup> SANTOS, Wagner Jorge dos et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 8, 2013. p. 2320.

<sup>107</sup> BOUSSO, Regina Szylit et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP*, v. 45, n. 2, 2011. p. 399-400.

<sup>108</sup> GUSSI, Maria Aparecida; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Brasília: *Rev. bras. enferm.*, v. 61, n. 3, 2008. p. 381.

uma ampla significação nas fases de nascimento, morte e um olhar sobre saúde e doença.

A capacidade de achar sentido no sofrimento e a fé na providência de Deus são princípios espirituais importantes para o enfrentamento e superação de problemas graves. Muitos pacientes, por exemplo, se tornam saudáveis somente após enfartar. A partir dessa ocorrência, abandonam o cigarro, diminuem o consumo de bebidas alcoólicas, reconciliam com a esposa e filhos, voltam para a igreja, controlam o estresse, a pressão, o diabetes e iniciam atividades físicas. O resultado final é uma saúde física, social, mental e espiritual melhor. Esse é o verdadeiro significado do sofrimento causado pelo infarto (aprendizado). É a providência de Deus levando ensinamento ao paciente e à sua família<sup>109</sup>.

Assim, a religião e espiritualidade têm se tornado cada vez mais relevantes no processo saúde-doença, nos cuidados à saúde dos indivíduos e tem sido vista como um intenso protótipo a ser constituído no exercício cotidiano dos trabalhadores da área da saúde. A religiosidade e a espiritualidade são extremamente importantes na prestação de cuidados terapêuticos e pautados na dor, com o intuito de abranger a totalidade na assistência à saúde do ser humano, uma vez que o método religioso jamais precisa substituir o método médico, mais sim complementá-lo<sup>110</sup>.

Fornazari e Ferreira fazem alusão ainda ao fato de que a patologia induz o indivíduo a encontrar-se com seus princípios e com pontos como a essência e a vicinalidade da morte. Nessa concepção, a religiosidade e a espiritualidade atentam para o fato de se empenhar na constituição desta nova questão explanada para o paciente, fazendo com que o mesmo procure entender a própria patologia, a aflição, a morte e a vivência.

## 2.2 Benefícios da religião e espiritualidade na saúde humana

Há um amplo entendimento entre os profissionais das ciências sociais, psicólogos e filósofos sociais, em que eles reconhecem a religião como um fator formidável de significado e estruturação da vida, sendo que, a religião é essencial especialmente quando o indivíduo passa por períodos impactantes. Os problemas espirituais, afetuosos e sociais são litígios relevantes na vida de todo ser humano, e

<sup>109</sup> CAMPOS, 2011, p. 40.

<sup>110</sup> FORNAZARI, Sílvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. Brasília: *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 26, n. 2, 2010. p. 266.

a primordial delas, são os problemas relacionados à saúde, no qual os mesmos fazem com que a pessoa passe a frequentar igrejas, templos e recorrer, além disso, aos santos, pois os indivíduos passam a enxergar a religiosidade como um pronto socorro de atendimento holístico. Assim sendo, ocorre à procura pelo consolo do sofrimento, devido há uma determinada desesperança que surge na vida de quem está enfermo<sup>111</sup>.

É evidente que a religião pode trazer benefícios a essa experiência como, por exemplo, suporte social, emocional, motivação e esperança. Estas são estratégias de enfrentamento utilizadas pela família nas situações estressantes de doença e morte. A religiosidade é parte relevante da vida de muitas famílias e não pode ser negligenciada no contexto da doença. Não se trata de defesa do uso de religiosidade no enfrentamento como instrumento ou recurso, mas sim de sua valorização quando a família possui crenças religiosas e já faz uso desta em sua vida<sup>112</sup>.

Os aspectos benéficos entre saúde e espiritualidade estão expressivamente vinculados às patologias, posto que estabelece elementos que os indivíduos procuram para se revigorar diante dos infortúnios impostos pelo estado patológico. O HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida), por sua típica peculiaridade de ser uma patologia infectocontagiosa, ganha grande destaque neste universo uma vez que, atualmente dentro do seguimento científico, é considerada uma patologia crônica, além de carregar em seu contexto histórico uma aglutinação de princípios sociais e morais que abrangem, até mesmo, assuntos religiosos<sup>113</sup>.

Do ponto de vista geriátrico, percebe-se que a população idosa dá muita importância e especial significado aos aspectos religiosos, especialmente em meio aqueles que enfrentam problemas ou algum tipo de circunstância que causa sofrimento, seja por patologia ou pelas implicações adquiridas por ela. As conjunturas de perdas, decréscimo da saúde, abdução do mercado de trabalho e acontecimentos não controláveis podem surgir em decorrência das modificações físicas, psicológicas e sociais, que são usais aos idosos, sendo que o enfrentamento de maneira eficaz pode ser adquirido por meio das práticas religiosas e crenças espirituais<sup>114</sup>.

<sup>111</sup> MURAKAMI, 2012, p. 362.

<sup>112</sup> BOUSSO, 2011, p. 402.

<sup>113</sup> FERREIRA, 2012, p. 384.

<sup>114</sup> SANTOS, Neyde Cintra dos; ABDALA, Gina Andrade. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 17, n. 4, 2014. p. 796.

Religião e espiritualidade são recursos utilizados com frequência por idosos diante de diversos problemas, especialmente quando se trata de doenças. No trabalho realizado na enfermaria geriátrica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo é comum ouvir frases como “se Deus quiser vou melhorar”, “estou me sentindo melhor, graças a Deus”, “é preciso ter fé em Deus para melhorar”. Tais frases apontam para a relação da religião ou espiritualidade com otimismo, esperança de melhora, na busca de força num ser superior que possa auxiliar. Esta fé ajuda a enfrentar procedimentos invasivos, a alimentar-se mesmo quando não há apetite algum, como se a crença fosse que Deus já vai fazer sua parte, então, cabe ao paciente cooperar e fazer a dele<sup>115</sup>.

No âmbito da significância existencial, a espiritualidade pode ser vivenciada na velhice sendo que, a mesma por vezes é apontada como uma das saídas para lidar com situações difíceis, constituída de condições emocionais e motivacionais. A religiosidade e espiritualidade podem potencializar positivamente o senso de desígnio e significância da vida, que são relacionados à maior habilidade do indivíduo em obter resposta prosaica às demandas habituais<sup>116</sup>.

Gutz salienta que a ligação com Deus ou com uma força sobrenatural, é vista como um elemento essencial da espiritualidade, sendo agregada ao eu e a respectiva maneira de ser na vida. Assim sendo, pode-se concluir que a espiritualidade colabora para o bem-estar na velhice, favorecendo a recuperação e o envelhecimento próspero. A felicidade total e a saúde física podem estar ligadas a determinadas condutas e crenças espirituais e religiosas, dado que desestimulam o engajar em condutas pouco salutíferas.

Com relação às doenças cardiovasculares, há uma analogia prosaica entre religião/espiritualidade e patologias do sistema cardiovascular, das quais se sobressai menores percentuais de quadros depressivos e de ansiedade, aumento da sobrevida, diminuição dos níveis da pressão arterial e de complexidade no pós-operatório. Portanto, com o uso das crenças religiosas e espirituais, os indivíduos acometidos por essas patologias podem ter resultados positivos em sua terapêutica, até mesmo conforto<sup>117</sup>.

No que tange ao consumo de drogas psicotrópicas, a religiosidade vem sendo visivelmente reconhecida tanto no Brasil quanto em países estrangeiros como um

<sup>115</sup> DUARTE, 2011, p. 50.

<sup>116</sup> GUTZ, 2013, p. 794-795.

<sup>117</sup> PONTE, Keila Maria de Azevedo et al . Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. Rio de Janeiro: *Esc. Anna Nery*, v. 16, n. 4, 2012. p. 669.

aspecto de proteção ao consumo de drogas. As autoras Sanchez e Nappo mencionaram que na Irlanda foi realizado um dos estudos mais remotos no que diz respeito ao vínculo que existe entre a religiosidade e as drogas, em que a amostragem foi de 458 universitários daquele país. Os resultados deste estudo apontaram elevada consumação de álcool em meio aos estudantes com menor crença em Deus e menor constância aos cultos religiosos<sup>118</sup>.

Estudos quantitativos epidemiológicos associam a religiosidade a menor consumo de drogas e a melhores índices de recuperação para pacientes em tratamento médico para dependência de drogas. Estudo qualitativo no Brasil identificou que a maior diferença entre adolescentes usuários e não-usuários de drogas psicotrópicas, de classe socioeconômica baixa, era a sua religiosidade e a de sua família. Observou-se que 81% dos não-usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração e que apenas 13% dos usuários de drogas faziam o mesmo<sup>119</sup>.

No entanto, o fato de reabilitar é um método que visa reintegrar uma pessoa novamente ao convívio social ou restaurar o ser humano que esteja envolvido com a hostilidade ou com ações ilícitas. Pesquisadores e líderes religiosos mencionam que isso pode acontecer através da remoção da pessoa do universo do crime e por sua inserção em projetos que o conduz para a “conversão” a partir da “aceitação da palavra de Deus”. No ponto de vista dos líderes religiosos, por intermédio da profilaxia e da reabilitação, a religião torna-se um meio de desestimular as pessoas há se envolverem com ações ilícitas e para a sua inserção em uma vivência traçada por princípios sublimes. Através de trabalhos de cunho social, educativos, profissionalizantes, de inserção no mercado de trabalho, dentre outros, muitas igrejas estão realizando atos de profilaxia e reabilitação em diferentes cidades do Brasil, especialmente nos lugares mais pobres dos perímetros urbanos, sendo que vários desses atos têm o Estado como financiador e cofinanciador. Algumas tratam uma totalidade de problemas da violência, outras estão focadas para o fato de promover saúde e diferentes direitos<sup>120</sup>.

Ribeiro afirma que, atualmente há diversos estudos no âmbito acadêmico que abordam essa temática. Nos campos da Saúde Pública e das Ciências Sociais, sobretudo a partir do decênio de 1970 e 1980, sobressaem-se análises sobre

<sup>118</sup> SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. São Paulo: *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 34, sipl. 1, 2007. p. 74.

<sup>119</sup> SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. São Paulo: *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 2, 2008. p. 266.

<sup>120</sup> RIBEIRO, 2014, p. 1774.

experimentos de cura de patologias e recuperação de doenças com base nas crenças religiosas. Em boa parte desses estudos, a religiosidade é abordada em caráter crítico pela forma de salvamento, ainda que tenha neles adequada aceitação quanto ao êxito das ações religiosas na recuperação de alcoólatras, de usufrutuários de drogas e de enfermos.

No que corresponde à oncologia, percebe-se que mesmo com os progressos alcançados nesta área, o câncer trás ainda uma idealização de óbito e finitude, adicionadas às experiências de limitações nos movimentos corporais, algias e consternações, que causam interrogações dos princípios e da concepção vivencial. Nesses períodos em que o paciente passa por uma fase de ressignificação, a religião e espiritualidade podem trazer grande eficácia, por um lado, aperfeiçoando sua qualidade de vida e, por outro lado, colaborando para a redução das vivencias negativas ocasionadas pelo câncer<sup>121</sup>.

[...] a espiritualidade denomina uma qualidade do indivíduo cuja vida interior é orientada para Deus, o sobrenatural ou o sagrado que se move para além da ciência e da religião instituída. Sendo assim, a espiritualidade tem sua importância, pois é quem fortalece e conforta o indivíduo, podendo tornar-se uma preocupação maior do que a morte que se aproxima. Pacientes com câncer avançado frequentemente enfrentam sofrimento físico, social e manifestações depressivas, bem como a dor espiritual no contexto dos cuidados paliativos. Compreender a estrutura espiritual do paciente e da família pode ajudar a assegurar que a dor e o sofrimento, vivenciados por ambos, possam ser controlados, reafirmando a vida e considerando a morte como processo natural sem acelerar ou postergá-lo<sup>122</sup>.

Pesquisas com mulheres do Brasil assinalaram equiparações positivas em meio ao suporte social e espiritualidade com o modo de enfrentar beneficemente o câncer de mama. De maneira análoga, a fé foi estimada como um meio de conforto e segurança para as portadoras de câncer cérvico-uterino<sup>123</sup>.

No que se refere à saúde mental, a ligação existente entre religiosidade e saúde tem provocado mudanças na área médica, especialmente no campo psiquiátrico. A Associação Americana de Psiquiatria em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - IV) realizou algumas alterações e acrescentou novidades no que se refere há abordagens culturais e religiosas ou espirituais. Esse manual traz um segmento que tem como título "Considerações

<sup>121</sup> GOBATTO, 2013, p. 14.

<sup>122</sup> SILVA, Joicilene Oliveira da et al . Spiritual dimension of pain and suffering control of advanced cancer patient. São Paulo: *Rev. Case report*, v. 16, n. 1, 2015. p. 72.

<sup>123</sup> GOBATTO, 2013, p. 14.

éticas e culturais" que possui orientações para melhor habilitar os profissionais médicos que estão diretamente ligados aos pacientes nas mais distintas circunstâncias socioculturais, com o intuito de abster que modificações de crenças, experiências ou condutas religiosas, sejam explicadas como psicopatológicas<sup>124</sup>.

Nessa prerrogativa, Murakami relata que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais proporciona uma nova classe diagnóstica chamada Problema Espiritual ou Religioso e tem a finalidade de contribuir para a diversificação entre doenças mentais e a expressividade da religião. O elo existente entre a religião e psiquiatria pode contribuir significativamente com os profissionais que atuam na área de saúde mental, uma vez que pode auxiliar os mesmos a descobrirem habilidades que permitam o melhor entendimento dos aspectos religiosos que interferem na saúde dos enfermos.

O tratamento da doença mental, assim como sua etiologia, envolve fatores objetivos e subjetivos. Entre os fatores subjetivos não raro sintomas como alucinações e delírios são explicados e apontados como fruto de desordens espirituais, tais como 'encosto', 'mau olhado', 'possessão', que são validadas por modelos explicativos elaborados e estruturados tanto pelo doente quanto por seus familiares e membros de sua rede social de apoio. Utilizando símbolos e significados próprios de cada religião, o tratamento oferecido pelas agências religiosas constantemente é procurado pelos indivíduos doentes e seus familiares. O papel do apoio social dessas agências é um dado real, seja como local de referência e aceitação ou pelo apoio social que seus membros oferecem<sup>125</sup>.

Outrossim, entre os habitantes dos Estados Unidos (EUA), o fato de envolver-se com a religião é difuso, e a mesma é utilizada com frequência para enfrentar particularmente as patologias e o estresse psicológico. A religiosidade pode auxiliar na profilaxia e no desenvolvimento da depressão, eleva a fugacidade de remissão da depressão e pode contribuir com os indivíduos que se deparam com a depressão tida como uma patologia crônica<sup>126</sup>.

Fazendo menção aos portadores de doença renal crônica, é visto que os mesmos precisam conciliar não apenas a patologia e a sua terapêutica, mas também os vários enigmas fisiológicos, psicossociais e espirituais que surgem em

<sup>124</sup> MURAKAMI, 2012, p. 362.

<sup>125</sup> REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. Rio de Janeiro: *Esc. Anna Nery*, v. 16, n. 3, 2012. p. 537.

<sup>126</sup> BERK L., et al. Effects of Religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Inflammatory Markers and Stress Hormones in Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial. Londres: *Open Journal of Psychiatry*, v. 5, n. 1, 2015. p. 239.

decorrência destes. Nesse cenário, vários pacientes se apegam à fé e à religião como um meio de obter apoio e conforto diante de sua consternação. No primeiro semestre de 2010, foi realizada uma pesquisa com 123 pacientes em hemodiálise, de idade igual ou superior a 21 anos, independente de sexo e que estivessem orientados no tempo e espaço. Estes pacientes eram portadores de doença renal crônica e em tratamento no departamento de terapia renal de um hospital filantrópico de médio porte na região sul de Minas Gerais, conveniado ao SUS e referência regional para realização de hemodiálise<sup>127</sup>.

Valcanti salienta que os pacientes entrevistados nesta pesquisa, portadores de doença renal crônica e submetidos à hemodiálise, utilizavam o enfrentamento religioso/espiritual de forma expressiva e prosaica, da mesma forma que declararam a religião/espiritualidade formidável em suas vidas. De forma particular, as mulheres que realizavam tratamento há mais tempo, com maior renda familiar e que exercitavam sua religião, eram as que mais utilizavam o enfrentamento religioso/espiritual, especialmente de forma prosaica. As pessoas mais jovens utilizavam o enfrentamento religioso/espiritual de forma negativa, por mais que os mesmos tinham renda família menor e frequentavam a igreja semanalmente. Assim sendo, entre as variáveis pesquisadas, as mulheres e o fato de envolver-se com a religião, mostraram-se como variáveis que atuaram de forma positiva no enfrentamento de patologias e a renda familiar baixa interferiu de forma negativa no uso do enfrentamento religioso/espiritual.

Por fim, a religião ainda proporciona consolo aos integrantes da família do enfermo, e constitui um modo de apoio. A comunidade religiosa engloba seus membros e viabiliza o partilhar das vivências entre uns e outros. A exemplo disso é quando as famílias tem alguma criança enferma, e pode-se notar que os membros da comunidade religiosa se mobilizam em prol da criança<sup>128</sup>.

Paula, Nascimento e Rocha concluem enfatizando que, além disso, a religião proporciona interação social e auxílio entre os familiares e os membros da comunidade. A religiosidade e a espiritualidade são meios de consolo e esperança, e quando há prognósticos que ameaçam à saúde da família, a espiritualidade tem auxiliado positivamente na anuência da condição inelutável. A religiosidade

<sup>127</sup> VALCANTI, et al., 2012, p. 839.

<sup>128</sup> PAULA, Érica Sempionato de; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. Brasília: *Rev. bras. enferm.*, v. 62, n. 1, 2009. p. 104-105.

proporciona um enorme apoio para os familiares, por intermédio do envolvimento da comunidade religiosa, que partilha o cuidado com a família.

### 2.3 A religião e espiritualidade como enfrentamento/coping da hospitalização

Quando o corpo adoece e o indivíduo necessita ser hospitalizado, é sabido que esse episódio causa uma desordem no sistema emocional, e com isso abrem-se fendas psíquicas que se manifestam no dizer e no fazer dentro do ambiente hospitalar. Isso traz à tona uma importante reflexão sobre a pessoa que se depara com a fragilidade humana exposta pelo fato de adoecer<sup>129</sup>, pois "[...] o sujeito humano, que é incompleto, ao adoecer tem sua fragilidade exposta para si e para o outro também; no hospital a falta aparece de forma escancarada<sup>130</sup>".

A própria hospitalização é determinada pelo fato de seu corpo estar doente e necessitar de tratamento ou exames diagnósticos que demandam sua presença no hospital. A convivência com este corpo não é uma convivência tranquila; sua preocupação não se refere à doença propriamente dita ou à sua gravidade, mas às consequências do estar doente e hospitalizada, ou seja, às modificações ocorridas em seu corpo; à dor, ao mal estar e ao desconforto; às restrições impostas<sup>131</sup>.

Vivenciar a hospitalização não é uma tarefa fácil e provoca em qualquer indivíduo, ansiedade e vários outros sentimentos negativos. Para o doente, que na maioria das vezes se depara com o medo do desconhecido e tem a impressão de estar abandonado, o hospital pode trazer grande temor por ser um ambiente novo, não comum aos locais convividos anteriormente e que contêm suas normas, princípios, rotinas, espaços e profissionais e pessoas distintas<sup>132</sup>.

Da mesma forma, os familiares dos indivíduos que se encontram hospitalizados, sofrem uma desordem em seus hábitos diários e se deparam com o sofrimento que ocasiona a desestruturação do dia a dia da família, especialmente no

<sup>129</sup> GOMES, Daniela Rodrigues Goulart; PROCHNO, Caio César Sousa Camargo. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? São Paulo: *Saude soc.*, v. 24, n. 3, 2015. p. 783.

<sup>130</sup> MOURA, G. C. M. *Urgência subjetiva e tempo: o que é isto?* In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). *Psicanálise e hospital: tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 17-21.

<sup>131</sup> RIBEIRO, Circéa Amália; ANGELO, Margareth. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, n. 4, 2005. p. 395.

<sup>132</sup> XAVIER, Thaís Grilo Moreira et al. Classe hospitalar: produção do conhecimento em saúde e educação. Marília: *Rev. bras. educ. espec.*, v. 19, n. 4, 2013. p. 612.

ambiente domiciliar, onde precisam continuar com os deveres anteriores e acrescentar tarefas e demandas financeiras provindas da hospitalização. O fato de estar doente e hospitalizado induz há uma gama de sentimentos, pensamentos e ações que sucedem o problema para vivenciar circunstâncias como: períodos de nervosismo, choro contínuo, ausência de apetite e diversas mudanças no comportamento<sup>133</sup>.

A hospitalização de um dos membros da família provoca desestruturação familiar, alteração de sua dinâmica fazendo com que ela tente se reorganizar para manter o equilíbrio. Essa reorganização está quase sempre acompanhada de sofrimento e conflitos, em que a abdicação de si para o cuidado com o outro é tão intensa que alguns interrompem a cotidianidade de sua vida para realizar o processo de acompanhamento<sup>134</sup>.

Analogamente, o processo de hospitalização, tanto para o doente quanto para a família, é visto como uma crítica e minuciosa circunstância a ser vivida. O fato de ter um membro da família internado acarreta um amplo descontrole emocional e alterações psicológicas como o estresse, que traz repercussões acumulativas no decorrer do tempo da internação, em virtude das particularidades do ambiente obscuro, dos sentimentos emergidos como, ansiedade, aflição ao ver a realização de procedimentos invasivos, tristeza, medo e dúvidas quanto ao prognóstico<sup>135</sup>.

A hospitalização é um momento complexo a ser enfrentado pelo indivíduo e traz à tona inúmeros sentimentos negativos e naturalmente associados a morte, medo da doença, dependência e provoca ampla ansiedade e estresse. O fato de estar hospitalizado torna o indivíduo mais frágil, tenso, com a impressão de estar isolado e ratifica os anseios negativos do mesmo, sendo que os aspectos depressivos tendem a aflorar ou acentuar<sup>136</sup>.

Com isso, tanto o doente quanto a família passa a utilizar o enfrentamento ou coping “(palavra inglesa sem tradução literal em português, podendo significar ‘lidar

<sup>133</sup> SILVA, Fernanda Aldrigues Crispim, et al., Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. Rio de Janeiro: *Esc Anna Nery*, v. 13, n. 2, 2009. p. 335.

<sup>134</sup> PASSOS, Sílvia da Silva Santos; PEREIRA, Álvaro; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. São Paulo: *Acta paul. enferm.*, v. 28, n. 6, 2015. p. 540.

<sup>135</sup> NOIA, Tainan de Cerqueira et al. Enfrentamento do diagnóstico e hospitalização do filho com câncer infanto-juvenil. Medellín: *Invest. educ. enferm*, v.33, n. 3, 2015. p. 469.

<sup>136</sup> SANTOS, Gorete; SOUSA, Líliliana. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. Rio de Janeiro: *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 15, n. 4, 2012. p. 757.

com’, ‘manejar’, ‘enfrentar’ ou ‘adaptar-se a’) <sup>137</sup>” que significa um conjunto de métodos cognitivos e comportamentais, que são usados pelas pessoas com o intuito de enfrentar circunstâncias relacionadas ao estresse. Quando o paciente, diante das condições adversas de saúde, passa a utilizar os aspectos religiosos como modo de enfrentamento, o mesmo está usando o coping religioso, que pode ser compreendido como a utilização de crenças religiosas para entender e encarar as fontes estressoras provindas da vida <sup>138</sup>.

Define-se como coping religioso/espiritual a utilização de crenças e práticas religiosas e espirituais como recurso para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias estressantes de vida. Estudo de revisão indica que práticas e crenças religiosas se associam a melhor saúde física e mental, com menores taxas de sintomas depressivos, ansiedade e suicídio. Resultados positivos do coping religioso/espiritual já foram descritos em relação a dor, debilidade física, doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e câncer; da mesma forma para a hepatite C e em pacientes submetidos a transplante do fígado <sup>139</sup>.

Logo, o enfrentamento/coping religioso e espiritual é entendido ainda como a utilização de crenças e condutas religiosas e espirituais que visam interferir na prevenção ou amenização dos sentimentos emocionais negativos e na resolução dos problemas existentes. Essa definição é amparada por meio de quatro pressupostos: há presença de desafio, ameaça ou dispêndio; o contexto avaliativo que o indivíduo faz da circunstância vivenciada; meios acessíveis para encarar situações estressantes e compromisso ao encarar certa experiência <sup>140</sup>.

O significado do enfrentamento religioso traçado com base na figura cognitivista do estresse e do coping é compreendido como um processo interativo na qual indivíduo e lugar instituem analogias dinâmicas, reciprocamente mútuas e idirecionais. Baseado nesse paradigma Interativo de Estresse, a definição de enfrentamento é vista como esforços comportamentais e cognitivos direcionados para a prática de buscas ou requisitos externos e internos que são mensurados como ônus aos recursos subjetivos, estando às avaliações cognitivas mediadas pela escolha das respostas de enfrentamento. Assim, a forma de raciocinar e proceder norteiam o indivíduo que irá utilizar o enfrentamento diante de circunstâncias

<sup>137</sup> PANZINI, 2005. p. 507.

<sup>138</sup> VALCANTI, 2012. p. 507.

<sup>139</sup> MARTINS, Maria Evangelista et al. Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 6, 2012. p. 1341.

<sup>140</sup> SCHLEDER, 2013. p. 72.

negativas e estressantes. Para tal, o indivíduo realiza de maneira primária uma avaliação com o intuito de averiguar as circunstâncias em sua perspectiva desafiadora, danosa e hostil, e de maneira secundária realiza uma avaliação em que são considerados os métodos disponíveis para o enfrentamento do acontecimento. As alternativas que controlam o artefato negativo e de estresse do espaço, são as repostas de enfrentamento e que conforme a sua função podem ser dispostas em dois grupos: o enfrentamento que esteja centrado no problema e o enfrentamento que esteja centrado na emoção<sup>141</sup>.

Para Santos, o enfrentamento centrado no problema faz alusão aos esforços para lapidar o relacionamento interpessoal e o ambiente à sua volta, ou comandar ou modificar os problemas. São métodos que exigem adaptação uma vez que são voltados para o real, que se destinam ao manuseio ou a transformação da circunstância que ocasiona o estresse, com o intuito de controlar ou lidar com a ameaça, dispêndio ou desafio e de encarar ou controlar a causa estressora. O enfrentamento centrado na emoção tem o objetivo de tentar substituir ou regular a consequência emocional causada pelo estresse. É resultante de artifícios de defesa e faz com que os indivíduos esquivem-se de conscientemente entrar em confronto com a real ameaça. O intuito principal é satisfazer a resposta emocional do indivíduo que se encontra frente a ocorrência de um determinado problema. Acerca da procedência do estresse, mostrar-se em atitudes de distanciamento como o fato de negar ou esquivar. O enfrentamento centrado no problema bem como o centrado na emoção está inter-relacionado, uma vez que os indivíduos ao se depararem com uma mesma circunstância estressora podem empregá-las concomitantemente.

Estratégias de enfrentamento são classificadas de acordo com suas funções e podem estar focadas no problema ou na emoção. O enfrentamento focado no problema constitui-se de estratégias ativas (planejamento e solução de problemas) de aproximação em relação ao estressor. A estratégia de enfrentamento focada na emoção tem como função a regulação da resposta emocional causada pelo estressor, podendo ser representada por atitudes como a esquiva e a negação. O enfrentamento religioso pode estar relacionado tanto às estratégias focadas no problema quanto às estratégias focadas na emoção. De forma positiva, o enfrentamento religioso está associado a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretação positiva e suporte social instrumental e emocional<sup>142</sup>.

---

<sup>141</sup> SANTOS, 2013, p. 2320.

<sup>142</sup> FORNAZARI, 2010, p. 265.

Com isso, é dada importância à duas pressuposições do processo de enfrentamento: a) o próprio indivíduo interpreta os acontecimentos segundo os significados que eles lhes conferem. Nesse aspecto, o evento propriamente dito não ocasiona uma experiência estressante, mas sim a avaliação que o indivíduo faz a respeito do evento, revelando a circunstância como negativa e estressante; b) a visão do indivíduo é influenciada pela cultura, o que esboça a avaliação da circunstância, o conjunto de informações e os conjuntos de orientação dos indivíduos no mundo, preferindo métodos de enfrentamento bem individuais para cada conjuntura sociocultural<sup>143</sup>.

O coping religioso/espiritual deve ser analisado de forma vasta e baseado em uma percepção funcional da religião e do papel que ela exerce no enfrentamento. Deste modo, é possível apontar cinco objetivos que são considerados chave da religião: busca de significado, de domínio, de consolo espiritual, de familiaridade com Deus e com os outros e de mudança de vida. Assim, por meio desses objetivos fundamentais, é possível identificar técnicas ou métodos de coping religioso<sup>144</sup>.

Um dos enfrentamentos possíveis da situação das doenças física e mental, ao lado do profano, ou secular, é o enfrentamento religioso, que utiliza recursos da ordem religiosa para entender a doença e lidar com ela. Frequentemente as urgências pessoais ou situacionais são enfrentadas pelas pessoas, ao menos em parte, com o recurso religioso de orações, promessas, peregrinações, exercícios ascéticos e ações rituais, conforme as várias religiões, inclusive cristãs. No cristianismo, em particular, uma das manifestações mais indicativas da presença do reino de Deus foram as curas físicas e algumas curas que hoje chamaríamos de psíquicas ou de psicossomáticas, curas essas muitas vezes solicitadas pelo doente ou por outras pessoas. É notável que essas curas geralmente não terminavam no bem-estar físico ou psicológico, mas apontavam para um tipo de bem-estar religioso, concretamente a libertação do pecado e a união com Deus<sup>145</sup>.

Por mais que, o conceito de coping religioso apresente uma característica positiva, o mesmo pode ser positivo bem como negativo; da mesma maneira, os métodos de coping religioso/espiritual podem ser considerados positivos e negativos. Do ponto de vista positivo, o coping religioso/espiritual proporciona meios benéficos para a pessoa, tendo a exemplo disto à busca por consolo ou auxílio em textos religiosos, buscar uma maior ligação com o transcendental e proteção de Deus, dentre outros. Já do ponto de vista negativo, o coping religioso/espiritual está

<sup>143</sup> SANTOS, 2013, p. 2320.

<sup>144</sup> VALCANTI, 2012, p. 838.

<sup>145</sup> PAIVA, Geraldo José de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. Campinas: *Estud. psicol.*, v. 24, n. 1, 2007. p. 101-102.

ligado aos meios que provocam consequências nocivas à pessoa, tendo como exemplo relacionar a condição de estresse a um castigo de Deus, incumbir a Deus a resolução de seus problemas, interrogar sua existência, dentre outros<sup>146</sup>.

As estratégias positivas são aquelas que resultam em melhoras na saúde mental, redução de estresse, "crescimento espiritual" e cooperatividade. As estratégias negativas estão relacionadas com resultados que apontam correlações negativas referentes à qualidade de vida, depressão e saúde física, como por exemplo, uma atitude de não adesão ao tratamento por acreditar em cura divina<sup>147</sup>.

Além disso, a religião e espiritualidade podem ser utilizadas pelos indivíduos como uma forma de enfrentamento diante das circunstâncias difíceis da vida, uma vez que positivamente isso pode trazer um aumento do senso de significado e desígnio da existência, que são relacionados à maior resistência ao estresse associado às patologias. Além da religião e espiritualidade, a oração traz à tona uma gama de forças positivas que favorecem o enfrentamento, e as orações de gratidão originam sentimentos de reconhecimento pelo dom da vida e provocam efeitos positivos de profundo bem-estar. O fato de o indivíduo exclusivamente pertencer a uma religião não é o que delibera as vantagens ou desvantagens da espiritualidade, enquanto ter uma "afável ligação com o ser supremo" de sua religião é o que revigora a resiliência do indivíduo<sup>148</sup>.

O impacto do enfrentamento de situações críticas acontece quando a espiritualidade do indivíduo faz parte de seus valores, ideais e crenças mais íntimos, e assim, é aplicada em seu cotidiano. Além da espiritualidade, o ato de rezar ou orar pode mobilizar energias positivas para o processo de enfrentamento e manejo da doença. A prática de fazer orações é benéfica de diversas maneiras e além de pedidos a Deus, muitas vezes são feitas orações de agradecimento, gerando sentimentos de gratidão pela vida, pela saúde, família e etc<sup>149</sup>.

Ademais, dentro do contexto de enfrentamento/coping religioso/espiritual, a equipe de saúde tem um papel formidável, pois a mesma pode proporcionar um suporte apropriado que tem o intuito de auxiliar o indivíduo no enfrentamento da doença. No ambiente hospitalar, os profissionais de enfermagem e os médicos são os que mais permanecem com os pacientes, portanto os mesmos irão estar diante

<sup>146</sup> VALCANTI, 2012, p. 839.

<sup>147</sup> FORNAZARI, 2010, p. 265-266.

<sup>148</sup> ROCHA, 2014, p. 93-97.

<sup>149</sup> ROCHA, 2014, p. 96.

do desafio de interpretar a conduta espiritual do indivíduo que está doente e reconhecer a intervenção do mesmo no enfrentamento de processos fundamentais ou problemas de saúde<sup>150</sup>.

Valcanti salienta que, a equipe de enfermagem se destaca nos cuidados ao paciente e que boa parte do tempo são estes que permanecem junto aos mesmos. Assim, é apropriado que estes profissionais que desempenham o cuidado integral de saúde aos pacientes, promovam e propicie o uso da religião/espiritualidade no enfrentamento da doença, e com isso prevenir um comportamento pessimista e o desânimo diante do convívio com a doença e, portanto, um declínio em sua condição geral de saúde.

## 2.4 Resumo

Como vimos nesta parte da dissertação, o processo saúde-doença é compreendido como um grupo de variáveis e relações que causam e condicionam o estado de saúde e doença do indivíduo ou de uma comunidade. Esse processo pode ser influenciado por fatores determinantes e condicionantes como a alimentação, o trabalho, o meio ambiente, a educação, a renda, o transporte, o saneamento básico, a moradia, o acesso aos bens e serviços essenciais, a atividade física e o lazer. A religião e espiritualidade podem gerar efeitos benéficos para a saúde física e mental, interferem na relação familiar e tem uma grande importância na profilaxia de doenças, o que contribui significativamente no processo saúde-doença.

Além disso, a religião e espiritualidade podem proporcionar suporte social, emocional, esperança e motivação para o indivíduo e apresentar diversos benefícios para a saúde humana como: melhorias na saúde do idoso; resultados positivos na terapêutica do sistema cardiovascular; auxílio na proteção ao consumo de drogas; prevenção e reabilitação de pessoas envolvidas com ações ilícitas; redução da vivência negativa provocada pelo câncer; melhoria na saúde dos pacientes psiquiátricos; prevenção e tratamento de depressão; influência nos níveis de hormônio do corpo; apoio e conforto aos portadores de doença renal crônica e oferece consolo e esperança tanto para o paciente como para os familiares.

---

<sup>150</sup> VALCANTI, 2012, p. 844.

Por outro lado, quando o indivíduo necessita ser hospitalizado, o mesmo passa a enfrentar um momento complexo e que provoca sentimentos negativos como medo da doença e da morte, dependência, estresse e ansiedade. Com isso, tanto o paciente quanto a família passa a utilizar o enfrentamento ou coping religioso/espiritual que é entendido como a utilização de crenças religiosas para compreender e enfrentar as fontes estressoras oriundas da vida. Métodos de enfrentamento podem estar focados no problema ou na emoção, sendo que o primeiro faz menção aos esforços para conduzir ou transformar os problemas e melhorar o ambiente e o convívio com as pessoas e o segundo tem o intuito de substituir ou regular os danos do sistema emocional originado pelo estresse. Esse modo de enfrentamento pode ter aspecto positivo por apresentar melhorias na saúde física, mental, diminuição do estresse e crescimento espiritual, e pode ter aspecto negativo devido à depressão, pontos negativos referentes à qualidade de vida e saúde física, como atitudes de não aderir ao tratamento por acreditar na cura divina.

Para um melhor entendimento da influência da religião e espiritualidade na saúde humana, o próximo capítulo faz uma abordagem sobre a religião, espiritualidade e o enfrentamento da hospitalização sob uma perspectiva dos pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo, no qual são explanados os dados sociodemográficos, índice de religiosidade dos pacientes e o uso da religião e espiritualidade como formas de enfrentamento/coping da hospitalização.

### 3 RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E O ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO: UMA PERSPECTIVA DOS PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL RENATO AZEREDO

#### 3.1 O Hospital Renato Azeredo e suas particularidades

O hospital é um componente que integra um sistema médico e social, que visa basicamente, nos mais diversos tipos de atendimento, ou mesmo de forma domiciliar, oferecer a uma população assistência médica de forma integral, profilática e curativa<sup>151</sup>.

O conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos<sup>152</sup>.

Sendo o Hospital Renato Azeredo, pertencente ao município de Nanuque-MG, um estabelecimento de saúde dentro das prerrogativas do Ministério da Saúde, fez-se necessário a obtenção de informações sobre o mesmo, que se deu por meio de entrevista, de forma livre, com uma chefe de enfermagem. Para dados sobre o trabalho religioso que é feito no referido hospital, foram entrevistados uma técnica de enfermagem, um padre e uma religiosa cristã evangélica que relataram sua experiência profissional e/ou religiosa vivenciada no mesmo.

No presente estudo, os entrevistados foram mencionados com a letra 'E' procedidos de numeração conforme a ordem das entrevistas<sup>153</sup>, sendo que, as mesmas foram gravadas e transcritas em sua forma literal. Todos os participantes receberam informações pertinentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>154</sup>.

O Hospital Renato Azeredo atende os municípios de Nanuque-MG, Carlos Chagas-MG e Serra dos Aimorés-MG. O mesmo é classificado como de médio porte e tem um total de 50 leitos distribuídos na pediatria, maternidade, centro cirúrgico e

<sup>151</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conceitos e definições em saúde*. Brasília: Secretaria Nacional De Ações Básicas de Saúde, 1977. p. 09.

<sup>152</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno humaniza SUS, volume 3. *Atenção hospitalar*. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2011. p. 10.

<sup>153</sup> As entrevistas concedidas estão em anexo.

<sup>154</sup> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está em anexo.

13 leitos na clínica médica que é o alvo desta pesquisa. São realizados atendimentos das seguintes especialidades médicas: cardiologia, pediatria, obstetrícia, ortopedia e cirurgião que fica sob aviso.

O supracitado dispõe de um médico clínico geral de plantão 24 horas, e quando há necessidade de ser realizado algum procedimento cirúrgico de emergência, é acionado o cirurgião que fica sob aviso. Compõe ainda, a equipe assistencial, um chefe de enfermagem 24 horas, técnicos de enfermagem e um coordenador de enfermagem que trabalha em horário administrativo.

O paciente ao chegar até ao hospital passa por uma triagem com o enfermeiro, que utiliza o protocolo de Manchester, com o intuito de classificar o paciente conforme o risco, e assim realizar os atendimentos por prioridade, de acordo com o quadro clínico. Todo paciente precisa ser atendido pelo enfermeiro, que após ser submetido ao protocolo de Manchester, será atendido pelo médico, exceto nos casos de urgência e emergência.

O Protocolo de Triagem de Manchester (MTS) tem sido adotado na maioria dos serviços de urgência como instrumento direcionador da classificação de risco, sendo atualmente utilizado em 16 (61,5%) dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. A escala de triagem do MTS classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: nível 1 (emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2 (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3 (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4 (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5 (não urgente e que pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico). Assim, o MTS constitui-se como uma ferramenta de gestão do risco clínico para administrar a demora do atendimento, priorizando os doentes mais graves<sup>155</sup>.

Sob outra perspectiva, quando o paciente necessita de atendimentos mais complexos, o mesmo é transferido para o hospital da cidade de Teófilo Otoni-MG, que é a referência do Hospital Renato Azeredo. Diante de tal necessidade, é solicitada a vaga em Teófilo Otoni por meio de um sistema online do SUS, onde a transferência é realizada apenas após a liberação de vaga pela central do sistema.

No hospital, são realizados atendimentos pediátricos, cirurgias ortopédicas e partos normais e cesarianas. Quanto às cirurgias eletivas, as mesmas estão suspensas no momento, porém nesses casos os pacientes são transferidos para a referência em Teófilo Otoni-MG. Os diagnósticos realizados por meio de exames

<sup>155</sup> SOUZA, Cristiane Chaves de; ARAUJO, Francielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP*, v. 49, n. 1, 2015. p. 145.

laboratoriais são feitos por empresas terceirizadas, no qual a cidade de Nanuque-MG dispõe de três laboratórios, e cada semana um laboratório realiza os exames. Os exames de Raio-X são realizados no próprio hospital, e caso haja a necessidade de tomografia computadorizada e ressonância magnética, o próprio paciente deve arcar com os custos desses exames, pois o hospital não dispõe desses serviços. Caso o paciente seja transferido para Teófilo Otoni-MG, o mesmo pode ser submetido à tomografia computadorizada e ressonância magnética sem custos.

No hospital, o horário de 15h30min à 16h30min é reservado exclusivamente para visita religiosa, no qual é permitido que os religiosos e religiosas façam visitas e momentos de oração com os enfermos. Por mais que o hospital abra espaço para todas as religiões, foi possível perceber que são realizadas apenas visitas por cristãos evangélicos/protestantes e católicos. Nesse enfoque, pode-se definir a oração como a “comunicação viva do devoto com um Deus imaginado como pessoal e experimentado como presente, uma comunicação que reflete as formas das relações humanas sociais<sup>156</sup>”. Assim, os relatos abaixo explanam como os religiosos e religiosas fazem o trabalho religioso e orações pelos doentes no hospital:

Eu venho, oro pelas vidas, aqueles que aceitam, tem alguns que não aceitam, claro que não podemos obrigar, porque Deus nos deu o livre arbítrio de escolha, queremos ou não, e não podemos obrigar. Agora aquele que aceita, eu tenho certeza, assim como Deus fez na minha vida, eu tenho certeza que o milagre acontece na vida deles. E graças a Deus, para a honra e glória do Senhor, as portas sempre são abertas pra gente entrar aqui e fazer a obra, não é só eu, tem mais irmãos que fazem. E03

Eu oro até mesmo pelos instrumentos que eu vou usar. Por exemplo, na minha casa de manhã ou à noite, eu falo Senhor, abençoa todos os instrumentos que eu vou usar amanhã para fazer os curativos, que sejam todos abençoados por ti, ou então eu falo Senhor, eu consagro aqueles instrumentos a ti, o local onde eu trabalho, os pacientes, cada um que vai passar por mim no dia de amanhã eu já consagro a ti. Sempre eu costumo orar, e pelos médicos também que eu trabalho. E02

Uso um óleo que a gente consagra para trazer para ungir as pessoas. É um óleo que a gente usa, ungi as pessoas. O óleo é passado no local da enfermidade, se o local for local íntimo a gente não vai tocar nele, a gente ungi as mãos e manda que a pessoa coloque em cima, e a pessoa coloca em cima, porque aquele óleo ali, não é aquele óleo que cura, quem cura é Jesus, mas aquele óleo foi ungido pela nossa fé, assim como nós oramos pela enfermidade, aquela enfermidade que a medicina não pode curar, o Senhor cura, assim também nós oramos por aquele óleo, Senhor coloca teu poder, e onde esse óleo tocar, que o teu poder esteja alcançando. Se for uma inflamação, uma infecção, que ele esteja operando o milagre. E03

<sup>156</sup> GRESCHAT, H. J. *O que é a ciência da religião?* São Paulo: Paulinas, 2005. p. 147.

As falas demonstraram que os religiosos e religiosas têm consciência da liberdade de escolha do paciente em aceitar ou não a oração, e retrataram que o hospital não se opõe às visitas religiosas. A entrevistada E02 relatou que “consagra a Deus o hospital, os instrumentos hospitalares, os pacientes e profissionais de saúde”. Ademais, a entrevistada E03 em sua fala, fez menção ao uso de um “óleo consagrado, que é utilizado para ungir os doentes e o local da enfermidade, para por meio da fé, obter a cura da enfermidade”. Ela afirmou ainda que “não é óleo que cura, mas sim Jesus, pois o óleo ungido por meio da fé pode curar a enfermidade”.

Além das visitas religiosas realizadas no hospital, os católicos uma vez por semana estão celebrando a missa, também chamada de celebração eucarística. Tal celebração é o ápice da Igreja Católica e da Igreja Ortodoxa, realizada também nas tradições Anglicanas e Luteranas, porém com algumas modificações. A missa é o momento em que se cumpre a ordem de Cristo em realizar o que Ele próprio fez na última Ceia, sendo um sacramento, onde se recebe o pão e o vinho que após serem consagrados se tornam o corpo e o sangue de Jesus Cristo, o soberano holocausto de Jesus Cristo na cruz o que tornou existente a salvação<sup>157</sup>.

Assim, a entrevistada E02 relatou que “já fazia algum tempo que eles percebiam a necessidade de ter a celebração da missa voltada para os enfermos”. Então, ela conversando com uma enfermeira do hospital, e percebendo tal carência, decidiram conversar com o padre DS. Ao falar com o padre, ela afirmou que, “ele mesmo também já estava sentindo essa necessidade de ir ao hospital com mais frequência e levar a graça da proximidade com Jesus eucarístico para os funcionários e os enfermos”. A partir daí, o padre começou a celebrar a santa missa no hospital, toda sexta-feira às 16h. O relato abaixo salienta como o padre DS iniciou o trabalho de evangelização e celebração da missa no hospital.

Eu visitando os doentes, uma das médicas que trabalha ali, ela reclamou que os católicos não estavam indo muito e precisava fazer alguma coisa, porque os evangélicos que estavam mais frequentando e visitando. Aí me deu um toque, uma vontade de fazer alguma coisa, aí eu pensei e fiz um contato com a técnica de enfermagem SAT e falei: vê se você consegue um local aí para começar a celebrar a missa toda sexta às quatro horas da tarde. Com isso, os ministros da eucarística levam a comunhão para os doentes, então logo saem, elas comungam e já levam para os doentes que são católicos. E04

<sup>157</sup> SANTOS, Cristian José Oliveira. O culto católico e a representação do corpo masculino na literatura anticlerical brasileira (século XIX). Belo Horizonte: *Varia hist.*, v. 30, n. 53, 2014. p. 457.

Nas falas abaixo, os entrevistados demonstraram ter vivido positivamente a experiência da celebração da missa no hospital e sua influência na vida dos enfermos e familiares, como retratado a seguir:

Eu consigo perceber uma total entrega, eles se entregam assim numa profunda fé, é muito lindo, você vê assim os olhinhos deles não viram nem para um lado e nem para o outro, todos voltados para Jesus, é uma profunda entrega, totalmente. E02

Eles já estão dando depoimentos de que estão mudando, as coisas estão melhorando e os enfermeiros participam, os pacientes também quando podem participam da missa e está sendo bom, além do pessoal do hospital, tem o grupo das mães que rezam aqui na igreja e depois daqui, elas vão para lá também, então é um grupo bom. E04

Eles depositam tanto a confiança, tanto a fé, que quando eles saem daqui, desse lugar, desse local onde é realizada a santa missa, a gente já pode observar a diferença, eles já chegam perto de mim, porque eu sempre estou aqui nas sextas, eles chegam perto de mim e falam minha filha eu tenho certeza que eu vou ser curada, eu tenho certeza. Tem alguns que falam Jesus já me curou, Jesus já me curou, eles se entregam de tal forma, que, sabe assim, a fé é o fundamento daquilo que não se vê, eles já acreditam que a cura virá mesmo sem ver naquele instante. E02

Os enfermos estão agradecidos por estarem recebendo Jesus eucarístico, os acompanhantes também estão sendo agraciados, os funcionários, a maioria descem para assistirem a santa missa, assistir não, participar, participarem da santa missa, e a gente esta vendo assim só testemunho mesmo, muitos testemunhos, as pessoas assim, S estou agraciada, S eu recebi uma benção, S eu não quero perder essa missa nas sextas-feiras. E02

Com relação à forma como é feito o convite para participar da missa, a fala a seguir demonstra como os enfermos, acompanhantes e funcionários são convidados:

(...) nós temos uma ministra extraordinária da comunhão, que chega uns dez minutinhos antes e vai em todas as enfermarias convidando para a missa, pegando as intenções, falando da santa missa para os enfermos. E02

O relato a seguir, demonstra a preocupação em se fazer oração pelos enfermos, acompanhantes e também pelos profissionais que realizam suas atividades laborais no hospital, com o intuito de pedir a Deus pela vida dos doentes, e que tais profissionais realizem seu trabalho com carinho.

Eu sinto que não dá para todos participarem, mas pelo menos a gente reza por eles, a intenção é para os que estão ali, para os que trabalham e os responsáveis também, para que possam atender com mais carinho, porque

a pessoa já sofre e se tem um tratamento deficiente, sofre mais ainda, então a gente reza para que isso aconteça. Você não pode fazer mais coisa, pelo menos rezar, pedir a Deus por eles. E04

Quanto à experiência religiosa vivenciada por meio da oração feita nos enfermos, as falas a seguir demonstram que tanto os pacientes quanto os religiosos acreditaram que por meio da oração foi obtido melhora no quadro de saúde.

É uma experiência tremenda, tremenda mesmo. Outro dia, faz um ano mais ou menos, essa ficou marcada, eu tenho vários casos, mas essa senhora ficou marcada. Eu fazendo o curativo nela, ela é diabética, e ela tinha perdido dois dedinhos do pé, e o Dr. falou assim, você cuida desse pé, porque senão você vai perder a perna, e ela chorava e falou Dr. eu não vou perder minha perna, Deus não vai deixar eu perder minha perna. Ai o Dr. saiu e ela falou S, você ora comigo, eu estou sentindo a necessidade de você orar comigo, ai eu falei sim amada. Nós começamos orar e ela chorava, chorava tanto, que precisava ver, meu coração também chorava junto com ela. Foi um momento muito forte e graças a Deus, o pezinho dela ficou curado e ela não perdeu a perna. E02

A semana passada eu cheguei aqui, e estava um senhor que não estava nem aguentando levantar, te conto aqui com a pureza de Deus. E eu perguntei assim, o senhor quer que eu ore pelo senhor? Porque primeiro a gente pergunta, a gente não pode ir chegando, porque a gente não sabe a vontade da pessoa. Aí ele disse, a senhora faz uma oraçãozinha. Aí eu falei, moço não existe oração minúscula, existe oração de poder. Ainda que sejam três palavras. E aí eu estendi as minhas mãos, eu nem ungi ele com óleo, eu só estendi as minhas mãos e falei: ó Deus, eu não sei o que ele tem, mas o senhor conhece, ele é a tua imagem, a tua semelhança, então eu quero pedir o senhor, toca nele, da cabeça até a terça ponta dos pés, e seja qual for a origem dessa enfermidade, que ainda não foi alcançada pela medicina, que o Senhor alcance e opere o milagre e virei às costas. Fui orar em outro quarto, em outro paciente. Quando eu saí, ele já estava sentado, sorrindo. Aí ele olhou para mim e falou assim, ô dona, faz favor, eu voltei. Ele disse assim: Deus que ajude a senhora, eu falei amém. Aí quando eu saí eu falei é Deus, muito obrigado, porque a oração foi rápida e objetiva. E03

A oração é o que nos dá força sempre. Quando a pessoa recebe o sacramento da confissão ou da unção, que são os dois sacramentos que a pessoa recebe e dá uma força muito grande, uma esperança de luta pela saúde. E04

Os religiosos e religiosas em seus relatos, mencionaram que a religião e espiritualidade ajudam o paciente a enfrentar a hospitalização, como referido abaixo:

Acredito que a religião e espiritualidade ajudam o paciente a enfrentar a hospitalização, pois caminham lado a lado. Porque ao mesmo tempo eu funcionária, técnica de enfermagem está atendendo um paciente, ao mesmo tempo do lado tem que ter eu com a vida espiritual, ou seja, levar uma palavra de conforto, levar Jesus até aquele paciente, ser mais dócil, mostrar para o paciente que aquele momento ali passa, tudo passa nessa vida, é uma fase, essas fases passam, isso é muito importante. E02

Isso eu não tenho dúvidas. Não tenho dúvidas. É porque, você chega ali, a pessoa está triste, deprimida, tem pessoas que nem o familiar vem aqui ver. Então a gente chega visita, faz uma oração e Deus começa a trabalhar no psicológico daquela pessoa, porque a pessoa que está ali em cima da cama, tem hora que ele está tão atormentado que ele não sabe mais no que acreditar, em quem confiar. E quando você chega e proclama o nome de Jesus, porque o nome de Jesus está acima de tudo e de todos. E Deus disse assim, nenhuma palavra volta vazia, porque antes o Senhor prospera naquilo a quem o enviou. Então nós somos o enviado e nenhuma palavra que a gente chegar aqui e proclamar no nome de Jesus, ela volta vazia. E03

Com certeza a religião e espiritualidade ajudam o paciente a enfrentar a hospitalização. Quando me chamam e tem alguém que esta correndo risco de vida, de morte né, eu vou, dou a unção e muitas vezes eles recuperam, sempre acontece isso. Se for um caso que não tem jeito mesmo, ele já fica pronto para partir, mas na maioria das vezes eles se recuperam. A comunhão também ajuda e dá força. E04

Ademais, a pesquisa foi realizada no Hospital Renato Azeredo, com pacientes internados na clínica médica, haja vista que nesta clínica ficam internados apenas pacientes adultos e idosos. O hospital dispõe de horários exclusivos para que religiosos e religiosas de todas as denominações religiosas possam realizar visita aos enfermos, e disponibiliza espaço físico para celebração da missa por cristãos católicos. Diante da aproximação dos enfermos, acompanhantes e profissionais de saúde com a religião e espiritualidade, foi possível pesquisar a influência das mesmas no enfrentamento/coping da hospitalização.

### **3.2 Dados sociodemográficos e índice de religiosidade dos pacientes**

Considerando a natureza deste estudo, optou-se pela pesquisa exploratória, onde foram entrevistados 10 pacientes que estavam internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo de Nanuque-MG no mês de agosto de 2016, sendo que, na presente pesquisa, os entrevistados foram referenciados com a letra P, procedido de numeração conforme a ordem das entrevistas.

Para a coleta de dados, foi aplicado aos pacientes um questionário<sup>158</sup> sociodemográfico desenvolvido especificamente para o estudo, que teve o objetivo de obter informações quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, religião e motivo da hospitalização. O instrumento escolhido para avaliar o índice de

<sup>158</sup> O questionário está em anexo.

religiosidade foi a Escala de Religiosidade DUREL (Duke Religious Index)<sup>159</sup>. Para averiguar a religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização, foi feito duas perguntas. O que significa a religião na sua vida? A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

As entrevistas foram gravadas, e após minuciosas escutas foram transcritas em sua forma literal. Todos os entrevistados receberam informações pertinentes ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>160</sup>.

Perfil dos pacientes entrevistados	
Sexo	60% do sexo masculino 40% do sexo feminino
Idade	10% tinha idade entre 30 e 40 anos 10% tinha idade entre 40 e 50 anos 30% tinham idade entre 60 e 70 anos 40% tinham idade entre 70 e 80 anos 10% tinha idade entre 80 e 90 anos
Estado civil	80% eram casados 10% viúvo 10% separado
Escolaridade	40% eram analfabetos 20% estudaram até a 2ª série 10% até a 3ª série 10% até o 4º ano 10% até o 5º ano 10% declarou assinar apenas o nome
Religião	60% denominam-se católicos 30% evangélicos 10% sem religião
Motivo da hospitalização	30% Acidente Vascular Cerebral – AVC, 30% por problemas no coração

<sup>159</sup> A Escala de Religiosidade DUREL é uma versão em português da escala de religiosidade utilizada nos Estados Unidos, que detém três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: religião organizacional, não organizacional e intrínseca.

<sup>160</sup> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está em anexo.

	10% por pressão alta 10% por fratura de membro 10% por depressão 10% por dor abdominal.
--	--

A pesquisa se deu, pois cada vez mais vem sendo estudada a relação existente entre religião e saúde, e os indícios têm demonstrado uma ligação usualmente positiva entre indicadores de envolvimento com práticas religiosas e saúde física, mental e espiritual<sup>161</sup>. Além disso, “a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes”<sup>162</sup>.

Quando a religiosidade e a espiritualidade se tornam uma dimensão importante e passam a ocupar um lugar central na vida das pessoas de um modo geral, o que se observa é uma relação direta com os baixos níveis de ansiedade em relação aos eventos do dia a dia<sup>163</sup>.

Assim, para avaliar o índice de religiosidade dos pacientes, foi escolhido como instrumento a DUREL. Com o aumento cada vez mais significativo do interesse da ciência em realizar estudos sobre o assunto no âmbito da saúde-doença, verificou-se uma limitação ao desenvolvimento de mais estudos em países de língua portuguesa, em decorrência do déficit de escalas de religiosidade que fossem capazes de oferecer informações pertinentes e, ao mesmo tempo, que fossem simples e curtas<sup>164</sup>.

Portanto, a escala que foi desenvolvida com os cidadãos americanos, foi traduzida por um autor para o português e depois revisada por outros dois autores. A versão traduzida e revisada para o português foi retrotraduzida para inglês, transmitida para o autor da DUREL, que apreciou e autorizou a versão final em português. Contudo, Moreira-Almeida ressaltou que para averiguar a veracidade e credibilidade dessa versão, é de extrema importância que sejam realizadas pesquisas na população brasileira. No entanto, devido os dois países serem

<sup>161</sup> MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. São Paulo: *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2006, p. 243.

<sup>162</sup> FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. São Paulo: *Rev. Saúde Pública*, 2003, p. 447.

<sup>163</sup> DURGANTE, Carlos Eduardo A., GONÇALVES, Ana Claudia M. *Práticas complementares para a saúde integral*. Rio de Janeiro: Ideia Jurídica, 2013. p. 167.

<sup>164</sup> MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. São Paulo: *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 35, n. 1, 2008. p. 31.

predominantemente adeptos ao cristianismo e a DUREL de expor artefatos mais unânimes, possivelmente cabíveis a maior parte das religiões de nosso círculo de convívio, recomenda que esse instrumento da versão em português possa ser bem aplicável na realidade brasileira<sup>165</sup>.

A DUREL possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os primeiros dois itens abordam RO e RNO, foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens se referem à RI e são os três itens da escala de RI de Hoge que melhor se relacionam com a pontuação total nesta escala e com suporte social e desfechos em saúde. Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total<sup>166</sup>.

A RO está pautada a um elemento social e faz menção à prática e assiduidade em reuniões religiosas, templos e igrejas. A RNO independe da comunicação com outros indivíduos e refere-se a práticas religiosas que podem ser feitas no aconchego da residência, como meditações, orações, assistir a programas de televisão e/ou rádio e leitura de livros religiosos e textos bíblicos<sup>167</sup>. Por fim, a Religiosidade Intrínseca (RI) afere quão grandemente a religião pode impulsionar ou intervir nas condutas, decisões e, da mesma forma, na existência do indivíduo<sup>168</sup>. Refere-se a uma proporção subjetiva, de como e o quanto uma pessoa compreende a magnitude da religião em sua existência<sup>169</sup>.

Para avaliar o índice de religiosidade por meio da DUREL, foram feitas cinco perguntas. As duas primeiras foram relacionadas à RO e a RNO, onde na primeira foi perguntado: (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? Para esta pergunta foi oferecido seis opções de resposta: 1. Mais do que uma vez por semana; 2. Uma vez por semana; 3. Duas a três vezes por mês; 4. Algumas vezes por ano; 5. Uma vez por ano ou menos e 6. Nunca. Na segunda foi perguntado: (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a

<sup>165</sup> MOREIRA-ALMEIDA, 2008. p. 31.

<sup>166</sup> MOREIRA-ALMEIDA, 2008. p. 31.

<sup>167</sup> KOENIG, Harold George; MCCULLOUGH, Michael. E.; LARSON, David. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University, 2001. p. 32.

<sup>168</sup> KOENIG, Harold. G, LINDA, George, TITUS, Patricia. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. New York: *Journal of American Geriatrics Society*, v. 52, n. 4, 2004. p. 555.

<sup>169</sup> KOENIG, 2001. p. 32.

atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? Para esta pergunta foi oferecido seis opções de resposta: 1. Mais do que uma vez ao dia; 2. Diariamente; 3. Duas ou mais vezes por semana; 4. Uma vez por semana; 5. Poucas vezes por mês e 6. Raramente ou nunca<sup>170</sup>.

Já as três perguntas restantes, avaliaram a religiosidade intrínseca e dizem respeito à crenças ou experiências religiosas, no qual foi solicitado que fosse respondido o quanto cada frase se aplicava a pessoa. As perguntas foram: (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo); (4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver; (5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. Para essas três perguntas foram oferecidas cinco opções de resposta: 1. Totalmente verdade para mim; 2. Em geral é verdade; 3. Não estou certo; 4. Em geral não é verdade e 5. Não é verdade<sup>171</sup>.

Quando os pacientes foram questionados quanto à frequência com que vão a uma igreja, templo ou outro encontro religioso, 20% responderam que frequentam mais do que uma vez por semana; 30% uma vez por semana; 10% duas a três vezes por mês e 40% algumas vezes por ano.

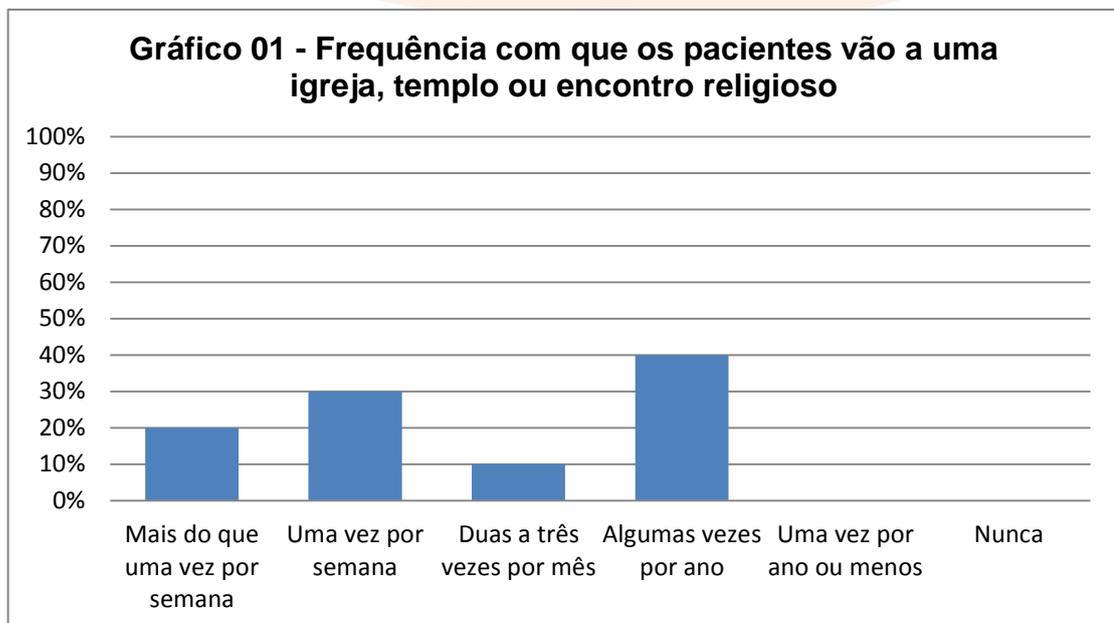


Gráfico 1 - Frequência com que os pacientes vão a uma igreja, templo ou encontro religioso

<sup>170</sup> MOREIRA-ALMEIDA, 2008. p. 32.

<sup>171</sup> MOREIRA-ALMEIDA, 2008. p. 32.

Em relação à frequência com que dedicam seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos, 80% relataram que realizam tais práticas diariamente, 10% duas ou mais vezes por semana e 10% poucas vezes por mês.

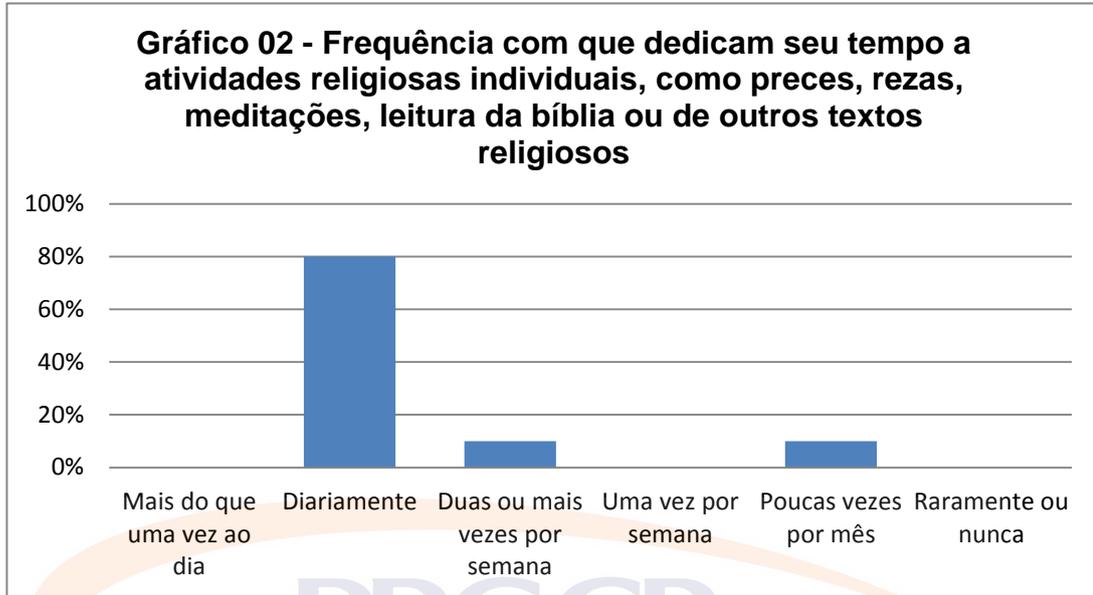


Gráfico 02 - Frequência com que dedicam seu tempo a atividades religiosas individuais.

Para avaliar a religiosidade intrínseca, foi solicitado que o paciente respondesse o quanto cada frase se aplicava a ele. Na frase “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, 100% responderam ser “totalmente verdade”, sendo que deste total, 60% são católicos, 30% evangélicos e 10% sem religião. Esses dados revelam que mesmo 10% da amostra se declarando ser sem religião, não o impedem de sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas.

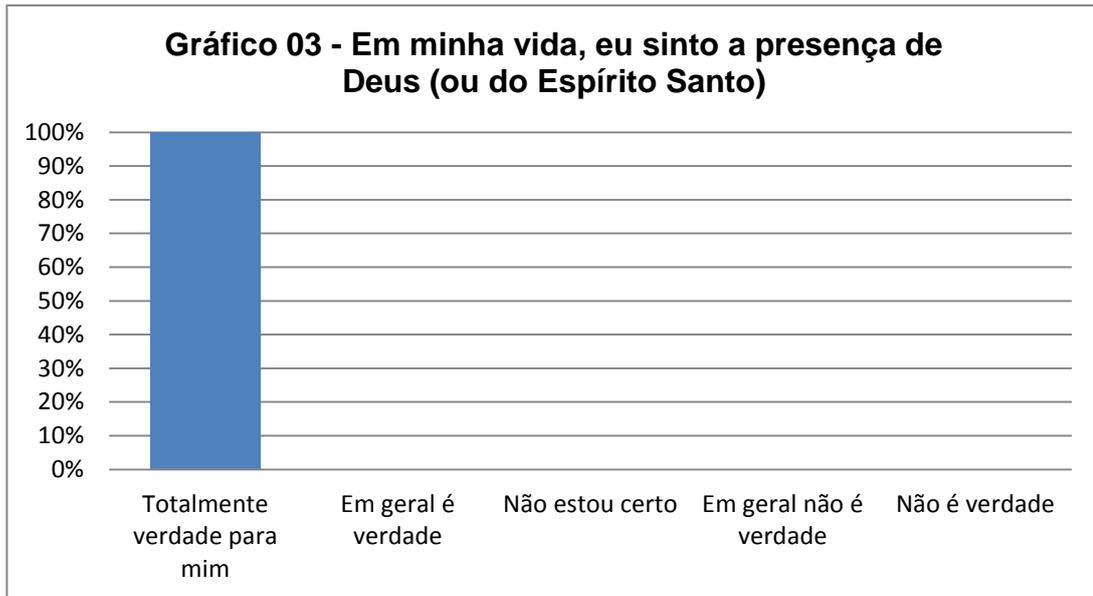


Gráfico 03 - Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)

A frase seguinte foi “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”. “Totalmente verdade” foi a resposta escolhida por 80% dos entrevistados, enquanto “em geral é verdade” se aplicou a 20% dos mesmos.



Gráfico 04 - As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver

A última frase “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”, 100% responderam “totalmente verdade”, sendo que deste total,

60% são católicos, 30% evangélicos e 10% sem religião. Esses dados revelam uma problemática, pois 10% da amostra se declarou sem religião, mas ainda assim afirmou se esforçar para viver sua religião em todos os aspectos da vida.

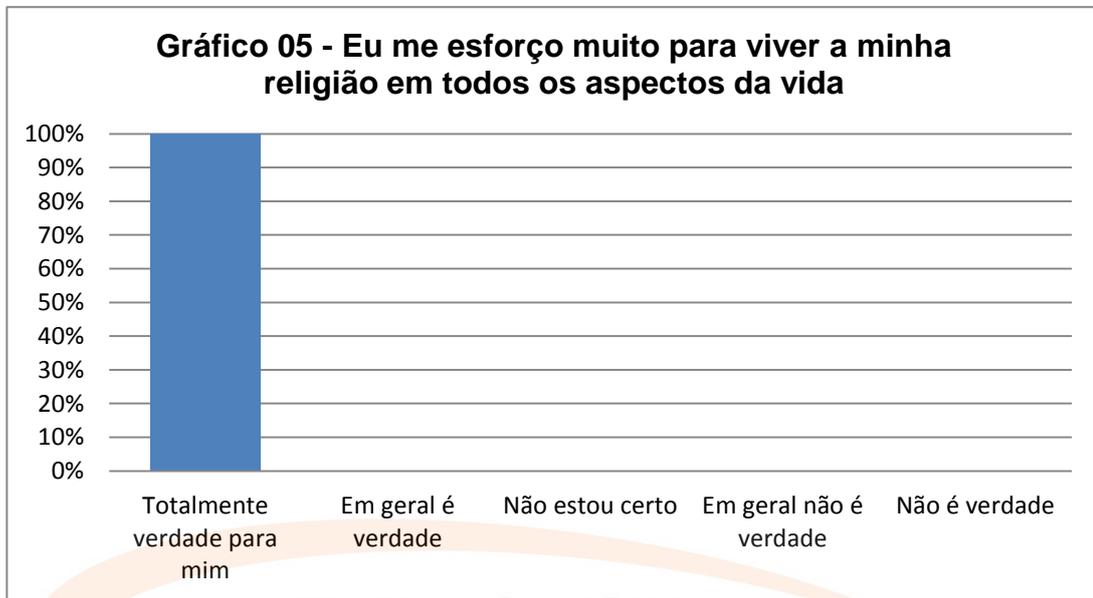


Gráfico 05 - Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida

Os dados apontaram índice elevado de religiosidade, especialmente no que se refere ao aspecto da religiosidade intrínseca. Todos os pacientes relataram sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo, bem como se esforçam para viver a religião em todos os aspectos da vida. Nas dimensões da RO e RNO, a maioria dos pacientes relatou que diariamente dedicam um tempo para atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos, embora uma minoria vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso mais do que uma vez por semana.

Essa amostra revelou ainda à importância que o indivíduo atribui a religião e espiritualidade em sua vida (religiosidade intrínseca). Como mencionado anteriormente, 100% dos pacientes referiram sentir a presença de Deus em suas vidas, a maioria deles relataram que as crenças religiosas estão por trás da forma como vivem, bem como 100% mencionaram que se esforçam para vivenciar a religião em todos os aspectos da vida. Entretanto, surgiu uma problemática, pois 10% se declarou sem religião, mas ainda assim afirmou se esforçar para viver sua religião em todos os aspectos da vida. Todavia, quando questionados sobre a frequência com que se envolvem em atividades sociais religiosas, como o

comparecimento em igrejas, templos ou encontros religiosos, apenas 20% dos pacientes frequentam uma ou mais vezes por semana. Dos demais, 30% frequentam uma vez por semana e 10% duas ou três vezes por mês, sendo que, 40% referiram frequentar tais encontros algumas vezes por ano.

Sob outra perspectiva, pôde-se observar que com a diminuição das atividades religiosas em igrejas, templos ou encontros religiosos, houve um aumento significativo da prática de atividades religiosas individuais. Pelo menos 80% da amostra realizam atividades religiosas individuais diariamente. Assim, este dado revela que a importância da religião na vida destas pessoas, não pode ser determinada apenas pelo quanto se vai a uma igreja e sim, pela significação outorgada aos mesmos e as condutas religiosas individuais.

Além disso, muitos pacientes devido às condições de saúde, o avançar da idade e quadros patológicos deixam de frequentar igrejas, templos ou encontros religiosos, pois se deparam com restrições físicas, como dificuldade em se locomover devido patologias crônicas, resquícios de acidente vascular cerebral, do próprio avanço da idade entre outros fatores. Unido a isto, ainda cabe citar o receio de quedas, receio de sair do aconchego de seu lar sem companhia e em decorrência disso, ocorrer algum tipo de violência, acidente ou mesmo mal-estar<sup>172</sup>.

### **3.3 Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização**

Ante as mais distintas e diversificadas circunstâncias de estresse do dia a dia, o enfrentamento ou coping pode propiciar ao paciente um sentido de consolo, de significado, de domínio próprio, e de desenvolvimento pessoal<sup>173</sup>.

Entretanto, a maneira como se enfrenta a vida e se analisa o nosso espaço no mundo, influencia amplamente nossas decisões e nossas ações. As crenças religiosas e o conhecimento sobre saúde influenciam tais decisões e ações, bem como o nosso comprometimento de fazer modificações para melhoria da nossa saúde física, mental e espiritual<sup>174</sup>.

Assim, a religião se revela de várias maneiras na vida das pessoas, e cada um, com sua identidade própria á conceitua de diferentes formas, e tal conceito pode

<sup>172</sup> DUARTE, 2011, p. 52.

<sup>173</sup> DURGANTE, 2013, p. 167.

<sup>174</sup> LEVIN, 2001, p. 118.

variar de acordo com suas raízes histórico-culturais, espiritualidade, idade e estado de saúde<sup>175</sup>. Para a compreensão da religião na vida dos pacientes participantes do estudo, todos os relatos foram considerados e analisados em sua integralidade.

Ao perguntar aos pacientes o que significa a religião em sua vida, encontrou-se em 30% das respostas a seguinte ideia central: “A religião é tudo”. As palavras chave prevaletentes em ambos as falas foram “religião”, “é tudo”, como nos trechos transcritos em seguida:

Eu acho que é tudo né. Religião é confiar em Deus em primeiro lugar, ter fé. P01

Para mim é tudo, minha resposta é pra mim é tudo. Hoje nós sem religião não somos nada. Tem que ter um caminho certo pra gente seguir. P05

A religião é tudo, a base de tudo. Eles são muito apegados, devoto, adoração a santo a todo instante, a todo o momento, então é bem forte. É tudo. P07

A fé “beneficia a saúde física e mental ao promover a esperança, o otimismo e expectativas positivas. Essas cognições são, por definição, funções da fé. Elas, por sua vez, influenciam a nossa saúde e o nosso bem-estar<sup>176</sup>”. Assim, a segunda ideia central, identificada para outros 30% dos pacientes, foi: “Ter fé em Deus”. O grupo de palavras relacionadas a ela é “Fé”, “Fé em Deus”. Tal ideia refere-se aos relatos transcritos a seguir:

É assim, uma fé, uma fé graças a Deus. Nada me acontece, tudo eu peço, tudo sai em dias pra mim. P03

Fé em Deus e ser honesto comigo mesmo e com os outros. P04

Para mim eu acho que me ajuda muito, porque se eu não tiver fé em Deus eu vou ter em que?. P09

Na terceira ideia central, um paciente (10%) fez alusão à religião como “conforto”, “Deus como pai”, “livramento”, conforme mencionado pelo entrevistado P06: “Religião eu acredito o seguinte, porque se eu pegar com Deus, Deus é nosso pai, então ele me conforta. Eu tendo a religião eu acredito que ele me conforta, Deus me livra de muitas coisas”.

<sup>175</sup> ROCHA, 2014, p. 95.

<sup>176</sup> LEVIN, 2001, p. 141.

Em outra fala, a quarta ideia central foi de um entrevistado (10%) que relatou: “mesmo não indo à igreja com determinada frequência, é importante estar presente com Deus” e fez menção ainda à religião como “ajuda”, “confiança”. A seguir, a fala esclarece o uso desses termos:

Significa que ajuda a gente demais, então a gente tem que confiar nele e seguir a ele, porque se a gente não seguir a ele, não tem outro destino, então a gente sempre tem que lembrar dele. Nem que a gente não vai à igreja direto, não congrega, mas sempre a gente tem que estar presente com ele.  
P08

Sob outra prerrogativa, um paciente (10%), na quinta ideia central, fez referência à religião como algo recebido no nascimento e que irá ficar com ela até o fim, e citou que: “a religião foi essa que Deus me deu”, como se pode observar na fala de P10: “A religião é essa que Deus me deu desde quando eu nasci e Deus prometeu minha vida, e eu vou acabar com ele mesmo, do modo que eu nasci com ele”.

Outrossim, a sexta ideia central, identificada na fala de um entrevistado (10%), foi “andar certo na palavra de Deus” e “pedir a Deus para dar saúde a gente”, como referido por P02: “É que a gente tem que andar certo né, andar certo na palavra de Deus para nunca dá errado. A gente sempre tem que pedir a Deus para dar a gente saúde todos os dias”.

Por meio dos dados obtidos observou-se que, mesmo de formas distintas, os pacientes consideram que a religião tem um significado importante em suas vidas, sendo que, 30% dos entrevistados salientaram que a religião é tudo em sua existência, ou seja, está acima de todas as coisas e outros 30% fizeram menção à religião utilizando a fé, fé em Deus.

Nesse contexto, uma das maneiras de enfrentar a patologia e a morte, está diretamente atrelada ao poder da fé e das crenças religiosas, isto é, maneiras de propagar a religião. A fé em Deus é uma das formas de enfrentar circunstâncias antagônicas e é tão imprescindível quanto são outras maneiras de enfrentamento<sup>177</sup>. Assim, as falas demonstram que a importância dada por 60% dos pacientes está

<sup>177</sup> TRENTINI, Mercedes et al . Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. Ribeirão Preto: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 13, n. 1, 2005. p. 42.

voltada a religião que foi considerada como tudo na vida dos entrevistados e atrelada também à fé em Deus.

Os outros 40% da amostra apresentaram falas diferenciadas, no qual, 10% mencionou a religião como uma forma de conforto e livramento, se referindo a Deus como pai. Outro entrevistado (10%) retratou que a religião ajuda as pessoas e afirmou que mesmo não frequentando uma igreja, é importante estar com Deus, isso demonstra a RNO, em que o indivíduo faz suas orações, meditações, leitura de textos sagrados em casa, sem a necessidade de ir a uma igreja ou templo religioso.

Ademais, 10% fez uma relação à vida e à morte, mencionando a religião como recebida por Deus no nascimento e que irá ficar com ela até o fim. Outro entrevistado (10%) retratou a importância de caminhar corretamente na palavra de Deus com intuito de nada dar errado, e relatou ainda o fato de pedir todos os dias a saúde para Deus.

A relação entre religião, espiritualidade e saúde tem se tornado cada vez mais evidente. Além disso, muitos pacientes utilizam a religiosidade e espiritualidade como fonte de enfrentamento da hospitalização, haja vista que o fato de estar hospitalizado trazer consigo uma série de estímulos negativos, que gera no paciente uma gama de sentimentos como: medo do espaço hospitalar e dos equipamentos; medo de acontecer alguma lesão ou acidente devido o tratamento; medo da dor, de ser manuseado pelos profissionais e dos procedimentos a serem realizados; medo da morte, da perda do autocontrole e de ficar dependente dos cuidados de alguém. Além disso, origina um ríspido afastamento dos familiares e amigos, o que induz o indivíduo a apresentar condutas inadequadas, comportamentos inseguros, isolamento e desesperança<sup>178</sup>.

Diante de tal situação, o indivíduo passa a utilizar recursos de enfrentamento, compreendido como um conjunto de respostas relacionadas ao comportamento do indivíduo e demonstrada diante de circunstâncias estressantes ocasionadas pela hospitalização, com o objetivo de transformar o ambiente na tentativa de se adaptar a situação estressante para diminuir ou amenizar seu modo hostil<sup>179</sup>.

Todavia, quando a pessoa passa a utilizar a religião e espiritualidade como recurso de enfrentamento, a mesma estará utilizando o coping religioso-espiritual,

---

<sup>178</sup> MIRANDA, A. C. S. Expectativas dos Clientes Hospitalizados Frente ao Relacionamento com a Equipe de Enfermagem. Brasília: *Revista Bras. Enferm.*, v. 50, n. 20, 1997. p. 185.

<sup>179</sup> LUZ, Kely Regina da et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.*, v. 69, n. 1, 2016. p. 68.

que é quando os indivíduos usam sua fé para encarar as condições estressantes oriundas da hospitalização, e isso tem apontado uma considerável melhora nos índices de saúde física e mental e na qualidade de vida<sup>180</sup>. Neste estudo, ao investigar a utilização do coping religioso/espiritual dos pacientes internados na clínica médica do hospital Renato Azeredo, foi possível constatar que todos eles utilizavam tais estratégias como forma de enfrentar a hospitalização.

De maneiras diferenciadas, os depoimentos ilustram como a religião e espiritualidade ajudam os pacientes no enfrentamento da hospitalização. Seis deles (60%) retrataram que “Deus ajuda”. As palavras chaves apresentadas em todos eles foram: “ajuda”, “força”. Dois deles fizeram menção ainda à “fé”, um a “saúde”, um a “oração” e outro à importância de fazer sua parte e utilizar a medicação para Deus ajudá-lo. Os relatos abaixo esclarecem esses termos:

Sim. Fortalece a gente. P02

Ajuda. Pego muito com ele né, para me ajudar, me dá minha saúde, pra mim ter minha saúde, voltar para casa tudo bem, fazer minhas coisas dentro de casa, Deus me dá força. P03

Com fé em Deus ajuda. Pedindo a Deus força e coragem, fé em Deus mesmo, para que tudo corra bem, que saia tudo bem. P04

Qualquer coisa que for para me ajudar eu acredito. Oração e coração contrito a Deus, que eu tenho muito. P05

Ajuda. Ajuda porque eu tendo fé em Deus, Deus me ajuda. Eu peço com Deus e Deus me dá força para vencer a hospitalização. Eu peço com Deus para ele me dar força, me dá coragem. P09

Eu estou apegado com Deus para ajudar né. Que ele sempre dá força pra gente. A gente pega com ele, melhora a gente, a gente vai tomando o remédio também. Dá uma força, que a gente não pode ficar só esperando por ele, a gente tem que fazer uma forcinha pra ele está ajudando. P10

Em outra fala, um (10%) paciente referiu-se a “apegar com Deus”, “apegar com o Senhor” para obter ajuda. Ademais, ele mencionou já ter sido ajudado por Deus quando estava desempregado, conforme o relato a seguir:

Sim. Quando eu estou hospitalizado, eu apego com Deus. Eu apego com o meu Senhor e ele me ajuda. Eu sei que muita coisa já me ajudou. Porque muitas vezes, às vezes eu estou sem trabalho, quando eu estava sem trabalho eu pedia o meu Deus, me arranja um trabalho, porque eu estou parado, não tem serviço. Ai me passava para um canto, me dava àquela orientação para eu ir para algum lugar, como eu saí daqui empregado,

<sup>180</sup> PANZINI, 2005, p. 507.

daqui para São Paulo, eu sou pedreiro. E ai eu acho que ele me ajudou muito dessa forma que eu pedi. P06

Por outro lado, a acompanhante de um paciente vítima de acidente vascular cerebral, fez menção a devoção aos santos, em especial a Nossa Senhora Aparecida, no qual, quando proferia o nome da santa, o paciente apertava a mão dela demonstrando que ele irá receber ajuda por meio da fé, como demonstrado na fala abaixo:

Com certeza. Devido à devoção que ele tem nos santos dele. Porque quando eu pronuncio Nossa Senhora Aparecida vai te ajudar, ele aperta minha mão fortemente, me respondendo com a mão, que realmente ela vai ajudar, a fé que ele tem nela. P07

Do ponto de vista da religião e espiritualidade trazer esperança, um paciente (10%) mencionou ter esperança de sair do hospital andando, como se pode observar na fala de P01: “Com certeza, eu acho que sim, pra mim sim. A gente espera tudo, esperança de sair daí andando né”.

Por fim, outro paciente (10%), em sua fala, retratou “confiar nele para todas as coisas” e fez alusão ainda à importância de confiar tanto para bens materiais como em casos de doença, como citado por P08: “Ajuda. Porque nele a gente acredita. A gente tem que confiar nele para todas as coisas né. Em termos de bens materiais e em termos de doença também. Então ele ajuda sim, com certeza”.

As falas dos pacientes entrevistados demonstraram a importância e significância que os mesmos atribuem à religião e espiritualidade como forma de enfrentamento/coping, afinal “frequentemente, as pessoas dependem de suas crenças e práticas religiosas para lidar com as adversidades da vida, sendo essas promotoras de um senso de controle e de auxílio que encoraja a tomada de decisões e facilita o processo de coping<sup>181</sup>”.

Nesse contexto, os dados apontaram que seis (60%) pacientes afirmaram que “Deus ajuda” e proporciona “força” no processo de enfrentamento da hospitalização. Desses seis, cinco mencionaram ainda outras formas que os ajudam a potencializar o enfrentamento/coping, como “ter fé em Deus”, “oração e coração contrito a Deus”, “voltar para casa bem”, “ter minha saúde”, “pedir a Deus força e coragem”, “melhora

<sup>181</sup> VEIT, Carina Maria; CASTRO, Elisa Kern de. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. Lisboa: *Psic., Saúde & Doenças*, v. 14, n. 1, 2013. p. 2-3.

a gente”, “a gente vai tomando o remédio também”, e “fazer uma forcinha pra ele está ajudando”.

A fala dos demais 40% dos entrevistados foi plural, sendo que um deles (10%) utiliza como forma de enfrentamento se “apegar com Deus”, “apegar com o Senhor” com o intuito de ser beneficiado, e relatou ainda já ter sido ajudado por Deus quando estava desempregado. Outra fala (10%) foi de uma acompanhante de paciente com acidente vascular cerebral, no qual ela relatou que quando pronunciava o nome de Nossa Senhora Aparecida, o mesmo apertava a mão dela como sinal de que, por meio da fé ele estava sendo ajudado pela santa.

Por fim, um (10%) paciente fez alusão à religião e espiritualidade como forma de esperança, no qual esse sentimento trazia a ele uma sensação de que iria sair do hospital andando. O último paciente (10%) mencionou “confiar nele para todas as coisas”, demonstrando que tal confiança o ajudaria a sair do hospital em boas condições de saúde, e fez referência ainda à “confiança” tanto em casos de doença, como para bens materiais.

Esses relatos demonstraram o pluralismo nas diferentes maneiras do uso do enfrentamento/coping, tendo em vista que “a utilização de crenças e práticas religiosas e espirituais pode contribuir para prevenir ou aliviar as consequências físicas e mentais de frente à circunstâncias geradoras de estresse<sup>182</sup>”.

Ademais, foi possível perceber que os pacientes não diferenciam religião de espiritualidade, e ao afirmarem que a religião é tudo em suas vidas, eles compreendem que a religião é uma abertura para dar sentido à vida e não um sistema institucionalizado e de práticas socialmente estabelecidas.

### 3.4 Resumo

Neste capítulo, foi mencionado que o Hospital Renato Azeredo foi escolhido para a pesquisa, devido ao trabalho religioso que é realizado no mesmo, sendo que há um horário de visita exclusivo para religiosos e religiosas de todas as denominações religiosas, no qual, estes podem realizar visitas e orações aos enfermos e, além disso, oferece espaço físico para celebração da missa por cristãos católicos. Assim, a aproximação dos enfermos, acompanhantes e profissionais de

---

<sup>182</sup> MARTINS, et al., 2012, p. 1346.

saúde com a religião e espiritualidade, fez com que se tonasse presumível o estudo da influência da religião e espiritualidade no enfrentamento/coping da hospitalização. Para tal, foram entrevistados uma chefe de enfermagem, uma técnica de enfermagem, um padre e uma religiosa evangélica com o intuito de obter informações sobre o hospital e o trabalho religioso que lá é realizado. Ademais, foram entrevistados 10 pacientes que estavam internados na clínica médica do referido hospital, no qual foi aplicado um formulário sociodemográfico e para averiguar o índice de religiosidade, foi escolhido a DUREL. Para averiguar a religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização, foram feitas duas perguntas com o intuito averiguar o que significa a religião na vida dos pacientes e se a religião e espiritualidade ajudam os mesmos a enfrentarem a hospitalização.

Dos 10 participantes da pesquisa, 60% eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino. A faixa etária dos indivíduos variou entre 38 e 84 anos, dos quais 80% eram casados, 10% viúvo e 10% separado. Quanto à escolaridade, nenhum deles estudou o ensino fundamental, médio e/ou terceiro grau, e 40% deles eram analfabetos. Em relação à religião, 60% denominaram-se católicos, 30% evangélicos e 10% sem religião. Entre os motivos pelo qual foram internados, 30% se tratavam de Acidente Vascular Cerebral – AVC, 30% por problemas no coração, 10% por pressão alta, 10% devido fratura de membro, 10% por depressão e 10% devido dor abdominal.

Quanto ao índice de religiosidade, os dados demonstraram um alto índice, em especial no que tange a religiosidade intrínseca. Todos os pacientes relataram sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo, bem como se esforçam para viver a religião em todos os aspectos da vida. Nas dimensões da RO e RNO, a maioria dos pacientes relatou que diariamente dedicam um tempo para atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos, embora uma minoria vai a uma igreja, templo ou outro encontro religiosos mais do que uma vez por semana.

Por fim, foi possível constatar que os pacientes entrevistados, atribuem vital importância e significância à religião e espiritualidade como forma de enfrentamento/coping. Os dados apontaram que 60% dos pacientes afirmaram que “Deus ajuda” e que a religião e espiritualidade proporcionam “força” no processo de enfrentamento da hospitalização. Desses seis, cinco mencionaram ainda outras formas que os ajudam a potencializar o enfrentamento/coping, como “ter fé em

Deus”, “oração e coração contrito a Deus”, “voltar para casa bem”, “ter minha saúde”, “pedir a Deus força e coragem”, “melhora a gente”, “a gente vai tomando o remédio também”, e “fazer uma forcinha pra ele está ajudando”.

A fala dos demais 40% dos entrevistados foi plural, sendo que 10% utiliza como forma de enfrentamento se “apegar com Deus”, “apegar com o Senhor” com o intuito de ser beneficiado, e relatou ainda já ter sido ajudado por Deus quando estava desempregado. Outra fala (10%) foi de uma acompanhante de paciente com acidente vascular cerebral, no qual ela relatou que quando pronunciava o nome de Nossa Senhora Aparecida, o mesmo apertava a mão dela como sinal de que, por meio da fé ele estava sendo ajudado pela santa.

Ademais, 10% fez alusão à religião e espiritualidade como forma de esperança, no qual esse sentimento trazia a ele uma sensação de que iria sair do hospital andando e 10% mencionou “confiar nele para todas as coisas”, demonstrando que tal confiança o ajudaria a sair do hospital em boas condições de saúde, e fez referência ainda à “confiança” tanto em casos de doença, como para bens materiais.

## CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da religião e da espiritualidade no enfrentamento/coping da hospitalização. Por meio dos achados, foi possível constatar que os pacientes internados na clínica médica do hospital Renato Azeredo, entrevistados neste estudo, elucidaram, de forma significativa e positiva, a relevância da religiosidade e da espiritualidade como recursos de enfrentamento/coping, da mesma forma que consideram importante a religião/espiritualidade em suas vidas.

Os dados sociodemográficos apontaram que 60% dos entrevistados eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Demonstrou, também, que a proporção da denominação religiosa da amostra coincide com os dados do censo de 2010: em ambas, os católicos são maioria, seguido dos evangélicos. A faixa etária dos indivíduos variou entre 38 e 84 anos, dos quais 80% eram casados, 10% viúvos e 10% separados. O grau de escolaridade apontou que nenhum deles estudou o ensino fundamental, médio e/ou superior, e 40% deles eram analfabetos. Entre as causas que levaram a hospitalização, mais da metade foi por Acidente Vascular Cerebral – AVC e problemas no coração. Os demais, por pressão alta, fratura de membro, depressão e dor abdominal.

Quanto ao índice de religiosidade dos pacientes, pôde-se perceber de maneira especial, um índice elevado de religiosidade intrínseca, pois todos os entrevistados afirmaram sentir a presença do Deus cristão, e de igual maneira se esforçam para viver a religião em todos os aspectos da vida. A maioria deles ainda relataram que as crenças religiosas estão por trás da maneira como vivem. Por outro lado, do ponto de vista da RO e RNO, notou-se que boa parte dos pacientes reserva um momento para práticas religiosas realizadas de forma individual, apesar de uma parcela menor do total da amostra demonstrar ir à igreja, templo ou outros encontros religiosos mais do que uma vez por semana.

Os dados revelam, ainda, que a importância da religião na vida dos entrevistados não pode ser definida apenas pelo quanto se vai a um templo, e sim pelo significado que os mesmos atribuem à religião e aos comportamentos religiosos individuais. Por meio dos dados, foi possível perceber também, que com a diminuição das atividades religiosas em igrejas, templos ou encontros religiosos, houve um aumento expressivo da prática de atividades religiosas particulares.

De maneira diversificada, os pacientes consideram que a religião tem um significado importante em suas vidas, no qual, foi possível constatar que mais da metade deles consideram a religião como tudo em sua existência e se referiram à religião como fé em Deus. Ademais, foi possível identificar que uma parcela menor dos entrevistados se referira à religião como: forma de conforto, ajuda, livramento, Deus como pai, importância de caminhar corretamente na palavra de Deus com intuito de nada dar errado, pedir a Deus saúde todos os dias. Mencionou-se, ainda a religião como recebida por Deus no nascimento e que irá ficar com ela até o fim, e que, mesmo não frequentando uma igreja, é importante estar com Deus.

Outrossim, todos os entrevistados relataram que a religião e a espiritualidade ajudam no enfrentamento/coping da hospitalização. Os dados apontaram que, mais da metade dos pacientes afirmaram que Deus ajuda e propicia força diante da hospitalização. Mencionaram, ainda, que ter fé em Deus, realizar orações, ter o coração contrito a Deus, pedir a Deus força e coragem e fazer uso da medicação prescrita, são fontes de esperança para voltar para casa bem e ter a saúde de volta. Além disso, um número menor dos entrevistados mencionou que utiliza como forma de enfrentamento, apegar-se a Deus para ser beneficiado, ter esperança de sair do hospital em boas condições de saúde e ter devoção aos santos.

Assim, os dados apontaram o alto índice de religiosidade dos pacientes e o uso da religião e da espiritualidade como forma de enfrentamento/coping da hospitalização, haja vista que, a utilização das crenças religiosas e espirituais é vista como ajuda positiva aos pacientes que se encontram convalescidos no leito hospitalar.

Por fim, a presente pesquisa tem a finalidade de demonstrar à população científica a importância da religião e da espiritualidade como recursos de enfrentamento/coping, servindo de incentivo para a elaboração de mais pesquisas a respeito do assunto e a utilização dos mais diferentes tipos de instrumentos que possam averiguar a influência da religião e da espiritualidade na vida das pessoas que estão hospitalizadas. Assim, como ainda há limitação de estudos por parte da ciência em relação aos efeitos que religião e espiritualidade proporcionam aos pacientes, quando se deparam com a hospitalização, este estudo vem demonstrar e representar uma importante contribuição para a área.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Lisboa: *Millenium*, 2002, v. 25, n. 1, p. 25-27. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm)>. Acesso em: 15 Abr. 2016.

BACKES, Dirce Stein et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1254-1259. Oct. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500030>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira, CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 01-266. 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>>. Acesso em: 08 Mai. 2016.

BEGLEY, Sharon. *Religion and the Brain*. Estados Unidos: Newsweek, p. 37-40. 2001. Disponível em: <<http://www.newsweek.com/religion-and-brain-152895>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

BERK, L., et al. Effects of Religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Inflammatory Markers and Stress Hormones in Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial. Londres: *Open Journal of Psychiatry*, v. 5, n. 1, p. 238-259. 2015. Disponível em: <<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=56821>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 4, p. 609-616. Aug. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680406i>>. Acesso em: 22 Jan. 2016.

BOUSSO, Regina Szyllit et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403. Apr. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200014>>. Acesso em: 10 Mar. 2016.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado\\_EC84.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado_EC84.pdf)>. Acesso em: 19 Mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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: Senado Federal, 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 06 Mai. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI-FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 Abr. 2016.

CAMPOS, Alysson da Silveira. *Saúde e Espiritualidade: o segredo para o perfeito bem-estar*. São Paulo: Dracaena, p. 01-84, 2011.

CASSIA MARQUES, Rita de. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIII-XX. *Dynamis*, Granada, Barcelona, v. 31, n. 1, p. 107-129. 2011. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362011001100006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362011001100006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 07 mar. 2016.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142. Mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140020>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes; CARVALHO, Emília Campos de; HASS, Vanderlei José. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-270. Abr. 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200018>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes et al. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 3, p. 504-509. June 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680318i>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

CRUZ, Marly Marques da. *Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p. 21-33. 2011. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_14423743.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf)>. Acesso em 06 Mai. 2016.

DAL-FARRA, Rossano André; GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 587-597. Dec. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000400015>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53. Mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

DURGANTE, Carlos Eduardo A., GONÇALVES, Ana Claudia M. *Práticas complementares para a saúde integral*. Rio de Janeiro: Ideia Jurídica, p. 01-176, 2013.

ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes et al. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.

34, n. 4, p. 98-106. Dec. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

EVANGELISTA, Carla Braz et al . Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182. Mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>>. Acesso em: 16 Abr. 2016.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre , v. 18, n. 3, p. 381-389. Dec. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>>. Acesso em: 02 out. 2015.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; GUIMARAES, Maria Beatriz Lisbôa. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 383-394. June 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al . Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455. Aug. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272. June 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34. Apr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000100002>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GOMES, Daniela Rodrigues Goulart; PROCHNO, Caio César Sousa Camargo. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Saúde soc.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 780-791. Sept. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015134338>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

GRESCHAT, H. J. O que é a ciência da religião? São Paulo: Paulinas, 2005.

GUERRA, João Pedro Miller. A medicina em Portugal na Idade Média. In: GUERRA, João Pedro Miller (org.). *História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal*. Lisboa: Publicações do Segundo Centenário da Academia de Ciências de Lisboa, p. 620-651. 1986.

GUERRERO, Giselle Patrícia et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59. Feb. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GUSSI, Maria Aparecida; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 337-384. June 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300017>>. Acesso em: 10 out. 2014.

GUTZ, Luiza; CAMARGO, Brígido Vizeu. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804. Dec. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400013>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

INSTITUTO HUMANAS UNISINOS. *Neuroteologia: Deus e o cérebro*. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2001. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/510514-neuroteologia-deus-e-o-cerebro>. Acesso em: 13 mar. 2016.

KOENIG, Harold George; MCCULLOUGH, Michael. E.; LARSON, David. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University, 2001.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B., & LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. Estados Unidos: *Annals of Pharmacotherapy*, v. 35, n. 3, p. 352-359. 2001. Disponível em: <[http://reflexaoespirita.org.br/reflexaoespirita/art\\_cientificos/religiao\\_e\\_enfrentamento.pdf](http://reflexaoespirita.org.br/reflexaoespirita/art_cientificos/religiao_e_enfrentamento.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2016.

KOENIG, Harold. G., LINDA, George. K., TITUS, Patrícia. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. New York: *Journal of American Geriatrics Society*, v. 52, n. 4, p. 554-62. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066070>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

KOENIG, Harold George. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. 2. ed. São Paulo: FE Editora Jornalística Ltda, 2012a.

KOENIG, Harold George. *Medicina, religião e saúde*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012b.

LEVIN, Jeff. Deus, fé e saúde. *Explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Editora Cultrix, 2001.

LISBOA, Carlos Alberto; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira; ALMEIDA Eurivaldo Sampaio de. *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda, 1998. Disponível em: <[file:///C:/Users/Saude/Downloads/saude-cidadania-vol-01-distritos-sanitarios-concepcao-e-organizacao-\[443-090212-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Saude/Downloads/saude-cidadania-vol-01-distritos-sanitarios-concepcao-e-organizacao-[443-090212-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 06 Mai. 2016.

LUCHESE, Fernando A.; KOENIG, Harold G.. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, São José do Rio Preto, v. 28, n. 1, p. 103-128. Mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20130015>>. Acesso em: 22 Fev. 2016.

LUENGO, Camila de Moura Leite; MENDONCA, Adriana Rodrigues dos Anjos. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 380-387. Aug. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222020>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

LUZ, Kely Regina da et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 67-71. Feb. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>>. Acesso em: 09 Ago. 2016.

MARQUES, José. *A assistência no Norte de Portugal nos finais da Idade Média*. Universidade do Porto: Faculdade de Letras. 1989.

MARTINS, Maria Evangelista et al. Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1340-1347. Dec. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600009>>. Acesso em: 01 Mai. 2016.

MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein et. al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009; v. 17, n. 1, p. 111-117. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em 05 Mai. 2016.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035. Dec. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400006>>. Acesso em: 12 Out. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno humaniza SUS. *Atenção hospitalar*. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf)>. Acesso em: 05 Ago. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. *Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <[www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br)>. Acesso em 03 Mai. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conceitos e definições em saúde*. Brasília: Secretaria Nacional De Ações Básicas De Saúde, 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 05 Ago. 2016.

MIRANDA, A. C. S. Expectativas dos Clientes Hospitalizados Frente ao Relacionamento com a Equipe de Enfermagem. Brasília: *R. Bras. Enferm.*, v. 50, n. 20, p. 183-186. Abr./jun., 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n2/v50n2a05.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

MOURA, G. C. M. Urgência subjetiva e tempo: o que é isto? In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital: tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250. Sept. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>>. Acesso em: 05 Aug. 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>>. Acesso em: 19 July 2016.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367. Apr. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 437-440. June 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300021>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 52-60. Mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100007>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

NOIA, Tainan de Cerqueira et al. Enfrentamento do diagnóstico e hospitalização do filho com câncer infantojuvenil. *Invest. educ. enferm*, Medellín, v. 33, n. 3, p. 465-472. Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a10>>. Acesso em: 12 Mai. 2016.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 549-560. Sept. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0265>>. Acesso em: 08 Mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa: Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá, 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em 18 Mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Nova Iorque: Nações Unidas, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 16 Mar. 2016.

PAIVA, Geraldo José de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104. Mar. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100011>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>>. Acesso em: 11 out. 2014.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516. Dec. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

PAREJA, Juliana Maria Damelines et al. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde - doença familiar. *Saude soc.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 133-144. Mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016152797>>. Acesso em: 06 Mai. 2016.

PASSOS, Silvia da Silva Santos; PEREIRA, Álvaro; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 539-545. Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500090>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

PAULA, Érica Simpionato de; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 100-106. Feb. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100015>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

PENHA, Ramon Moraes; SILVA, Maria Júlia Paes da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268. June 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200002>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

PESSINI, Leo. *Espiritualidade e arte de cuidar*. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2010.

PONTE, Keila Maria de Azevedo et al. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 666-673. Dec. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400004>>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

PORTER, Roy. *Hospitais e cirurgia*. In: Cambridge - História Ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. *Espiritualidade e Saúde: uma experiência na graduação em*

medicina e enfermagem. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255. Mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 537-543. Sept. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300016>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

RIBEIRO, Circéa Amália; ANGELO, Margareth. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.39, n.4, p.391-400. 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/60.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1773-1789. Jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

ROCHA, Ana Carolina Albiero Leandro da; CIOSAK, Suely Itsuko. Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 87-93. Dec. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SÁ, Isabel Guimarães. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império português, 1500-1800*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses. 1997.

SAAD, Marcelo; NASRI, Fabio; KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008.

SALGUEIRO, J. B., GOLDIM, J. R. *As múltiplas interfaces da bioética com a religião e a espiritualidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 73-81. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700010>>. Acesso em: 08 out. 2014.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-272. Apr. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SANTOS, Cristian José Oliveira. O culto católico e a representação do corpo masculino na literatura anticlerical brasileira (século XIX). *Varia hist.*, Belo Horizonte, v. 30, n. 53, p. 443-459. Aug. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/vh/v30n53/07.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

SANTOS, Gorete; SOUSA, Liliana. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 755-765. Dec. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400014>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

SANTOS, Neyde Cintra dos; ABDALA, Gina Andrade. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805. Dec. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SANTOS, Wagner Jorge dos et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2319-2328. Aug. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

SCHLEDER, Letícia Preti et al. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 71-78. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100012>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Rio de Janeiro: Physis: *Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 29-41. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em: 02 mai. 2016.

SEPARAVICH, Marco Antonio Alves; CANESQUI, Ana Maria. Representações religiosas na experiência com a enfermidade: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 01-10. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00024915>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SILVA, Fernanda Aldrigues Crispim, et al., Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. Rio de Janeiro: *Esc Anna Nery*, v. 13, n. 2, p. 334-41. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a14>>. Acesso em: 04 mai. 2016.

SILVA, Joicilene Oliveira da et al. Spiritual dimension of pain and suffering control of advanced cancer patient. Case report. *Rev. dor, São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 71-74. Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150014>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 147-154. Mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SOUZA, Cristiane Chaves de; ARAUJO, Francielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151. Feb. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Ago. 2016.

SOUZA JUNIOR, Eli Ávila et al. Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 615-622. Dec. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233098>> Acesso em: 26 jan. 2016.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopes; FERREIRA, José Henrique Germann. *Planejamento em saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/wiki/images/a/ae/Saude\\_cidadania\\_vol2.pdf](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/wiki/images/a/ae/Saude_cidadania_vol2.pdf). Acesso em: 02 mai. 2016.

TRENTINI, Mercedes et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 38-45. Feb. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 ago. 2016.

TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jésia. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 167-177. June 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

VALCANTI, Carolina Costa et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 838-845. Aug. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400008>>. Acesso em: 22 Jan. 2016.

VEIT, Carina Maria; CASTRO, Elisa Kern de. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 1-22. Mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

VERAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332. June 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200011>>. Acesso em: 20 Abr. 2016.

XAVIER, Thaís Grilo Moreira et al. Classe hospitalar: produção do conhecimento em saúde e educação. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, v. 19, n. 4, p. 611-622. Dec.

2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382013000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382013000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mai. 2016.

WOODWARD, Kenneth. *Faith is more than a feeling*. Estados Unidos: Newsweek, p. 41-42. 2001. Disponível em: <<http://www.newsweek.com/faith-more-feeling-152881>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Amendments to the Constitution*. France: IARC Monographs, 1999. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA52/ew24.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf). Acesso em: 18 mar. 2016.



## ANEXO A – Questionário

**Entrevistador:**

**Entrevistado:**

### 1) Dados sociodemográficos:

Gênero:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Motivo da hospitalização:

### 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. *Uma vez por semana*
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

### 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como

## ANEXO B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Religião e Espiritualidade de pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo em Nanuque-MG**, sob a responsabilidade do pesquisador **Elon Saúde Caires**, a qual pretende **avaliar a influência da religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização**.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma **entrevista sobre o Hospital Renato Azeredo e atendimentos realizados**. A entrevista será gravada e depois transcrita para o questionário em sua forma literal.

Se você aceitar participar, estará contribuindo com um trabalho que visa identificar pontos relevantes que poderão auxiliar pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, a saber lidar com o quadro patológico, tendo a religião e espiritualidade como parte do processo de enfrentamento da hospitalização, a fim de melhorar a qualidade de vida e amenizar a dor e/ou sofrimento dos pacientes.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (33) 98825-0637.

### Consentimento Pós-Informação e Unida de Vitória

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXO C – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Religião e Espiritualidade de pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo em Nanuque-MG**, sob a responsabilidade do pesquisador **Elon Saúde Caires**, a qual pretende **avaliar a influência da religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização**.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma **entrevista sobre o trabalho religioso que é realizado no Hospital Renato Azeredo**. A entrevista será gravada e depois transcrita para o questionário em sua forma literal.

Se você aceitar participar, estará contribuindo com um trabalho que visa identificar pontos relevantes que poderão auxiliar pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, a saber lidar com o quadro patológico, tendo a religião e espiritualidade como parte do processo de enfrentamento da hospitalização, a fim de melhorar a qualidade de vida e amenizar a dor e/ou sofrimento dos pacientes.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (33) 98825-0637.

### Consentimento Pós-Informação e Unida de Vitória

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXO D – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Religião e Espiritualidade de pacientes internados na clínica médica do Hospital Renato Azeredo em Nanuque-MG**, sob a responsabilidade do pesquisador **Elon Saúde Caires**, a qual pretende **avaliar a influência da religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização**.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas há um questionário semiestruturado que contém informação referente há dados sociodemográfico, índice de religiosidade e duas perguntas sobre religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização. A entrevista será gravada e depois transcrita para o questionário em sua forma literal.

Se você aceitar participar, estará contribuindo com um trabalho que visa identificar pontos relevantes que poderão auxiliar pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, a saber lidar com o quadro patológico, tendo a religião e espiritualidade como parte do processo de enfrentamento da hospitalização, a fim de melhorar a qualidade de vida e amenizar a dor e/ou sofrimento dos pacientes.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (33) 98825-0637.

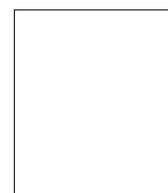
### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui Informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável



Impressão do dedo polegar  
Caso não saiba assinar

## ANEXO E – Questionários respondidos pelos pacientes

Entrevistado P01

1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Masculino

Idade: 79 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: 3ª série

Religião: Católico

Motivo da hospitalização: Acidente Vascular Cerebral - AVC

2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. *Uma vez por semana*
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

Eu acho que é tudo né. Religião é confiar em Deus em primeiro lugar, ter fé.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Com certeza, eu acho que sim, pra mim sim. A gente espera tudo, esperança de sair daí andando né.

## Entrevistado P02

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Masculino

Idade: 38 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: 4ª ano

Religião: Evangélico

Motivo da hospitalização: Dor abdominal

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. *Uma vez por semana*
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. *Dois ou mais vezes por semana*
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

É que a gente tem que andar certo né, andar certo na palavra de Deus para nunca dá errado. A gente sempre tem que pedir a Deus para dar a gente saúde todos os dias.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Sim. Fortalece a gente.

## Entrevistado P03

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Feminino

Idade: 61 anos

Estado civil: Separada

Escolaridade: Analfabeta

Religião: Católica

Motivo da hospitalização: Problema no coração

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. *Uma vez por semana*
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

É assim, uma fé, uma fé graças a Deus. Nada me acontece, tudo eu peço, tudo sai em dias pra mim.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Ajuda. Pego muito com ele né, para me ajudar, me dá minha saúde, pra mim ter minha saúde, voltar para casa tudo bem, fazer minhas coisas dentro de casa, Deus me dá força.

## Entrevistado P04

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Feminino

Idade: 78 anos

Estado civil: Viúva

Escolaridade: 2ª série

Religião: Católica

Motivo da hospitalização: Acidente Vascular Cerebral - AVC

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. *Dois a três vezes por mês*
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. *Em geral é verdade*
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

Fé em Deus e ser honesto comigo mesmo e com os outros.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Com fé em Deus ajuda. Pedindo a Deus força e coragem, fé em Deus mesmo, para que tudo corra bem, que saia tudo bem.

## Entrevistado P05

Entrevista concedida pelo acompanhante do paciente, pois devido o quadro clínico, o mesmo não estava em condições de responder o questionário.

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Feminino

Idade: 69 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: Assina o nome

Religião: Evangélica

Motivo da hospitalização: Depressão

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. *Mais do que uma vez por semana*
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

Para mim é tudo, minha resposta é pra mim é tudo. Hoje nós sem religião não somos nada. Tem que ter um caminho certo pra gente seguir.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Qualquer coisa que for para me ajudar eu acredito. Oração e coração contrito a Deus, que eu tenho muito.

## Entrevistado P06

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Masculino

Idade: 84 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: 2ª série

Religião: Evangélico

Motivo da hospitalização: Problema de coração

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. *Mais do que uma vez por semana*
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. *Poucas vezes por mês*
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

Religião eu acredito o seguinte, porque se eu pegar com Deus, Deus é nosso pai, então ele me conforta. Eu tendo a religião eu acredito que ele me conforta, Deus me livra de muitas coisas.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Sim. Quando eu estou hospitalizado, eu apego com Deus. Eu apego com o meu Senhor e ele me ajuda. Eu sei que muita coisa já me ajudou. Porque muitas vezes, às vezes eu estou sem trabalho, quando eu estava sem trabalho eu pedia o meu Deus, me arranja um trabalho, porque eu estou parado, não tem serviço. Ai me passava para um canto, me dava àquela orientação para eu ir para algum lugar, como eu saí daqui empregado, daqui para São Paulo, eu sou pedreiro. E ai eu acho que ele me ajudou muito dessa forma que eu pedi.

## Entrevistado P07

Entrevista concedida pelo acompanhante do paciente, pois devido o quadro clínico, o mesmo não estava em condições de responder o questionário.

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Masculino

Idade: 79 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: Analfabeto

Religião: Católico

Motivo da hospitalização: Acidente Vascular Cerebral - AVC

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. *Algumas vezes por ano*
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

A religião é tudo, a base de tudo. Eles são muito apegados, devoto, adoração a santo a todo instante, a todo o momento, então é bem forte. É tudo.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Com certeza. Devido à devoção que ele tem nos santos dele. Porque quando eu pronuncio Nossa Senhora Aparecida vai te ajudar, ele aperta minha mão fortemente, me respondendo com a mão, que realmente ela vai ajudar, a fé que ele tem nela.

## Entrevistado P08

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Masculino

Idade: 45 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: 5ª série

Religião: Sem religião

Motivo da hospitalização: Fratura na perna esquerda

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. *Algumas vezes por ano*
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. *Em geral é verdade*
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

## 1) O que significa a religião na sua vida?

Significa que ajuda a gente demais, então a gente tem que confiar nele e seguir a ele, porque se a gente não seguir a ele, não tem outro destino, então a gente sempre tem lembrar dele. Nem que a gente não vai à igreja direto, não congrega, mas sempre a gente tem que estar presente com ele.

## 2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Ajuda. Porque nele a gente acredita. A gente tem que confiar nele para todas as coisas né. Em termos de bens materiais e em termos de doença também. Então ele ajuda sim, com certeza.

Entrevistado P09

1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Feminino

Idade: 72 anos

Estado civil: Casada

Escolaridade: Analfabeta

Religião: Católica

Motivo da hospitalização: Pressão alta

2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. *Algumas vezes por ano*
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

Para mim eu acho que me ajuda muito, porque se eu não tiver fé em Deus eu vou ter em que?

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Ajuda. Ajuda porque eu tendo fé em Deus, Deus me ajuda. Eu pego com Deus e Deus me dá força para vencer a hospitalização. Eu pego com Deus para ele me dar força, me dá coragem.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## Entrevistado P10

## 1) Dados sociodemográficos:

Gênero: Masculino

Idade: 61 anos

Estado civil: Casado

Escolaridade: Analfabeto

Religião: Católico

Motivo da hospitalização: Problema de coração

## 2) Índice de Religiosidade – Escala de Religiosidade da Duke - DUREL (Duke Religious Index):

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. *Algumas vezes por ano*
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. *Diariamente*
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. *Totalmente verdade para mim*
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

## 3) Religião e espiritualidade no enfrentamento da hospitalização

1) O que significa a religião na sua vida?

A religião é essa que Deus me deu desde quando eu nasci e Deus prometeu minha vida, e eu vou acabar com ele mesmo, do modo que eu nasci com ele.

2) A religião e espiritualidade ajudam você enfrentar a hospitalização? Como?

Eu estou apegado com Deus para ajudar né. Que ele sempre dá força pra gente. A gente pega com ele, melhora a gente, a gente vai tomando o remédio também. Dá uma força, que a gente não pode ficar só esperando por ele, a gente tem que fazer uma forcinha pra ele está ajudando.

## ANEXO F – Entrevistas

Entrevistado: E01

Entrevista concedida pela chefe de enfermagem ESS que trabalha no Hospital Renato Azeredo, no qual teve o objetivo de obter informações sobre o mesmo. A entrevistada relatou que o hospital mencionado possui 13 leitos na clínica médica, e que as especialidades médicas são: cardiologista, cirurgião que fica sob aviso, pediatra, obstetra e ortopedista. Quando questionada sobre os atendimentos que são realizados no hospital, a mesma relatou atendimentos pediátricos, de maternidade, internação na clínica médica e procedimentos cirúrgicos. O hospital tem como referência a cidade de Teófilo Otoni-MG, no qual quando é necessário transferir algum paciente, é solicitada a vaga em um sistema online do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a central libera a vaga para o paciente em Teófilo Otoni-MG. O hospital Renato Azeredo atende o município de Nanuque-MG, Carlos Chagas-MG e Serra dos Aimorés-MG. O hospital dispõe de um médico clínico geral de plantão 24 horas, e quando precisa ser realizado algum procedimento cirúrgico de emergência, é acionado o cirurgião que fica sob aviso. O hospital dispõe ainda de chefe de enfermagem 24 horas, técnicos de enfermagem e um coordenador de enfermagem que trabalha em horário administrativo. Ela relatou que quando o paciente chega até o hospital, o mesmo passa por uma triagem com o enfermeiro, que utiliza o protocolo de Manchester, com o intuito de classificar o paciente conforme o risco, e assim realizar os atendimentos por prioridade de acordo o quadro clínico. Todo paciente precisa ser atendido pelo enfermeiro e ser submetido ao protocolo de Manchester antes de ser atendido pelo médico, com exceção dos casos de urgência e emergência.

No hospital são realizados partos normais e cesarianos, atendimentos pediátricos, cirurgias ortopédicas e as cirurgias eletivas estão suspensas no momento, porém nesses casos os pacientes são encaminhados para a referência em Teófilo Otoni-MG. Os diagnósticos realizados por meio de exames laboratoriais são feitos por empresas terceirizadas, no qual a cidade de Nanuque-MG dispõe de três laboratórios, e cada semana um laboratório realiza os exames. Os exames de Raio-X são realizados no próprio hospital e caso haja a necessidade de tomografia computadorizada e ressonância magnética, o próprio paciente que deve arcar com os

custos desses exames, pois o hospital não dispõe desses serviços. Caso o paciente seja transferido para Teófilo Otoni-MG, o mesmo pode ser submetido à tomografia computadorizada e ressonância magnética sem custos. Ela concluiu a entrevista informando que o Hospital Renato Azeredo é classificado como de médio porte e tem um total de 50 leitos.

ESS

Chefe de Enfermagem do Hospital Renato Azeredo



## Entrevistado E02

Entrevista concedida pela técnica em enfermagem SAT que trabalha no Hospital Renato Azeredo há 14 anos, e teve o objetivo de descrever o trabalho religioso que é realizado no hospital.

Já fazia algum tempo que eles viam a necessidade de termos algo assim, voltado para os enfermos aqui no hospital. E eu conversando com a enfermeira R, e ela falava para mim dessa carência, que nós não tínhamos. Ai eu fui até o padre D, cheguei lá e coloquei a nossa situação para ele, e ele também falou que já estava sentindo essa necessidade de estar vindo aqui mais vezes, trazendo essa graça para nós funcionários, para os enfermos, essa proximidade com Jesus eucarístico. Ai eu conversei com ele em uma quarta e quando foi na sexta-feira ele já ligou querendo realizar a missa, ou seja, têm mais ou menos uns 30 dias que a gente está com a missa aqui todas as sextas-feiras e está sendo uma benção.

Os enfermos estão agradecidos por estarem recebendo Jesus eucarístico, os acompanhantes também estão sendo agraciados, os funcionários, a maioria descem para assistirem a santa missa, assistir não, participar, participarem da santa missa, e a gente esta vendo assim só testemunho mesmo, muitos testemunhos, as pessoas assim, S estou agraciada, S eu recebi uma benção, S eu não quero perder essa missa nas sextas-feiras e junto com nós aqui do pronto socorro e os enfermos, vem uma equipe que são as mães que oram pelos filhos. Elas se encontram às 15:00h aqui na igreja São José, logo após esse encontro delas lá, esse momento de intercessão lá, elas vem pra cá, participar da santa missa com a gente também. Ou seja, está beneficiando muita gente, está sendo muito bom. Os pacientes estão envolvidos mesmo e a gente coloca em ação de graça pela vida, pela recuperação da saúde, a gente encontra familiares agradecendo, veio na hora certa.

Com relação a maneira como é feito o convite para participar da santa missa que é realizada nas sextas-feiras, ela disse: nós temos uma ministra extraordinária da comunhão, que chega uns dez minutinhos antes e vai em todas as enfermarias convidando para a missa, pegando as intenções, falando da santa missa para os enfermos. Eu consigo perceber uma total entrega, eles se entregam assim numa profunda fé, é muito lindo, você vê assim os olhinhos deles não viram nem para um lado e nem para o outro, todos voltados para Jesus, é uma profunda entrega, totalmente.

Ela salientou que em termos católicos, é a primeira vez que foi realizada uma santa missa no hospital. Eles depositam tanto a confiança, tanto a fé, que quando eles saem daqui, desse lugar, desse local onde é realizada a santa missa, a gente já pode observar a diferença, eles já chegam perto de mim, porque eu sempre estou aqui nas sextas, eles chegam perto de mim e falam minha filha eu tenho certeza que eu vou ser curada, eu tenho certeza. Tem alguns que falam Jesus já me curou, Jesus já me curou, eles se entregam de tal forma, que, sabe assim, a fé é o fundamento daquilo que não se vê, eles já acreditam que a cura virá mesmo sem ver naquele instante.

Sobre os religiosos que fazem orações nos enfermos diariamente, ela afirmou que: eles são muito bem acolhidos, eles vêm todos os dias, vêm com o maior carinho, eles entram em todas as enfermarias, em todas mesmo, eles não deixam uma sem visitar, oram pelos pacientes e os pacientes também se sentem bem confortados com as orações dos nossos irmãos, eles são bem aceitos aqui. Eu não vejo muito o pessoal do candomblé, da umbanda aqui, pode ser porque eu nunca observei também, mas assim, é mais evangélico do que católico.

Tenho uma experiência que eu fico maravilhada. Eu gosto muito de observar o paciente. Ele chega ao hospital todo agitado, chega sentindo dor, alguns chegam entristecidos, e às vezes, um sorriso, um boa tarde que você dá para o paciente, parece que naquele instante ali, ele fica curado. Os pacientes gostam de serem bem cuidados, eles gostam, eles precisam disso, de serem bem acolhidos por nós que aqui estamos. Mesmo com as dificuldades do dia a dia como você viu hoje, mas assim, o nosso cuidado, o nosso atendimento com eles tem que ser sempre primordial, um tratamento cheio de carinho, de afeto, cuidar, porque a gente não sabe o dia de amanhã.

Quando foi perguntado se ela ora pelos pacientes, ela afirmou: Sim, Eu oro até mesmo pelos instrumentos que eu vou usar. Por exemplo, na minha casa de manhã ou à noite, eu falo Senhor, abençoa todos os instrumentos que eu vou usar amanhã para fazer os curativos, que sejam todos abençoados por ti, ou então eu falo Senhor, eu consagro aqueles instrumentos a ti, o local onde eu trabalho, os pacientes, cada um que vai passar por mim no dia de amanhã eu já consagro a ti. Sempre eu costumo orar, e pelos médicos também que eu trabalho.

Com relação há já ter orado por algum paciente no leito, ela disse: Sim. É uma experiência tremenda, tremenda mesmo. Outro dia, faz um ano mais ou menos,

essa ficou marcada, eu tenho vários casos, mas essa senhora ficou marcada. Eu fazendo o curativo nela, ela é diabética, e ela tinha perdido dois dedinhos do pé, e o Dr. falou assim, você cuida desse pé, porque senão você vai perder a perna, e ela chorava e falou Dr. eu não vou perder minha perna, Deus não vai deixar eu perder minha perna. Ai o Dr. saiu e ela falou S, você ora comigo, eu estou sentindo a necessidade de você orar comigo, ai eu falei sim amada. Nós começamos orar e ela chorava, chorava tanto, que precisava ver, meu coração também chorava junto com ela. Foi um momento muito forte e graças a Deus, o pezinho dela ficou curado e ela não perdeu a perna. Ela veio há falecer esse ano, esse ano ela veio a falecer, porque ela era diabética, mas naquela época que eu estava cuidando do pé, dos dedinhos dela, ela ficou boa, estava indo para a igreja, andando tudo direitinho, e esse ano ela veio a falecer, mas até então, naquele momento, toda vez que ela vinha, ela pedia para mim orar, toda vez. Ficou marcado isso ai para mim.

Ela conclui afirmando: acredito que a religião e espiritualidade ajudam o paciente a enfrentar a hospitalização, pois caminham lado a lado. Porque ao mesmo tempo eu funcionária, técnica de enfermagem está atendendo um paciente, ao mesmo tempo do lado tem que ter eu com a vida espiritual, ou seja, levar uma palavra de conforto, levar Jesus até aquele paciente, ser mais dócil, mostrar para o paciente que aquele momento ali passa, tudo passa nessa vida, é uma fase, essas fases passam, isso é muito importante.

SAT

Técnica de enfermagem do Hospital Renato Azeredo

Entrevistado: E03

Entrevista concedida por NGS que realiza trabalho religioso voluntário no Hospital Renato Azeredo. Quando questionada de como iniciou o trabalho de orar pelos enfermos do hospital ela relatou: Primeiro, quando eu aceitei Jesus, ele me libertou de enfermidades e ai nasceu em mim o desejo de orar por outras vidas, porque eu também recebi oração e através da oração, claro que teve a parte da medicina, mas a medicina, os médicos, Deus dá a eles sabedoria, mas limita e Deus é aquele que não tem limite. Então onde o homem não pode mais, ai o Senhor Jesus começa uma obra, e ai entra o milagre da oração. Quando a gente ora, o paciente aceita que a gente ora, as vezes tem algo nele ali que é para a medicina, mas tem algo que a medicina não faz, e através da nossa oração, Deus faz em Isaias 55 e versículo 6, ele disse assim: Buscai o Senhor enquanto se pode achar, invoca enquanto ele está perto. Então ele quis dizer assim, pode me buscar que eu estou aqui, aproveita agora a oportunidade. Enquanto a gente vem fazer a obra de Deus, nós somos enviados do Senhor, não somos nós que fazemos a obras, porque a obra, o milagre quem opera é o Senhor Jesus, só ele é o dono do milagre. Nós somos só enviados dele. Assim, digo assim, como profeta, de profetizar e através das nossas palavras aquilo acontece pela Graças de Deus, não é por nós não. E ai eu tive a iniciativa de vim fazer a obra de Deus tem cinco anos que eu faço.

Quando foi perguntada a frequência com que ela vai até o Hospital para fazer orações, ela relatou: eu vinha toda quinta, ai depois de uma mudança de oração lá na nossa igreja, eu passei a vim na segunda, toda segunda-feira as três e meia eu estou aqui. Eu venho, oro pelas vidas, aqueles que aceitam, tem alguns que não aceitam, claro que não podemos obrigar, porque Deus nos deu o livre arbítrio de escolha, queremos ou não, e não podemos obrigar. Agora aquele que aceita, eu tenho certeza, assim como Deus fez na minha vida, eu tenho certeza que o milagre acontece na vida deles. E graças a Deus, para a honra e glória do Senhor, as portas sempre são abertas pra gente entrar aqui e fazer a obra, não é só eu, tem mais irmãos que fazem. Mas eu por exemplo, na segunda-feira não estou vendo ninguém. Mas é algo assim, especial e algo que Deus exige, nós não somos assim, de uma religião, nós somos cristãos, porque cremos em algo, cremos que Jesus é poderoso para nos salvar, para curar, para libertar e para nos enviar, para abrir porta que

estão fechadas, que só Jesus pode abrir. Então, nos cremos no poder, no milagre, pela fé.

Com relação à oração que é feita, relatou: Uso um óleo que a gente consagra para trazer para ungi as pessoas. É um óleo que a gente usa, ungi as pessoas. O óleo é passado no local da enfermidade, se o local for local íntimo a gente não vai tocar nele, a gente ungi as mãos e manda que a pessoa coloque em cima, e a pessoa coloca em cima, porque aquele óleo ali, não é aquele óleo que cura, quem cura é Jesus, mas aquele óleo foi ungido pela nossa fé, assim como nós oramos pela enfermidade, aquela enfermidade que a medicina não pode curar, o Senhor cura, assim também nós oramos por aquele óleo, Senhor coloca teu poder, e onde esse óleo tocar, que o teu poder esteja alcançando. Se for uma inflamação, uma infecção, que ele esteja operando o milagre. Tem uma passagem em Mateus 10, capítulo 1 em diante. É um versículo que a gente lê, os doze e a sua missão. Isso aqui a gente lê porque é desde a missão que agente faz, é tipo uma missão missionária. Que diz assim: E, chamando os seus doze discípulos, deu-lhes poder sobre os espíritos imundos, para os expulsarem, e para curarem toda a enfermidade e todo o mal. Jesus enviou estes doze, e lhes ordenou, dizendo: Não ireis pelo caminho dos gentios, nem entrareis em cidade de samaritanos; Mas ide antes às ovelhas perdidas da casa de Israel; E, indo, pregai, dizendo: É chegado o reino dos céus. Curai os enfermos, limpai os leprosos, ressuscitai os mortos, expulsai os demônios; de graça recebestes, de graça dai. Então essa é a passagem que o Senhor Jesus manda, porque nós recebemos de graça, gratuitamente, porque Jesus morreu na cruz por nós, nós não pagamos nada, e ele morreu por amor a nós. Nós não merecemos, somos pecados, cheios de falhas, nós não merecemos nada, merecemos ser queimados no fogo do inferno, mas porque Jesus é misericordioso e nos ama com um amor muito grande, nos deu essa oportunidade de hoje nós estarmos aqui, e nos deu palavra para chegar, e uma pessoa esta ali, porque quem está no leito da enfermidade, está ali, no vale da sombra da morte, esperando o que né. Pensa tanta coisa, vem tanta coisa na cabeça, e chega uma palavra de conforto, e diz não meu amigo, não se desanime, Jesus é contigo. Ele curou, ele me curou, fez algo na minha vida, conta o testemunho da gente, aquilo alegre, anima a pessoa. É tipo assim, ressuscita a fé da pessoa. Eu já cheguei aqui, e estava uma pessoa chorando, Às vezes com a mãe ali, prestes a partir desta, e chega, fala não, não chora e faz uma oração, e Deus consola aquele coração. Através daquele filho que

está ali chorando pro causa daquela mãe, a gente faz aquela oração, unge com o óleo e vem o conforto no coração, Deus olha, porque a bíblia fala aqui também de uma mulher, uma viúva que ela não tinha mais ninguém, tinha perdido o esposo, e ia sepultar o único filho e ela encontrou com Jesus, e Jesus viu ela chorando e teve compaixão dela e ressuscitou aquele filho dela. Quer dizer que a tristeza encontrou a alegria, Jesus trouxe alegria para aquela mulher. Então é por isso que nós fazemos essa missão. Eu mesmo faço com todo amor do meu coração. Eu chego e oro como todo o meu coração, com toda a minha alma, eu tenho prazer em vim e orar pelas pessoas.

Com relação a experiência que ela já vivencia há cinco anos, foi questionada se a religião e espiritualidade ajudam os pacientes a enfrentar a hospitalização. Ela afirmou: Isso eu não tenho dúvidas. Não tenho dúvidas. É porque, você chega ali, a pessoa está triste, deprimida, tem pessoas que nem o familiar vem aqui ver. Então a gente chega visita, faz uma oração e Deus começa a trabalhar no psicológico daquela pessoa, porque a pessoa que está ali em cima da cama, tem hora que ele está tão atormentado que ele não sabe mais no que acreditar, em quem confiar. E quando você chega e proclama o nome de Jesus, porque o nome de Jesus está acima de tudo e de todos. E Deus disse assim, nenhuma palavra volta vazia, porque antes o Senhor prospera naquilo a quem o enviou. Então nós somos o enviado e nenhuma palavra que a gente chegar aqui e proclamar no nome de Jesus, ela volta vazia. Tem pessoas que está no vale da sombra da morte. Uma vez, eu tinha uma amiga minha, e eu não tive a oportunidade de falar de Jesus para ela, a gente se conheceu antes. Quando eu cheguei aqui, ela estava já só esperando a hora da partida. E eu cheguei, ungi ela, orei e falei Senhor, eu conheço essa senhora, mas ainda não tive oportunidade de falar do Senhor para ela, e eu vou pedir ao Senhor, se é da tua vontade de Deus, não é nossa. Se é da tua vontade e o Senhor puder trazer ela de volta a vida, para que no próximo dia que eu chegar aqui, ela esteja consciente, para que eu fale do Senhor e ela me diga com a sua boca se ela quer ou não, porque a palavra de Deus diz que todo joelho vão se dobrar e toda língua vai confessar que Jesus é o salvador, não vai ficar uma, não vai ficar, é a palavra de Deus que fala. Um dia, vai ter que dobrar o joelho e confessar Jesus é o salvador, porque é só ele que é, não existe outro Deus, nada, nada nada que possa nos salvar a não ser Jesus. E quando eu cheguei, ela estava sentada, e eu li o versículo para ela em Mateus 11, 28 que fala assim: vinde a mim tu que estas cansado, oprimido e

sobrecarregado que eu vos aliviarei. Tomai sobre vós o meu jugo, aprendei de mim porque sou manso e humilde de coração. Ai eu li para ela e falei assim: Olha eu estive aqui, orei pela senhora, e Deus trouxe a senhora de volta a vida consciente igual eu pedi a ele porque eu queria falar com a senhora. A senhora aceita Jesus como seu salvador? Ela disse não, agora não. Então ali o sangue dela não está mais sobre mim, amanhã quando o Senhor Jesus, porque hoje nós temos o senhor como nosso advogado, mas amanhã ele vai ser o nosso juiz. E vai nos julgar, pelo que fizemos de bom e de ruim aqui nessa terra. E ai eu falei, quando o Senhor for te julgar, a senhora não vai dizer, eu não ouvi ninguém falar. Então depois de dois meses ela morreu. Mas Deus fez a vontade, porque é da vontade de Deus que todos se salvem. As pessoas falam assim, os crentes falam que Jesus vai voltar e até hoje Jesus não voltou, mas ainda tem muita pessoa que ainda não decidiu, e Deus quer que todos se salvem. Ele não quer que ninguém pereça, ele é o salvador de todos, da humanidade, ele não é só de um, ele é de todos, mas a escolha é nossa, se queremos ou não.

A semana passada eu cheguei aqui, e estava um senhor que não estava nem aguentando levantar, te conto aqui com a pureza de Deus. E eu perguntei assim, o senhor quer que eu ore pelo senhor? Porque primeiro a gente pergunta, a gente não pode ir chegando, porque a gente não sabe a vontade da pessoa. Aí ele disse, a senhora faz uma oraçãozinha. Aí eu falei, moço não existe oração minúscula, existe oração de poder. Ainda que sejam três palavras. E aí eu estendi as minhas mãos, eu nem ungi ele com óleo, eu só estendi as minhas mãos e falei: ó Deus, eu não sei o que ele tem, mas o senhor conhece, ele é a tua imagem, a tua semelhança, então eu quero pedir o senhor, toca nele, da cabeça até a terça ponta dos pés, e seja qual for a origem dessa enfermidade, que ainda não foi alcançada pela medicina, que o Senhor alcance e opere o milagre e virei às costas. Fui orar em outro quarto, em outro paciente. Quando eu saí, ele já estava sentado, sorrindo. Aí ele olhou para mim e falou assim, ô dona, faz favor, eu voltei. Ele disse assim: Deus que ajude a senhora, eu falei amém. Aí quando eu saí eu falei é Deus, muito obrigado, porque a oração foi rápida e objetiva. Então é muito bom, aquilo a gente sai com o coração que não sabe como fazer, de tanta alegria, pelo Senhor ter feito aquele milagre, porque tem hora que a pessoa nem tem fé direito, nem quer. Pela fé da gente, a gente vai, porque nós viemos aqui para orar, então Deus opera o milagre para mostrar para a pessoa que Ele é Deus, que Ele é poderoso, que aquela oração

não vai ser porque a pessoa olha e vê a gente, mas ali nós somos enviados por Deus. Aquelas palavras que sai da nossa boca não é nossa, é Deus que coloca naquele momento, porque é o poder dele, Ele quer operar maravilhas, Ele é Deus de maravilhas.

Em uma certa época aqui, eles não abriam as portas para cristão entrar para orar não, era muito difícil. Para entrar era aquela exigência, mas ai o evangelho foi se expandido, e o povo foi tomando mais conhecimento, amis conhecimento , hoje a gente entra aqui e hora. Tinha um hospital aqui que fechou, que eu fazia obra nele, misericórdia, era uma democracia pra gente entrar. Ai um dia eu cheguei a falar com o porteiro, deixa eu te falar uma coisa aqui. Se alguma pessoa sair desse mundo sem salvação, a reponsabilidade é sua, sabe porque? Porque o senhor está impedindo a gente de orar, e a oração salva, cura e liberta. Então em Tiago tem, que a oração dos justos salva o doente, e se nós estiver cometido pecado, por causa do nosso pecado é que nós passamos pelas enfermidades, nós somos pecadores, cometemos algo que não agrada os olhos de Deus e ai o mal vem e nos atinge, porque Deus não o homem para ficar no leito de hospital, Deus não fez o homem para morrer a tiros, a facada, nada disso, mas o homem é que escolhe, por causa do pecado, o homem que escolhe. A mente do homem volta mais para as coisas do pecado do que para as coisas de Deus. Porque existem dois caminhos, ou segue para você ser feliz, ou segue outro para você ser infeliz. Porque que infeliz? Porque é tipo assim, quando você pratica tudo que Deus não agrada, vocês está sendo infeliz, porque você está tomando caminho diferente, o caminho que o Senhor não escolheu para você, e quando nós não desobedecemos a Deus e trilhamos o caminho bom, nós estamos nos desviando do mal e caminhando para o bem. Deus não tem prazer na morte do ímpio. Deus tem prazer na morte do justo. Porque? Porque o justo quando parti desse mundo, a alma dele tem o descanso eterno, e o ímpio ele escolhe a sua própria mote, morre fora de época, porque às vezes, tipo assim, ele pega uma faca para matar o outro e ele acaba morrendo. Ele procurou a sua própria morte e Deus não tem prazer nessa morte, Deus simplesmente tem a chave da nossa vida, foi ele que nos deu e só ele tem o poder de tirar. Agora quando nós escolhemos caminhos diferentes, ele deixa, ele deixa de lado. É por isso que acontece muitas coisas, é o pecado, a nossa desobediência, da nossa falta de conhecimento. A palavra de Deus diz que o povo perece por falta de conhecimento, porque não procura conhecer a palavra de Deus, examinar a palavra de Deus.

Obedecer, porque é renuncia, tem muita coisa na nossa vida que é renúncia, não podemos simplesmente dizer assim, eu sirvo a Deus e viver de qualquer maneira não, nós temos que renunciar.

NGS

Cristã evangélica

Realiza orações nos pacientes do hospital Renato Azeredo



Entrevistado: E04

Eu visitando os doentes, uma das médicas que trabalha ali, ela reclamou que os católicos não estavam indo muito e precisava fazer alguma coisa, porque os evangélicos que estavam mais frequentando e visitando. Aí me deu um toque, uma vontade de fazer alguma coisa, aí eu pensei e fiz um contato com a técnica de enfermagem SAT e falei: vê se você consegue um local aí para começar a celebrar a missa toda sexta às quatro horas da tarde. Com isso, os ministros da eucarística levam a comunhão para os doentes, então logo saem, elas comungam e já levam para os doentes que são católicos. Eles já estão dando depoimentos de que estão mudando, as coisas estão melhorando e os enfermeiros participam, os pacientes também quando podem participam da missa e está sendo bom, além do pessoal do hospital, tem o grupo das mães que rezam aqui na igreja e depois daqui, elas vão para lá também, então é um grupo bom.

Eu sinto que não dá para todos participarem, mas pelo menos a gente reza por eles, a intenção é para os que estão ali, para os que trabalham e os responsáveis também, para que possam atender com mais carinho, porque a pessoa já sofre e se tem um tratamento deficiente, sofre mais ainda, então a gente reza para que isso aconteça. Você não pode fazer mais coisa, pelo menos rezar, pedir a Deus por eles.

Com certeza a religião e espiritualidade ajudam o paciente a enfrentar a hospitalização. Quando me chamam e tem alguém que esta correndo risco de vida, de morte né, eu vou, dou a unção e muitas vezes eles recuperam, sempre acontece isso. Se for um caso que não tem jeito mesmo, ele já fica pronto para partir, mas na maioria das vezes eles se recuperam. A comunhão também ajuda e dá força.

A oração é o que nos dá força sempre. Quando a pessoa recebe o sacramento da confissão ou da unção, que são os dois sacramentos que a pessoa recebe e dá uma força muito grande, uma esperança de luta pela saúde.

Eu sempre visitava os doentes quando alguém me chamava, quando tinha algum paciente que precisava, mas eu sempre estou atendendo.

DS

Padre que realiza missa e visita aos enfermos no hospital Renato Azeredo