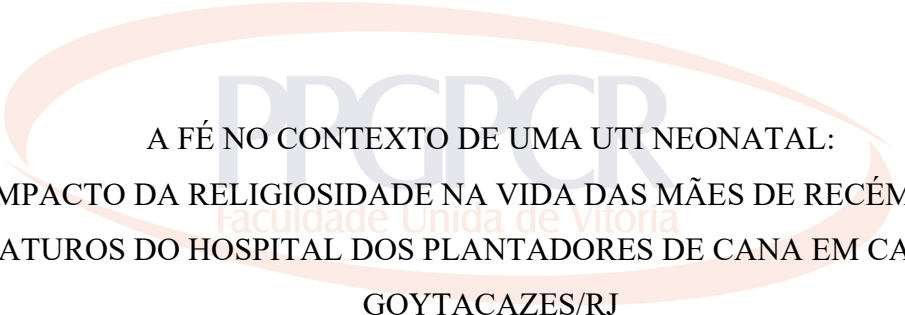


FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

FABIANO CÓRDOVA GUIMARÃES



A FÉ NO CONTEXTO DE UMA UTI NEONATAL:
O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE NA VIDA DAS MÃES DE RECÉM-NATOS
PREMATUROS DO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA EM CAMPOS DOS
GOYTACAZES/RJ

FABIANO CÓRDOVA GUIMARÃES

A FÉ NO CONTEXTO DE UMA UTI NEONATAL:
O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE NA VIDA DAS MÃES DE RECÉM-NATOS
PREMATUROS DO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA EM CAMPOS DOS
GOYTACAZES/RJ



Trabalho de Conclusão de Curso na forma de
Dissertação de Mestrado Profissional como
requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade
Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação
em Ciências das Religiões. Área de
Concentração: Religião e Sociedade. Linha de
Atuação: Religião e Espaço Público.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Vitória - ES
2021

Guimarães, Fabiano Córdova

A fé no contexto de uma UTI Neonatal / O impacto da religiosidade na vida das mães de recém-natos prematuros do Hospital dos Plantadores de Cana em Campos dos Goytacazes/RJ / Fabiano Córdova Guimarães. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2021.

x, 90 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2021.

Referências bibliográficas: f. 73-81

1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Recém-nascido.
4. Prematuridade. 5. Sofrimento. 6. Sofrimento. 7. Religiosidade e espiritualidade.
- Tese. I. Fabiano Córdova Guimarães. II. Faculdade Unida de Vitória, 2021. III.
Título.

FABIANO CÓRDOVA GUIMARÃES

A FÉ NO CONTEXTO DE UMA UTI NEONATAL: O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE
NA VIDA DAS MÃES DE RECÉM-NATOS PREMATUROS DO HOSPITAL DOS
PLANTADORES DE CANA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Faculdade Unida de Vitória

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 Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA (presidente)



Doutor Valdir Stephanini – UNIDA



Doutora Léia Damasceno de Aguiar Brotto – UFES

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus que além de me abençoar com uma nova vida, tem sido o provedor fiel de todas as necessidades do meu corpo, da minha alma e do meu espírito.

À Juliana, minha esposa, e aos meus filhos, João Pedro e Ana Júlia, por serem minhas fontes humanas de felicidade.

Ao meu pai Delaci e minha mãe Maria Lair, pelo legado de vida sacrificial pela família.



RESUMO

A presente Dissertação de Mestrado objetiva descrever as principais percepções do comportamento de mudança, quanto às práticas espirituais e religiosas, de algumas mães na UTI Neonatal ao enfrentarem as adversidades da prematuridade dos seus bebês, a partir da observação das mães que se diziam “sem religião” ou “não acreditavam em Deus”, e que diante do impacto negativo da dor tiveram uma experiência de fé. Para a família do bebê prematuro, em especial para as mães, a prematuridade estabelece uma condição de dor e sofrimento ao ver seu ente querido e frágil em condição de vulnerabilidade e hospitalização, sendo submetido a variadas e constantes manipulações e intervenções, por vezes invasivas. Com base nessa ambiência, foram estabelecidas como questões-problema: de que forma as práticas da fé são desenvolvidas e manifestadas pelas mães no decorrer do processo de internação de recém-nascidos prematuros em UTI Neonatal, visando a sua pronta recuperação deles? Como a religião é compreendida por essas mães no enfrentamento da dor e incerteza do prognóstico do seu bebê? Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, realizada por meio de uma Revisão de Literatura, subsidiado em teóricos como: Rigacci Jr., Rieth, Dalgalarondo, Cervelin e Kruse, entre outros, a fim de demonstrar o valor teórico-metodológico do referido tema, evidenciando alguns conceitos como: prematuridade, espiritualidade, religiosidade, saúde do corpo, unidade de terapia intensiva, humanização, e manifestação da fé materna no enfrentamento da dor. Esta dissertação propôs ainda a realização de uma Pesquisa de Campo numa UTIN visando investigar as experiências de fé vivenciadas por 50 mães de recém-nascidos frente à hospitalização dos seus bebês. Os resultados da pesquisa evidenciam uma maior adesão por parte das mães entrevistadas às práticas religiosas, após do nascimento dos seus bebês prematuros.

Palavras-chave: Recém-nascido. Prematuridade. Sofrimento. Religiosidade. Espiritualidade.

ABSTRACT

This Master's Thesis aims to describe the main perceptions of changing behavior, regarding spiritual and religious practices, of some mothers in the Neonatal ICU when facing the adversities of prematurity of their babies, from the observation of mothers who said they were "without religion" or "did not believe in God", and that faced with the negative impact of pain, they had an experience of faith. For the premature baby's family, especially for mothers, prematurity establishes a condition of pain and suffering when seeing their loved ones and fragile in a condition of vulnerability and hospitalization, being subjected to varied and constant manipulations and interventions, sometimes invasive. Based on this ambience, the following problem-questions were established: how are the practices of faith developed and manifested by mothers during the hospitalization process of premature newborns in the Neonatal ICU, aiming at their prompt recovery? How is religion understood by these mothers in coping with the pain and uncertainty of their baby's prognosis? This is a qualitative research, carried out through a Literature Review, supported by theorists such as: Rigacci Jr., Rieth, Dalgalarondo, Cervelin and Kruse, among others, in order to demonstrate the theoretical-methodological value of the aforementioned theme, highlighting some concepts such as: prematurity, spirituality, religiosity, body health, intensive care unit, humanization, and expression of maternal faith in coping with pain. This dissertation also proposed the realization of a Field Research in a NICU aiming to investigate the faith experiences lived by 50 mothers of newborns facing the hospitalization of their babies. The survey results show a greater adherence by the interviewed mothers to religious practices, after the birth of their premature babies.

Keywords: Newborn; Prematurity; Suffering; Religiosity; Spirituality.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS	8
LISTA DE SIGLAS	9
INTRODUÇÃO.....	10
1 A SAÚDE SOB A ÓTICA DA ESPIRITUALIDADE / RELIGIOSIDADE	15
1.1 O ser humano religioso x o ser humano espiritual	15
1.2 Considerações sobre a origem das manifestações de fé em prol da saúde do corpo.....	27
2 O AMBIENTE DA UTI NEONATAL E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO.....	35
2.1 A prematuridade e o surgimento / evolução da neonatologia	36
2.2 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal como um espaço constituído por esperança, dor e luta dos recém-natos prematuros pela vida.....	42
3 PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE FÉ DAS MÃES DE RECÉM-NATOS PREMATUROS EM PROCESSO DE INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA (HPC).....	54
3.1 Caracterização do local e da amostra da pesquisa.....	54
3.2 Resultados e Análise da Pesquisa de Campo acerca das manifestações religiosas de mães de UTI Neonatal do HPC no enfrentamento da dor	57
3.2.1 Caracterização da amostra.....	58
3.2.2 Principais Causas de Internação	59
3.2.3 Frequência às Reuniões	60
3.2.4 Hábitos Religiosos.....	62
3.2.5 Práticas Religiosas diante das incertezas e sofrimentos	65
CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A - MODELO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES DE UTIN	82
ANEXO B - TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1. Concepção de religiosidade, religião e espiritualidade.....	27
Figura 2. Ilustração retratada por Jean Debret de um cirurgião negro praticando sangria.....	32
Figura 3. Idade Gestacional (semanas).....	37
Figura 4. Primeira incubadora de Tarnier.....	39
Figura 5. Recém-nato sob os cuidados especializados da UTIN.....	44
Figura 6. Fachada do Hospital dos Plantadores de Cana.....	55

GRÁFICOS

Gráfico 1. Faixa Etária das Mães Entrevistadas.....	58
Gráfico 2. Grau de Escolaridade das Mães Entrevistadas.....	58
Gráfico 3. Causas de Internação na UTIN.....	59
Gráfico 4. Frequência das mães entrevistadas às reuniões religiosas antes do nascimento do bebê.....	60
Gráfico 5. Frequência das mães entrevistadas a reuniões religiosas após internação do filho na UTIN.....	61
Gráfico 6. Prática religiosa das mães entrevistadas antes do nascimento do filho.....	63
Gráfico 7. Grau de importância da prática religiosa na vida das mães entrevistadas antes do nascimento do bebê.	64
Gráfico 8. Grau de importância da prática religiosa na vida das mães entrevistadas após internação do RN na UTIN.....	64

LISTA DE SIGLAS

a.C. -	Antes de Cristo
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AFAMCI -	Associação Fluminense de Assistência à Mulher, à Criança e ao Idoso
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
COINN -	Conselho Internacional de Enfermeiras Neonatais
FEBRASGO -	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FMRP -	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HPC -	Hospital dos Plantadores de Cana
ICM -	Confederação Internacional de Parteiras
IG -	Idade Gestacional
IPA -	Associação Internacional de Pediatria
NIDCAP -	<i>Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program</i>
PNHAH -	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH -	Política Nacional de Humanização
OMS -	Organização Mundial da Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
RN -	Recém-Nascido / Recém-Nato
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFES -	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP -	Universidade de São Paulo
USAID -	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
UTIN -	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO -	World Health Organization

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado tem como finalidade apresentar o tema – A fé no contexto de uma UTI Neonatal: o impacto da religiosidade na vida das mães de recém-natos prematuros do Hospital dos Plantadores de Cana em Campos dos Goytacazes/RJ. O tema em questão situa-se no âmbito das Ciências das Religiões, mais especificamente no contexto das variadas manifestações religiosas apresentadas por mães de bebês prematuros em condição de hospitalização numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em Campos dos Goytacazes, município localizado no norte do estado do Rio de Janeiro.

A temática deste estudo vai ao encontro de uma vivência profissional como médico obstetra, com especialização em gestação de alto risco, atuando desde 2005 como plantonista da Maternidade de Alto Risco do Hospital dos Plantadores de Cana (referência em gestação de alto risco no norte e noroeste do estado do Rio de Janeiro). Durante essa experiência constataram-se vários momentos de enfrentamento das dores das mães cujos filhos são submetidos as intervenções de vários profissionais da saúde e aparatos tecnológicos das UTINs, a fim de restabelecer a saúde dos bebês hospitalizados.

A justificativa para este estudo pauta-se no fato de que, em todo o mundo, cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros ou com baixo peso, ou adoececem logo nos primeiros dias de vida, de acordo com dados de relatório, divulgado em dezembro de 2018, por uma coalizão global¹, que inclui o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O relatório ressalta que todo ano, aproximadamente 1 milhão de recém-nascidos com baixo peso e infecções sobrevivem ao início da vida, porém muitos deles apresentam algum tipo de deficiência, incluindo paralisia cerebral e problemas cognitivos. Com o devido cuidado integral, eles podem viver sem maiores complicações².

No Brasil a situação é considerada preocupante, pois, segundo dados divulgados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, anualmente nascem em torno de 340 mil bebês prematuros, ou seja, “o equivalente a 931 por dia ou a 6 prematuros a cada 10 minutos”. Isso significa que mais de 12% dos nascimentos no País se dão em período anterior

¹ A pesquisa foi realizada pelas seguintes organizações: OMS, UNICEF, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Fundação Bill & Melinda Gates, a instituição sem fins lucrativos *Save the Children*, a Escola de Londres de Higiene e Medicina Tropical, a Associação Internacional de Pediatria (IPA), o Conselho Internacional de Enfermeiras Neonatais (COINN), a Confederação Internacional de Parteiros (ICM), a Fundação Europeia para o Cuidado de Crianças Recém-Nascidas, a Iniciativa para o Nascimento Prematuro, o Centro de Crianças Doentes para a Saúde Global e as instituições *Every Premie at Scale e Little Octopus*. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNICEF FOR EVERY CHILD. *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. 2019. p. 1-162. [online].

² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2019. p. 1.

à gestação completa de 37 semanas, o dobro do percentual do índice de nascimentos prematuros em países europeus³.

O cuidado com o recém-nascido – RN prematuro constitui um grande desafio para a ciência, bem como para os profissionais inseridos na UTIN, cujo foco é a minimização dos índices de morbidade e mortalidade desses bebês⁴. Salienta-se que o objetivo principal de toda UTIN é aliar a tecnologia aos saberes técnico-científicos dos profissionais da saúde, com o intuito de “salvar a vida de crianças que possuem risco iminente de vida”. Trata-se, portanto, de promover melhores condições de atendimento visando a progressão no desenvolvimento e melhora do quadro clínico dos bebês hospitalizados⁵.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que a UTIN é um ambiente que visa restabelecer a saúde dos bebês prematuros, também é um local permeado por dores e sofrimentos de familiares, principalmente de mães impotentes, enquanto os filhos estão sob os cuidados especializados de equipes de saúde. Soma-se a isso todo o aspecto “assustador” de aparelhos, fios, estimulação sonora incessante etc. Um cenário aterrorizante, porém, necessário à sobrevivência do bebê⁶.

É nesse contexto de enfrentamento de dor que muitas mulheres, mães em processo de sofrimento, caminham na busca a fé, por meio da espiritualidade, das religiões, a força, o conforto e a esperança de recuperação dos filhos. É possível perceber então, em meio a esse quadro, que a espiritualidade e/ou a religiosidade⁷ se configuram como relevantes ferramentas, talvez as principais, na vida de muitas mães nessa situação.

Com base nessa ambiência, foi estabelecida a seguinte questão-problema: de que forma as práticas da fé são desenvolvidas e manifestadas pelas mães no decorrer do processo de internação de recém-nascidos prematuros em UTI Neonatal, visando a sua pronta recuperação? E nesse contexto, ainda é possível perguntar: como a religião é compreendida por essas mães no enfrentamento da dor e incerteza do prognóstico do seu bebê?

Com o intuito de contribuir com o acervo de dados de pesquisa sobre a temática que relaciona o ambiente da UTI Neonatal com a religiosidade de mães de recém-natos

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). *Juntos para os bebês nascidos muito cedo, cuidando do futuro*: 17/11 – Dia Mundial da Prematuridade. 16/11/2020. p. 1. [online]

⁴ COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu. *O recém-nascido de muito baixo peso*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 103.

⁵ SOARES, Leticia Gramazio; LIMA, Vanessa Ferreira; SOARES, Larissa Gramazio; BARATIERI, Tatiana; BOTTI, Maria Luciana. Enfermagem neonatal em cuidados intensivos: o olhar das famílias. *Rev. RENE*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p.12-21, jan.-fev. 2014. [online].

⁶ ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 284-292, abr.-jun. 2010. [online].

⁷ Os termos espiritualidade e religiosidade serão definidos ao longo do texto.

prematturos, o referencial teórico, a exemplo de Rieth, Cervelin e Kruse, Rigacci Jr., Dalgalarondo, entre outros contempla várias abordagens que compreendem: os variados aspectos inerentes à prematuridade do recém-nato e a sua hospitalização na UTIN, ambiente paradoxal de esperança e medo; a articulação entre misticismo, espiritualidade e religiosidade no contexto do sagrado e sua associação à busca pela cura do corpo; a relação da manifestação da fé ou espiritualidade das mães dos recém-natos no enfrentamento da dor, da aceitação e da iminente morte dos bebês. A investigação dessas abordagens visa fundamentalmente contribuir para o aumento do arcabouço informativo e referencial referente à temática.

Este estudo estabeleceu como objetivo geral a descrição das principais percepções do comportamento de mudança, quanto às práticas espirituais e religiosas, de algumas mães na UTI Neonatal ao enfrentarem as adversidades da prematuridade dos seus bebês, a partir da observação das mães que se diziam “sem religião” ou “não acreditavam em Deus”, e diante do impacto negativo da dor tiveram uma experiência de fé.

Para subsidiar o objetivo geral, foram definidos como objetivos específicos: i) analisar a espiritualidade e a religiosidade sob a ótica da saúde; ii) apontar a origem das manifestações de fé em prol da saúde do corpo; iii) apresentar os principais fatores que definem a prematuridade do recém-nato; iv) caracterizar a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; v) apresentar algumas percepções sobre as manifestações religiosas de mães de UTI Neonatal no enfrentamento da dor.

Este estudo contempla uma pesquisa de cunho exploratório, descritivo e qualitativo. Exploratório, segundo os seus objetivos, por estabelecer um vínculo maior com o problema investigado “[...] com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão”⁸.

O caráter descritivo e qualitativo refere-se à sua relação com a abordagem do problema, ao promover a interação de determinado componente do mundo real com o sujeito, vinculando indissociavelmente o mundo objetivo à subjetividade, intraduzível em números⁹. A respeito disso, Maria Cecília Minayo evidencia que a preocupação do pesquisador nesse

⁸ SILVA, Edna Lucia da; MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4. ed. revisada e atualizada. Florianópolis: UFSC, 2005. p. 21.

⁹ BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. In: *Em Tese, Revista Eletrônica dos Pós-Graduados em Sociologia Política da UFSC*. v. 2, n. 1 (3). Florianópolis: UFSC, janeiro-julho/2005. p. 70.

tipo de abordagem é com o nível de realidade inquantificável, já que busca elaborar a pesquisa por meio da aproximação social com o objeto de estudo¹⁰.

Quanto ao procedimento, foi feita uma pesquisa bibliográfica a partir da revisão de literatura por meio de levantamento em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS da BIREME, na base de dados BDTD do IBICT, nos *sites* de busca Google Acadêmico e Google Books, e em livros de leitura corrente e de referência.

No que se refere à análise dos dados bibliográficos, foram adotados os seguintes critérios para seleção das publicações: priorizaram-se os textos publicados nos últimos 20 anos, na íntegra e em língua portuguesa, considerados como critérios de inclusão, a partir dos seguintes descritores: Prematuridade, UTI Neonatal, Fé, Espiritualidade e Religiosidade. Além dessas, algumas publicações anteriores foram consideradas, tendo em vista a relevância do tema. Quanto ao critério de exclusão do material bibliográfico, foram descartados aqueles que não cumprissem os critérios de inclusão ora mencionados. Por questões éticas, todas as fontes pesquisadas serão identificadas nas referências bibliográficas.

Esta dissertação propõe-se ainda apresentar uma pesquisa de campo com algumas mães de bebês prematuros em processo de enfrentamento da dor e da espera, identificando-as no âmbito da UTIN do Hospital Plantadores de Cana – HPC, demonstrando a relevância do tema para a sociedade em geral, e principalmente de Campos dos Goytacazes, por tratar-se de instituição hospitalar que atende grande demanda de gestantes do município e localidades limítrofes. Entre as gestantes atendidas, destacam-se as consideradas de alto risco, e é elevada a quantidade de bebês prematuros internados na UTIN, cuja lotação se esgota quase diariamente. A instituição é credenciada junto à Rede Cegonha e registra uma média de 300 nascimentos por mês¹¹.

De acordo com Pierre Bourdieu e Jean Claude Passeron, essa imersão no lócus da pesquisa permite ao pesquisador descer do “pedestal cultural”, ou seja, da sua apropriação de cultura e, a partir daí, compreender o simbolismo da manifestação de fé de cada indivíduo, de acordo com a sua subjetividade¹². No caso específico desta pesquisa, a manifestação de fé das mães de bebês prematuros em estado de internação em UTIN.

Nesse sentido, a fim de subsidiar a temática proposta, esta dissertação está estruturada em três capítulos, estabelecidos da seguinte forma:

¹⁰ MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 22.

¹¹ HOSPITAL PLANTADORES DE CANA – HPC. *Sobre nós: conheça a nossa história*. p. 1. [online].

¹² BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 25.

O primeiro capítulo propõe descrever a busca da saúde no contexto da espiritualidade/religiosidade, a partir da comparação entre o ser humano religioso e o ser humano espiritual. O capítulo destaca algumas manifestações de fé em prol da saúde ao longo da história, ressaltando a forte influência da herança cultural popular no que tange às tradições dos ritos místicos e religiosos visando a saúde do corpo.

O segundo capítulo é dedicado à configuração das principais condições clínicas do recém-nato prematuro, bem como dos cuidados médicos imediatos e fundamentais para a preservação da sua saúde. Além disso, descreve a importância da estrutura física da UTI Neonatal, espaço permeado ao mesmo tempo por apreensões, angústias, fé e esperança.

O terceiro e último capítulo apresenta o resultado da pesquisa de campo realizada, visando investigar as percepções acerca das crenças e manifestações espirituais e religiosas de 50 (cinquenta) mães de recém-natos hospitalizados na UTIN do Hospital Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes, durante o período de fevereiro a abril de 2021. A investigação foi realizada por meio da aplicação de um questionário com perguntas objetivas, considerado este instrumento de coleta de dados ideal na abordagem das mães, sendo, inclusive, preservado o anonimato delas, sem qualquer menção aos nomes ou identidade das entrevistadas. As respostas serão analisadas a luz do referencial teórico estudado.

1 A SAÚDE SOB A ÓTICA DA ESPIRITUALIDADE / RELIGIOSIDADE

A proposta do presente capítulo é apresentar algumas percepções históricas da questão da saúde no âmbito da espiritualidade e da religiosidade, tendo em vista a histórica busca do ser humano pelo transcendental. Essa busca tem sido marcada por manifestações e ações capazes de ensejar variadas sensações e sentimentos remetentes “à sua totalidade enquanto ser humano, à sua espiritualidade, à sua dinâmica profunda da vida”¹³, de modo que ele se construísse integralmente e, ao mesmo tempo, se integrasse a todas as coisas ao seu redor.

1.1 O ser humano religioso x o ser humano espiritual

A dinâmica entre o ser humano e o transcendental relacionada à saúde do corpo está associada às práticas de experimentações sobrenaturais que vêm se perpetuando na história, sendo:

O 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 conhecidos¹⁴.

No contexto das manifestações sobrenaturais presentes na história das sociedades, está o misticismo, que estabelece uma relação com as evocações da existência de Deus, concentrando-se “na ideia do Deus vivo que se manifesta nos atos da Criação, Revelação e Redenção”¹⁵; trata-se de um misticismo judaico experimentado por uma série de estados de modo a atingir a deificação definitiva¹⁶.

Porém, o misticismo vai além dessa relação dual e absoluta do ser humano com Deus estabelecida pelas religiões monoteístas, pois estabelece a experimentação do ser humano com outras divindades a partir da junção dos “fragmentos quebrados pelo cataclismo

¹³ SOUZA, Marco Antônio de. *A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos*. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2009. [online]. p. 32.

¹⁴ REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016. [online]. p. 238.

¹⁵ SCHOLEM *apud* FERREIRA, Carlos Roberto Bueno. Cabala: misticismo, religião ou filosofia. *Scintilla – Revista de Filosofia e Mística Medieval*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 89-106, 2018. [online]. p. 93.

¹⁶ BARROSO, Marco Antônio. Misticismo como forma dinâmica de religião. *Sacrilegens*. Revista dos Alunos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião – UFJF, v. 6, n. 1, p.103-117, 2009. [online]. p. 107.

religioso, para trazer de volta a antiga unidade que a religião destruiu, mas em um novo plano, onde o mundo da mitologia e da revelação se encontram na alma do homem”¹⁷.

Segundo Vanda Nery, as práticas místicas das mais variadas sociedades que buscam a cura de uma doença no corpo, por exemplo, por meio das “benzeções”, não ficaram esquecidas ou estanques no passado, tampouco foram totalmente substituídas pela ciência¹⁸. No Brasil, as “benzeções” devem-se à cultura miscigenada em decorrência da herança dos portugueses que, por sua vez, sofreram influências da população indígena aqui presente e, posteriormente, da população africana, sobretudo das mulheres caboclas e mulatas, conhecedoras de vegetais de poder curativo:

O conhecimento das plantas medicinais da colônia, [...] unido ao das plantas medicinais trazidas pelos portugueses, foi sendo repassado de geração em geração, originando o costume de curar doenças por meio de recursos naturais. Daí a procura pelas rezadeiras para fazer chás, simpatias, rezas e benzeções – uma solução eficaz para solucionar os problemas de saúde para as classes mais desfavorecidas [...]¹⁹.

Assim, é possível conceber a busca do ser humano, ao longo da história, pela cura do corpo físico, como uma trajetória mística atrelada às variadas culturas com manifestações religiosas, bem como espirituais, conforme será apresentado no tópico a seguir.

A cultura popular na história é perpetuada pela transmissão dos saberes da tradição cotidiana de determinada sociedade ou comunidade; ou seja, trata-se da herança de cultura de gerações anteriores, de ascendentes consanguíneos ou mestres que detinham a liderança, por meio do conhecimento e do poder de influenciar o desenvolvimento psicológico e cognitivo do povo.²⁰ A respeito disso, convém mencionar:

Se, para todo animal de uma mesma espécie, existe um mesmo tipo de comportamento, dado pelo instinto, para os membros da espécie homo sapiens, as diferenças deveriam estar além dos instintos biológicos, no campo da cultura, pela capacidade de simbolização, formando as nossas peculiaridades históricas, que se inserem em uma comunidade, através da sua oralidade e das suas memórias.²¹

Percebe-se então que a permanência histórica dos costumes e da tradição das manifestações místicas depende da contínua transmissão das práticas e memórias daquela

¹⁷ SCHOLEM *apud* FERREIRA, 2018, p. 92.

¹⁸ NERY, Vanda Cunha. *Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé*. In: INTERCOM 2006: Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2006, set 4-9; Brasília, 2006. [online]. p. 2.

¹⁹ NERY, 2006, p. 2.

²⁰ BALDINO, José Maria; LOURES, Patrícia Marcelina; ALMEIDA, Maria Zeneide Carneiro Magalhães de. A educação nas manifestações culturais populares religiosas: benzedores e a transmissão de saberes e “segredos”. *Caminhos*, Goiás, v. 13, n. 2, p. 388-400, jul/dez 2015. [online]. p. 396.

²¹ DEMETRIO, Aguida Meneses Valadares. A cura: pelas mãos ou pela fé? Técnica e a fé nas manifestações culturais na Zona Rural de Manaus-AM. *Revista Cronos*, Natal, v. 17, n. 1, p. 135-150, 2016. [online]. p. 139.

população específica. Sobre isto, Baldino acrescenta que a perpetuação da tradição cultural de uma determinada população, bem como, do universo simbólico das suas manifestações culturais é marcada pela “atividade fruto de expressão de fé, do dom, da missão familiar, da ordem moral, da caridade como princípio e gesto, a isenção de valores financeiros”²².

Vanda Cunha Nery, por sua vez, enfatiza que a permanência das práticas místicas de expressão de fé deve-se fundamentalmente à cultura popular, que defende a coexistência indissociável entre corpo e espírito e a ligação direta do ser humano com o cosmos ou a religião, evidenciando a lógica da cultura popular. Sob essa lógica, para todos os males do corpo sempre há uma reza para curar a enfermidade ou aliviar a dor. Para a autora, a tradição do ato de benzer ou de curar é caracterizada pela “ritualização das coisas da fé, onde muitas vezes se misturam o sagrado e o profano”²³.

A propósito, o sagrado é considerado por Mircea Eliade como oposição ao profano, isto é, por meio do sagrado o ser humano tem acesso ao divino, ao transcendente; contrariamente, o profano descaracteriza o que é sacralizado, permeado pela fé humana. O autor compara o sagrado ao conceito de hierofania, cujo significado remete à:

[...] manifestação do sagrado num objeto qualquer, uma pedra ou uma árvore – e até a hierofania suprema, que é, para um cristão, a encarnação de Deus em Jesus Cristo [...] manifestação de algo ‘de ordem diferente’ – de uma realidade que não pertence ao nosso mundo – em objetos que fazem parte integrante do nosso mundo ‘natural’, ‘profano’²⁴.

Complementando essa reflexão, o escritor português Antônio Teixeira Fernandes ressalta que o sagrado se manifesta na história em várias dimensões, seja “nas coisas, nas tornadas hierofânicas, e nas práticas e nas representações sociais em que os homens procuram transcender-se”²⁵. Segundo Fernandes, a sacralidade está localizada nos espaços restritos do mundo existencial e é nesse contexto que se insere a religião, descrita pelo autor como “uma fonte de conhecimento e de um potente gerador de esperança”²⁶, uma modalidade de esperança que, no dia a dia, traz a algumas pessoas uma condição de conforto e satisfação, conforme acrescenta o autor.²⁷

Especificamente sobre o sagrado e o profano, Roger Caillois afirma que o sagrado se vincula à questão da sensibilidade provocada por uma atitude religiosa de alguém. Essa

²² BALDINO, 2015, p. 399.

²³ NERY, 2006, p. 2.

²⁴ ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 17.

²⁵ FERNANDES, Antônio Teixeira. O retorno do sagrado. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, v. 5, p. 199-240, 2017. [online]. p. 204.

²⁶ FERNANDES, 2017, p. 204.

²⁷ FERNANDES, 2017, p. 204.

atuação é subjetiva, impondo ao fiel uma reação de respeito particular, inexplicável para aquele que a sente e a explicita, para além da razão, pois “a religião é a administração do sagrado”²⁸. Para Caillois, o sagrado presente na vida das pessoas contribui para que elas esperem pelo socorro frente às tribulações e tenham êxito nas ações. Já o profano impõe a “suprema tentação e o maior dos perigos. Terrível, ele impõe prudência; desejável, convida ao mesmo tempo à audácia”²⁹.

Para Mariú Moreira Madureira Lopes, quando alguém assume o sagrado na vida cotidiana, assume uma identificação com comportamentos, atitudes, práticas, dogmas e discursos presentes num determinado grupo, e o sagrado passa a ser o norte para essa pessoa. Lopes define o sagrado como “um elemento essencial à compreensão da construção da identidade do homem religioso, haja vista que sua presença demarcada no discurso se circunscreve na história e na sociedade”³⁰.

Jeff Levin ressalta que “a fé religiosa pode nos dar esperança”³¹. Para Levin, essa tal esperança ou talvez a confiança num ser ou poder superior, e até mesmo, as práticas e princípios espirituais de uma religião específica, podem favorecer o bem-estar e a saúde de um indivíduo, promovendo otimismo e boas expectativas de vida³².

Cabe evidenciar ainda que Levin, referindo-se a *Dynamics of Faith*, do teólogo Paul Tillich, destaca a importância do delineamento de um modelo de fé com o objetivo de estabelecer o equilíbrio entre as ações físicas, intelectuais e devocionais. Segundo o autor, por meio desse modelo, a fé é definida como um interesse supremo manifesto subjetivamente com relação a alguma coisa ou a alguém transcendente, que pode ser “uma lei mosaica ou Jesus Cristo, Maomé, o profeta, ou Buda, o iluminado”³³.

Diante desses argumentos, pode-se compreender a relação estabelecida pelo autor entre a fé naquilo de que as pessoas se apropriam como transcendente e o equilíbrio ou restabelecimento da saúde. Além disso, segundo Levin, a maturidade da fé religiosa é sustentada por partes iguais de vontade, intelecto ou razão e emoção; aliás, a ausência ou o excesso de qualquer um desses elementos contribui para a distorção da fé. Ainda nesse contexto, a fé requer do ser humano “[...] ação física (na forma de comportamento), [...] ação

²⁸ CAILLOIS, Roger. *O homem e o sagrado*. Lisboa: Edições 70, 1988. p. 21.

²⁹ CAILLOIS, 1988, p. 20-22.

³⁰ LOPES, Mariú Moreira Madureira. A construção da identidade no contexto religioso: uma proposta de análise linguística. *Anais do SILEL*. Volume 1. Uberlândia: EDUFU, p. 1-8, 2009, [online]. p. 1.

³¹ LEVIN, Jeff. *Deus, Fé e Saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Cultrix, 2001. p. 141.

³² LEVIN, 2001, p. 141.

³³ LEVIN, 2001, p. 211.

mental (na forma de raciocínio e de pensamento) e a [...] ação efetiva (na forma de sentimento e de emoções dirigidas a Deus)”³⁴.

Nessa linha de raciocínio, Miriam Rabelo chama a atenção para o fato de que os rituais místicos, nas mais variadas manifestações de fé, tendem

A conduzir os indivíduos a determinados estados e atitudes frente ao mundo: o isolamento de objetos e imagens de seu contexto ordinário e sua recombinação em novos contextos, a focalização em determinadas unidades simbólicas, a combinação de fortes estímulos sensoriais e intelectuais.³⁵

A título de exemplo, com relação à busca pela saúde ou cura, o ritual místico conduz os indivíduos a voltar a atenção e percepção aos aspectos da experimentação do transcendente. Nesse sentido, para Rabelo, “a cura consistiria, assim, não no retorno ao estado inicial, anterior à doença, mas na inserção do doente em um novo contexto de experiência”³⁶, contribuindo para a compreensão do momento atual no qual o indivíduo está inserido.

A busca do indivíduo pela cura a partir da experiência transcendental, por meio da religião, é considerada por Mota como suporte emocional e social que contribui para amenizar os momentos de sofrimento do indivíduo, permitindo-lhe ainda a reinterpretção da sua doença³⁷. Retomando a afirmação de Jeff Levin, já expressa neste trabalho, a prática da fé promove o estabelecimento do equilíbrio entre as ações físicas, intelectuais e devocionais³⁸.

Complementando esse entendimento, cabe destacar as considerações de Birchall acerca do transcendentalismo contemporâneo a partir do avanço promovido pela tecnologia da informação e comunicação, que permitiu ao mundo ocidental, por exemplo, o acesso ao universo oriental, caracterizado pelos rituais místicos e marcado pelas “tradições e filosofias do budismo, hinduísmo, xamanismo, druidismo, yoga, hermetismo e tantas outras³⁹”. Tais experiências possibilitam a resignificação do ser humano em sua existência, por meio do enfoque holístico e volátil dos sentidos.

³⁴ THILLICH *apud* LEVIN, 2001, p. 211.

³⁵ RABELO, Miriam Cristina M. *Religião, ritual e cura*. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 47-56, 1994. p. 48.

³⁶ RABELO, 1994, p. 48.

³⁷ MOTA, Clarice Santos; TRAD, Leny Alves Bomfím; VILLAS BOAS, Maria José Villares Barral. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu/SP, v. 16, p. 665-675, 2012. [online]. p. 673.

³⁸ LEVIN, 2001, p. 211.

³⁹ BIRCHALL, Fabiano Fernandes Serrano. Nova Era: uma manifestação de fé da contemporaneidade. *Horizonte - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 97-105, 2006. p. 99.

A experiência do indivíduo com o sagrado é superior e vai além do vínculo religioso das pessoas, ou seja, a busca pelo sagrado, pelo transcendente, independe da religião⁴⁰. É nesse contexto que se inserem o ser humano religioso e o ser humano espiritual.

Wilmar Luiz Barth lembra que a “religião e a espiritualidade eram habitualmente associadas à neurose, à repressão, à imaturidade psicológica, à intolerância, à baixa adesão aos tratamentos médicos e ao baixo nível intelectual”⁴¹. Porém ambas eram consideradas apenas vestígios do passado, esquecidas em decorrência do avanço científico, a partir do progresso cultural, social e econômico. Com o esquecimento da religião e da espiritualidade, o individualismo se sobressai, pois “a modernidade e a pós-modernidade mataram ideais e sepultaram tudo o que dizia respeito ao espírito e à espiritualidade”⁴².

Uma publicação científica do Jornal da Universidade de São Paulo – USP acerca da influência da religiosidade e espiritualidade na saúde e qualidade de vida mostrou que esse assunto permeia a sociedade há décadas, apesar das divergências, já que “enquanto muitos acreditam em benefícios da crença como forma complementar de tratamentos, outros enxergam nela prejuízos para os métodos da medicina tradicional⁴³”. Contudo, essa publicação destacou o aumento de pesquisas científicas nos últimos anos sobre a temática, mesmo que de forma incipiente quanto à aplicabilidade clínica das manifestações religiosas e espirituais visando o restabelecimento ou preservação da saúde humana.

Em consonância com a publicação acima, diversos estudos nos diferentes campos científicos referentes ao fenômeno da religiosidade e da sua interferência na dinâmica social dos indivíduos, além da sua influência no comportamento e na atitude, assim como na “concepção de si mesmo, do outro, do mundo que o rodeia e até mesmo da sua saúde⁴⁴”.

Geane Castro, fazendo referência a pesquisa de campo antropológica realizada por Minayo, traz uma observação da autora “sobre uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causação natural, emocional, sobrenatural e ecológica”⁴⁵, e evidencia o fato de que algumas pessoas vêem a espiritualidade como um suporte de

⁴⁰ MOTA; TRAD; VILLAS BOAS, 2012, p. 673.

⁴¹ BARTH, Wilmar Luiz. A Religião Cura? *Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 97-121, jan.-abr. 2014. p. 99-100.

⁴² BARTH, 2014, p. 99-100.

⁴³ BARRIO, Laura. Religião e espiritualidade influenciam índices de qualidade de vida. *Jornal da USP. Editorial Ciências da Saúde*. 05/12/2017. [online]. p. 1.

⁴⁴ MELO, Cynthia de Freitas; SAMPAIO, Israel Silva; SOUZA, Deborah Leite de Abreu; PINTO, Nilberto dos Santos. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. [online]. p. 451.

⁴⁵ MINAYO, Maria Cecília, 1988 apud CASTRO, Geane Freitas Pires de. *A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – UNIDA, Faculdade Unida de Vitória, 2017. p. 19.

enfrentamento à doença e ao tratamento no qual são submetidas; no entanto, a autora também adverte que a espiritualidade jamais deverá substituir a questão científica, no caso a intervenção terapêutica necessária. Castro destaca ainda no seu estudo que

A concepção de saúde/doença mais plausível e que melhor responde as indagações contemporâneas considera o homem como ser social, com sua historicidade, contextualizado numa rede de relações, cujo bem-estar está dialeticamente atrelado às suas condições de vida. Portanto, saúde integral contempla vários elementos e princípios que envolvem a vida do indivíduo; está entrelaçada em todas as facetas do desenvolvimento humano, em todas as dimensões da vida, seja psíquica, social, mental, biofísica, transcendental, e todas alinhadas harmonicamente.⁴⁶

A título de exemplo, cabe citar o estudo de Neuza Tetzner a respeito da vivência espiritual cristã em pessoas com câncer, apresentado inicialmente um relato de pacientes preocupados com a doença a partir da sua descoberta. Porém, a partir da sua entrega e confiança na religiosidade e/ou espiritualidade, permitindo viver na fé e na esperança, foi completa a sua adesão ao tratamento do câncer: a dependência do transcendental foi responsável pela reação positiva dos pacientes⁴⁷.

Para Aline Fantin Cervelin e Maria Henriqueta Kruse, o ser humano, desde que se reconhece como ser pensante, busca compreender os significados da vida e da morte, questionando sua existência, além de elaborar estratégias com o objetivo de driblar ou pelo menos enfrentar as inúmeras dificuldades apresentadas. De acordo com Cervelin e Kruse, no rol dessas estratégias, estão a espiritualidade e a religiosidade, presentes no dia a dia das sociedades e das pessoas, principalmente nas situações de fragilidade oriunda da doença⁴⁸. Para Ênio Brito Pinto o ser humano é um “ser animobiopsicocultural, ou seja, um ente composto por três níveis articulados, o corporal, o psíquico e o espiritual [...]”⁴⁹. No que tange ao espiritual, o autor ressalta que

[...] a espiritualidade está especialmente presente na possibilidade da hierarquização dos valores, nas decisões, na reflexão profunda sobre a existência e, fundamentalmente, na possibilidade [...] que tem o ser humano de tecer um sentido para a sua vida, de ter um bom motivo para continuar vivendo’.⁵⁰

⁴⁶ CASTRO, 2017, p. 19.

⁴⁷ TETZNER, Neusa. Uma vivência espiritual cristã em pessoas com câncer. In: AMATUZZI, Mauro Martins (org). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005. p. 21.

⁴⁸ CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014. p. 137.

⁴⁹ PINTO, Ênio Brito. Espiritualidade e Religiosidade: articulações. *REVER: Revista de Estudos da Religião*, São Paulo, v. 9, p. 68-83, 2009. p. 71.

⁵⁰ PINTO, 2009, p. 71.

No entanto, o ser humano espiritual pode não ser necessariamente um homem religioso, considerando que religião, religiosidade e espiritualidade são termos completamente distintos, conforme descreve a literatura estudada e a seguir descrita.

Segundo Leônia Teixeira, Maitê Cavalcante, Karine Barreira, Aline Aguiar, Shirley Gonçalves e Elissandra Aquino, no contexto etimológico a palavra religião deriva do verbo re-ligar, *religare*, do latim *relegere*, que, traduzido, denota a vinculação do homem com Deus, cuja compreensão remete à união entre as dimensões humanas da carne e do espírito por meio do transcendental, presente nas manifestações de fé dos rituais místicos, como os cultos, por exemplo⁵¹.

Pablo Couto, Elionara Boa Sorte e Sandra Silva, em referência a Anthony Giddens, comentam que “as religiões envolvem um conjunto de símbolos, que invocam sentimentos de reverência ou de temor, e estão ligadas a rituais ou cerimoniais (como os serviços religiosos) dos quais participa uma comunidade de fiéis”⁵². É o caso, por exemplo, dos ritos e cerimônias das igrejas, independentemente da denominação. Pablo Couto, Elionara Boa Sorte e Sandra Silva refletem que esses serviços religiosos “ofertados” pelas igrejas, a exemplo dos “rituais como campanhas de oração e cultos de cura⁵³”, visam fomentar a necessidade do povo que busca socorro e auxílio e força capazes de proporcionar esperança a partir do sobrenatural, de onde obtém o suprimento para as necessidades terrenas.

Existem dois conceitos que complementam o significado da palavra religião: o primeiro significado é baseado nas lições de Gaarder que relaciona o ser humano ao poder sobre-humano, ou seja, ele deposita sua crença, sua dependência neste poder superior, sendo essa relação expressada por meio das “emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crenças) e ações (culto e ética)”⁵⁴.

O outro conceito que complementa o significado da palavra religião é defendido por Glasenapp que compreende a existência de poderes transcendentais, pessoais ou impessoais

⁵¹ TEIXEIRA, Leônia Cavalcante; CAVALCANTE, Maitê Mota; BARREIRA, Karine Sindeaux; AGUIAR, Aline Costa de; GONÇALVES, Shirley Dias; AQUINO, Elissandra de Castro. O corpo em estado de graça: ex-votos, testemunho e subjetividade. *Psicologia & Sociedade*, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 121-129, 2010. [online]. p. 124.

⁵² GIDDENS apud COUTO, Pablo Luiz Santos; SORTE, Elionara Teixeira Boa; SILVA, Sandra Célia Coelho Gomes da. A religiosidade como alternativa terapêutica: uma discussão de gênero sobre o sofrimento masculino na busca pela cura. *Polêm!ca* – Revista Eletrônica da UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 20-33, 2018. p. 21-22.

⁵³ COUTO; SORTE; SILVA, 2018. p. 22.

⁵⁴ CERQUEIRA-SAOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia: ciência e profissão*, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 82-91. 2004. [online]. p. 83.

circulando no mundo entre as pessoas e manifestando-se por meio de sensações, por *insights*, pensamentos, intenções e ações⁵⁵.

No contexto da Psicologia, Maria Helena de Freitas define religião como a comunicação e interação do ser humano com o sagrado nas mais variadas crenças, práticas e manifestações religiosas. Contudo, destaca a religião como uma via que permite “o encontro da resposta à dimensão espiritual, enquanto busca de sentido existencial. [...] um tipo resposta que é compartilhada e institucionalizada”⁵⁶.

A questão do sagrado evidenciado no conceito de religião é também apresentada por Elder Cerqueira-Santos, Sílvia Koller, Maria Teresa Pereira, que consideram ser também um fenômeno social organizado em função de símbolos sagrados, constituindo uma representação historicamente cultural, como já mencionado, com um potencial significado de influência nas “ações das pessoas, visto que essas acreditam e depositam sua fé no poder de uma entidade superior”⁵⁷.

Em concordância com essa visão, Silas Guerriero, acerca do caráter sociológico da religião, destaca seu condão de dirigir as pessoas nas práticas coletivas. Aliás, sobre isso, Guerriero remete a Émile Durkheim, para quem a religião atua como sustentáculo da estabilidade das relações sociais, por ele associadas ao surgimento e estabelecimento do sagrado no âmbito coletivo. Guerriero, ainda em referência a Durkheim, menciona que o sagrado não surge naturalmente:

[...] a questão radica-se no social. O sagrado só pode aparecer em âmbito social, este, sim, um nível superior, exterior e coercitivo sobre os indivíduos. [...] o elemento em si do sagrado, é apenas um elemento que desperta respeito. [...] Mas o sagrado mesmo é a sociedade. O que inspira o sentimento religioso é a própria sociedade. A religião não apenas tem sua origem na sociedade, mas identifica-se com ela.⁵⁸

Paulo Dalgalarondo, também considerando as reflexões de Durkheim acerca do papel social da religião, associa a adesão das pessoas a determinada religião e manifestação na mesma comunidade moral (igreja) à “representação revestida de caráter sagrado”⁵⁹, histórico e culturalmente presente.

⁵⁵ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 82.

⁵⁶ FREITAS, Maria Helena de. Psicologia religiosa: psicologia da religião/ espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? *Revista Pistis & Praxis*, Teol. Pastor., Curitiba, v. 9, n. 1, p. 89-107, jan./abr. 2017. [online]. p. 100.

⁵⁷ TEIXEIRA; CAVALCANTE; BARREIRA; AGUIAR; GONÇALVES; AQUINO, 2010, p. 124.

⁵⁸ DURKHEIM *apud* GUERRIERO, 2012, p.17.

⁵⁹ DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 22.

Outra questão relevante apresentada pelo autor sobre Durkheim refere-se à projeção-idealização do homem da figura de Deus, a partir da sua compreensão de que os homens, “[...] ao adorarem os deuses, estão adorando a si mesmos. [...] como seres coletivos e, dessa forma, ao adorarem Deus, estão, de fato, adorando a própria sociedade”⁶⁰. No entanto, nas considerações de Durkheim, essa sociedade não é representada como realmente é, mas de forma idealizada. Assim, segundo o sociólogo, “a religião é social porque é constituída como um ideal”⁶¹.

Ainda a respeito do fenômeno social inerente à religião, são oportunas as considerações críticas e anárquicas de Mikhail Bakunin, descritas por Nildo Viana, para quem as manifestações religiosas surgem diante da abstenção da capacidade de pensar, ou seja, é fruto da ignorância do povo. Para o autor, a religião serve para reproduzir a dominação, para manipular a população, tendo em vista que “as massas populares estão, assim, submetidas à igreja e à religião [...]”⁶².

Porém, essa submissão à fé religiosa, segundo Bakunin, citado por Viana, estende-se também “a uma ‘categoria de pessoas’ que fingem crer em Deus [...]. A conclusão é que estes fingem crer em Deus para manter a dominação, usando a religião como válvula de escape”⁶³.

É relevante a observação de Carolina Lemos referente à distinção entre os termos religião e religiosidade. Para Lemos, a religiosidade é uma condição excepcionalmente humana e inerente à vida íntima individual, uma particularidade subjetiva presente nas “[...] profundezas da alma e que ainda não pode ser chamado de religião, aquele fundo profundo que pulsa na alma da pessoa religiosa, um não-lugar insondável onde podemos encontrar a religião enquanto ela ainda não é religião”⁶⁴.

Complementando esse argumento, ao lançar um olhar filosófico à religião, Germano Rigacci Jr. destaca que a sua essência é fruto da experiência religiosa a partir de uma relação de intersubjetividade entre:

[...] homem-Deus, homem-homem e homem-mundo. Trata-se de uma experiência humana. Nela o homem aparece como ser de desejo, faz a experiência da privação, pois o desejo é vazio, sinal de ausência. No limite do espaço e do tempo, o homem sabe que não pode preencher o seu desejo, mas busca incessantemente isso. Cria o objeto de desejo, cria a cultura. Nesse contexto ele cria linguagem, pois tenta preencher o vazio do desejo com sua capacidade de dar nome aos entes presentes e

⁶⁰ DALGALARRONDO, 2008, p. 36.

⁶¹ DALGALARRONDO, 2008, p. 36.

⁶² VIANA, Nildo Gênese e significado da religião segundo Bakunin. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, n. 172, p. 124-132, set. 2015. [online]. p. 129.

⁶³ VIANA, 2015. p. 129.

⁶⁴ LEMOS, Carolina Teles. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. *Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião*, Goiás, v. 17, n. 2, p. 688-708, 2019. [online]. p. 691.

simbolizar o que está ausente. A religião, por meio dos símbolos, apresenta-se como uma fala daquilo que está ausente.⁶⁵

Essa experiência é expressa por vários discursos religiosos que relatam diferentes vivências do ser humano em relação ao mundo e à sua busca pelo ausente. Germano Rigacci Jr. salienta ainda que nesse percurso de busca pelo ausente alça-se o sagrado ao “poder do invisível”⁶⁶.

Carolina Lemos destaca que a religião não é capaz de criar a religiosidade no sujeito, no entanto, a religiosidade o estimula a fazer parte da religião. Segundo a autora, a religiosidade “antecede a religião e por isso não pode ser chamada de religião. Transcende a religião e a fundamenta, mas nem por isso pode ser reduzida a mera infraestrutura subjetiva da religião objetiva”⁶⁷.

O fenômeno da religiosidade se relaciona com a busca do ser humano pelo transcendente, a fim de obter respostas para dúvidas e questionamentos sobre a sua existência neste mundo, refletindo sobre si mesmo, bem como sobre suas relações consigo e com os outros. Aliás, a relação do ser humano com o transcendental, por meio da religiosidade, contribuiu para a vivência da sua espiritualidade⁶⁸.

Sustentada pelos mesmos argumentos, Freitas situa a religiosidade como questão de caráter pessoal, ao considerar que o “indivíduo elabora subjetivamente suas respostas às suas demandas de sentido existencial, ainda que também ancoradas na crença no transcendente”⁶⁹, podendo vincular-se ou não a uma instituição ou sistema específico de crenças religiosas.

Contrariamente, há um entendimento que vincula a religiosidade às crenças e às práticas desenvolvidas pelas instituições religiosas organizadas, ou seja, associam a religiosidade àquilo que o indivíduo crê, segue e pratica, “aos símbolos que facilitam a proximidade do homem com o sagrado”⁷⁰, sendo essas ações vinculadas a uma religião específica.

Há dois tipos de religiosidade, intrínseca e extrínseca. Na primeira, a religião ocupa lugar central na vida do indivíduo, em que são agregados: “diferentes parâmetros culturais, conceitos morais e ideais específicos que oferecem significado à existência humana. Por sua

⁶⁵ RIGACCI JR., Germano. A experiência religiosa e o encontro humano: um olhar filosófico. In: AMATUZZI, Mauro Martins (org). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005, p. 53.

⁶⁶ RIGACCI JR., 2005, p. 53.

⁶⁷ LEMOS, 2019, p. 692.

⁶⁸ MELO; SAMPAIO; SOUZA; PINTO, 2019, p. 451.

⁶⁹ FREITAS, 2017, p. 100.

⁷⁰ THIENGO, Priscila Cristina da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; MERCÊS, Magno Conceição das; COUTO, Pablo Luiz Santos; FRANÇA, Luiz Carlos Moraes; SILVA, Alba Nunes da. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 24, p. 1-12, 2019. [online]. p. 6.

vez, na religiosidade extrínseca, a religião tem outra finalidade, cuja associação visa o consolo, sociabilidade, distração e status”⁷¹. Quanto à espiritualidade, em comparação com a religiosidade, tem significado mais amplo, ainda que ambas estejam relacionadas. A espiritualidade relaciona-se à afinidade entre o indivíduo e o transcendente, isto é, a força superior na qual ele acredita. Apesar da sua relação com o sagrado, o ser humano espiritual pode ou não estar vinculado a determinada religião⁷².

Da mesma forma, Souza compreende que a espiritualidade envolve questões relacionadas à compreensão do significado da vida e da razão de viver, independentemente de crença ou prática⁷³. Sob o mesmo argumento, Lemos vincula a espiritualidade à subjetividade do ser humano com o transcendente, ou seja, com as questões que vão além da vida terrena, com sentimentos relacionados à esperança e a busca por respostas ao inexplicável.

Lemos, citando Guzzo e Mathieu, chama atenção ainda para o fato de que a compreensão da espiritualidade perpassa por um conceito basilar relacionado ao espírito, palavra que, originária do latim, significa sopro ou respiro; correspondendo também ao termo grego *pneuma*. Ou seja, a espiritualidade compõe ações e práticas que cultivam os valores do espírito⁷⁴.

Para Reginato, Benedetto e Gallian, a espiritualidade refere-se a um plano metafísico e em razão disso não se limita às crenças ou práticas religiosas, ou a uma divindade específica. Os autores ressaltam a potencialidade intrinsecamente espiritual do ser humano, “uma vez que tem a capacidade de autoconsciência, reflexão sobre si e autotranscendência”⁷⁵.

Marta Freitas também trata das distinções entre os termos religião, religiosidade e espiritualidade, sintetizando tais diferenciações (Figura 1).

Considerando que, no âmbito da espiritualidade e da religiosidade popular, a luta pela sobrevivência é uma constante, a adoção de determinada religião por indivíduos que padecem do sofrimento do corpo pode ser descrita como um conjunto de “estratégias de sobrevivência que as classes populares adotam dentro de uma sociedade que lhes nega oportunidade e seus direitos legítimos”⁷⁶.

⁷¹ THIENGO; GOMES; MERCÊS; COUTO; FRANÇA; SILVA, 2019, p. 6.

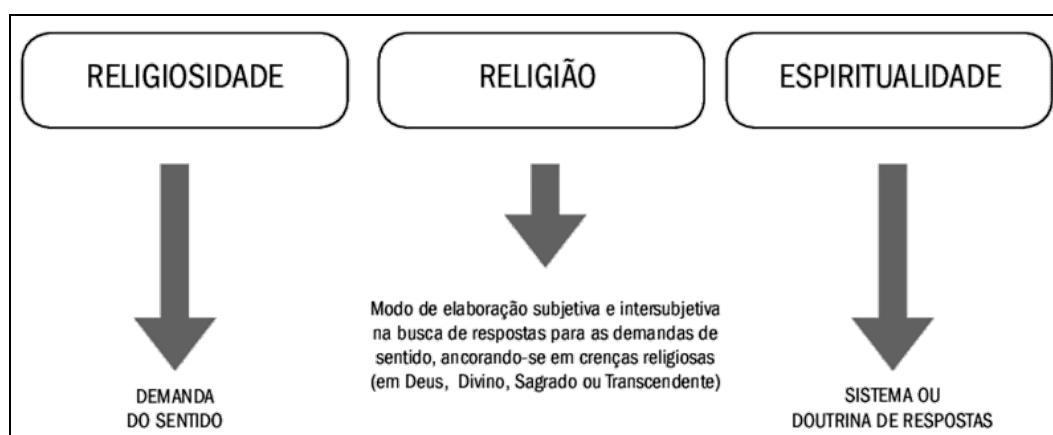
⁷² THIENGO; GOMES; MERCÊS; COUTO; FRANÇA; SILVA, 2019, p. 6.

⁷³ SOUZA, 2009, p. 28.

⁷⁴ LEMOS, 2019, p. 692.

⁷⁵ REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016. [online]. p. 240.

⁷⁶ VALLA, Victor Vicent. (Org.). *Religião e cultura popular*, Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 131.

Figura 1. Concepção de religiosidade, religião e espiritualidade⁷⁷.

No mesmo sentido, nas denominações religiosas há uma unidade de princípios específicos com os quais os indivíduos se identificam e que podem levá-los ao desenvolvimento da fé. De certa forma, esse comportamento influencia a condução de suas vidas “no campo ético, moral, sua autopercepção existencial, suas relações consigo e com o outro, bem como sua maneira de cuidar e entender seu contexto de saúde e de doença”⁷⁸.

Numa religião cristã, quando o indivíduo busca apoiar-se na fé em Deus e no suporte da comunidade religiosa da qual faz parte, ele tende a experimentar conforto frente aos desafios que encontra, isto é, “um maior bem-estar, senso de pertencer, ter dignidade e paz, além da certeza de que será acompanhado até o fim de seus dias”⁷⁹.

Esse enfrentamento da dor e da busca do equilíbrio biopsicossocial por meio da religiosidade e da espiritualidade, visando a saúde do corpo, tem sido uma temática bastante abordada na área científica, como já mencionado, independentemente da associação ou não do indivíduo a alguma religião. Aliás, as manifestações de fé na busca da saúde do corpo são recorrentes ao longo da história, conforme será demonstrado no tópico a seguir.

1.2 Considerações sobre a origem das manifestações de fé em prol da saúde do corpo

O desenvolvimento das civilizações oriental e ocidental se processou a partir das práticas humanas influenciadas pelas doutrinas e dogmas estabelecidos em várias correntes religiosas, como nas manifestações pagãs, passando pelo judaísmo, cristianismo e budismo,

⁷⁷ FREITAS, 2017, p. 101.

⁷⁸ SOUZA, 2019, p. 28.

⁷⁹ CERVELIN; KRUSE, 2014, p. 138.

entre outras religiões, todas com trajetórias que deixaram marcas extremamente significativas na humanidade⁸⁰.

Assim, considerando a importância das manifestações de fé ao longo dos séculos em prol da saúde do corpo, este tópico tem seu marco histórico inicial na identificação dos “primeiros médicos” da história, especificamente aqueles retratados na figura dos sacerdotes, xamãs e curandeiros, que relacionavam diretamente os males do corpo ao misticismo e à interferência de deuses, cujas manifestações são incompreensíveis no mundo natural⁸¹. Nesse contexto, os registros históricos descrevem uma estreita relação entre concepções religiosas e prática médica⁸².

Segundo Theóphilo Almeida, foi na Babilônia que a prática da medicina como oferta de serviço se iniciou no mercado, considerado um hospital na época. No entanto, os médicos assírio-babilônicos utilizavam como fórmulas medicinais “preparados vegetais e minerais sobre antídotos contra venenos de serpente e escorpiões e sobre tratamentos diversos em que o ‘encantamento’ era tido em grande conta”⁸³.

Esses médicos não se restringiam à Babilônia, atuando mais tarde também no Egito. Os médicos egípcios eram considerados figuras ilustres e respeitadas por toda a região, em razão do conhecimento que detinham, constituindo mesmo uma casta perfeita e organizada, de tal modo que lhes eram concedidos títulos de sacerdotes⁸⁴. Valdelene Pereira e Bergta Klüppel salientam que, no antigo Egito, religião e magia eram consideradas quase a mesma coisa, valorizando-se muito o poder da cura pelas mãos. “O tratamento de doenças na Mesopotâmia, no período compreendido entre 3200 e 1025 a. C., era feito com ervas e procedimentos mágicos, pois se acreditava que seriam provocadas por fantasmas que atacavam os seres humanos”⁸⁵.

A medicina judaica também foi influenciada pelas práticas médicas assírio-babilônicas⁸⁶, adotando inicialmente um modelo de medicina denominado mágico-religioso, em que as enfermidades eram investigadas e tratadas como ações de espíritos malignos⁸⁷.

⁸⁰ SOUZA, 2009, p. 35.

⁸¹ LOPES, Octacílio Carvalho. *A medicina no tempo*. São Paulo: Edições Melhoramentos e Editora da Universidade de São Paulo, 1970. p. 25.

⁸² PEREIRA, Valdelene Nunes de Andrade; KLÜPPEL, Bergta Lúcia Pinheiro. A cura pela fé: um diálogo entre ciência e religião. *Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião*, Goiás, v. 12, n. 1, p. 93-104, 2014. [online]. p. 93.

⁸³ SOUZA, 2009, p. 35.

⁸⁴ ALMEIDA, Theóphilo. Ministério da Saúde (BR). Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais. *Postulados fundamentais sobre assistência e organização hospitalar*, reedição, p. 588-588, 1965. [online]. p. 8.

⁸⁵ PEREIRA; KLÜPPEL, 2014, p. 93.

⁸⁶ ALMEIDA, 1965, p. 11.

Theóphilo Almeida qualifica esse modelo como teúrgico⁸⁸, tendo em vista que muitas divindades eram consideradas responsáveis pelos casos clínicos da época. Assim, os médicos, que também eram sacerdotes ou feiticeiros (xamãs), buscavam mobilizar os espíritos benignos como forma de tratamento, para combater a doença detectada⁸⁹. Para Theóphilo Almeida, a prática da medicina teúrgica, muito presente nos povos antigos, continuou na Índia, exercida por meio dos milagres e encantamentos contra os demônios causadores das moléstias⁹⁰.

Na China, o exercício da medicina tradicional sempre foi atrelado ao místico, relacionando-se a saúde do corpo ao equilíbrio entre dois polos opostos: um princípio masculino positivo (yang) – céu, luz, força, calor etc. – e outro feminino negativo (yin) – lua, terra, obscuridade, debilidade, frio etc.⁹¹

Quanto às práticas médicas exercidas na antiga Grécia (1000 a 500 a. C.), também era íntima a relação com o misticismo, cujas raízes históricas encontram-se presentes no período de devoção ao culto de Esculápio (nome latino de Asclépio – o deus grego da medicina), filho de Apolo e da ninfa *Coronis*⁹². Nesse período, por exemplo, para a população grega, as serpentes eram consideradas “o símbolo da divindade e de seu poder curativo”, pelo seu poder mágico. “Em 293 antes de Cristo, quando a peste invadiu Roma, mensageiros foram buscar a serpente no templo de *Epidaurus* para ser erigida uma nova casa na ilha Tiberina”⁹³. Na antiga Grécia, cria-se que as doenças mentais eram influenciadas pelos deuses⁹⁴.

Ainda na antiga Grécia, o corpo e a alma foram temas bastante discutidos pelos filósofos Sócrates (470 a 399 a.C.), Platão (427 a 347 a.C.) e Aristóteles (384 a 322 a.C.). Foi a partir de Platão, com o dualismo platônico, que surgiu a ideia de que o corpo servia de prisão para a alma, diferentemente do que propunha seu mentor Sócrates, que considerava “uma visão integral de homem, julgando como importante tanto o corpo quanto a alma para o

⁸⁷ SCLIAR, Moacyr Jaime. *Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4474>> Acesso em: 11 nov. 2019. [online]. p. 8.

⁸⁸ “A Teurgia é uma ciência que permite invocar os Seres Inefáveis dos mundos superiores para deles receber sublimes ensinamentos. Trata-se de uma palavra que pode ser traduzida como obra divina (*theoi*–Deus e *ergein*–obra) e faz referência a uma modalidade de magia cerimonial que busca através de práticas como orações e rituais incorporar uma manifestação divina no praticante; além de uma aproximação pura e profunda com a divindade em questão”. WEOR, Samael Aun. *Tratado Esotérico de Teurgia*. Instituto Gnosis Brasil. *Ciência e Cultura do Homem em Busca do Ser*. 2015. [online]. p. 3.

⁸⁹ SCLIAR, 1999, p. 8.

⁹⁰ ALMEIDA, 1965, p. 11.

⁹¹ ALMEIDA, 1965, p. 13.

⁹² ALMEIDA, 1965, p. 14.

⁹³ ALMEIDA, 1965, p. 16.

⁹⁴ PEREIRA; KLÜPPEL, 2014. p. 93.

processo de interação do homem com o mundo”⁹⁵. O pensamento de Aristóteles era o mais próximo ao de Sócrates, por considerar que as ações humanas são “executadas em conjunto, corpo e alma, todas num processo contínuo de realização”⁹⁶.

Importa registrar que o dualismo de Platão ou Platonismo foi adotado pelo Cristianismo e pelas comunidades cristãs, sob o argumento de que “o corpo (carne) é pecador e as emoções e sentimentos devem ser sacrificados para que o mal não se aproxime e a alma seja liberta. [...] A salvação consistia na libertação do mundo mau de modo que este pudesse ascender ao cosmo de onde viera”⁹⁷.

Acrescente-se ainda que os discursos gregos e dualistas a respeito do aprisionamento da alma pelo corpo contribuíram para minimizar, “ao longo da história, a perspectiva bíblica do ser humano e as suas dimensões antropológicas que valorizam mais o mundo ‘espiritual’ – a pátria divina – e crucificam o corpo com suas paixões e sentimentos”⁹⁸.

No Cristianismo a doença era concebida como fruto do pecado, associando-se a salvação e a cura das enfermidades do corpo à fé, e advindo o perdão dos pecados e a santificação do corpo humano do sacrifício do Corpo de Cristo⁹⁹.

Para Souza, essa condição finda com o número crescente de epidemias surgidas na Europa, fato fundamental para a adesão às pesquisas e práticas científicas, visando a compreensão das causas das doenças e formas de contágio, bem como a formulação de estratégias de políticas em saúde¹⁰⁰. Segundo Souza

A partir daí desenvolveu-se, principalmente no ocidente, com o paradigma newtoniano-cartesiano, princípios, conceitos, conhecimentos epidemiológicos, estatísticos, bioquímicos e fisiológicos sobre saúde e doença, que culminaram no cenário que se observa atualmente¹⁰¹.

Mas mesmo no Cristianismo, a prática da religião era concomitante ao exercício da medicina, tanto que os hospitais, sob a direção da Igreja, eram erguidos próximo aos mosteiros e mesmo confundidos com os santuários. Nesse período foi constituída a medicina

⁹⁵ CASSIMIRO, Érica Silva; GALDINO, Francisco Flávio Sales. As concepções de corpo construídas ao longo da História Ocidental: da Grécia Antiga à contemporaneidade. *Metávoia*, São João Del Rey, n. 14, p. 65, 2012. [online]. p. 65.

⁹⁶ CASSIMIRO; GALDINO, 2012, p. 65.

⁹⁷ COELHO, André Magalhães. *O ser humano como imagem de Deus: uma análise teológica do dualismo antropológico no discurso religioso da comunidade cristã paz e vida*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Escola de Comunicação, Educação e Humanidades, Universidade Metodista de São Paulo, 2017. p. 16.

⁹⁸ COELHO, 2017, p. 16.

⁹⁹ CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. (Org.). *História do corpo: da renascença às luzes*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 253.

¹⁰⁰ SOUZA, 2009, p. 36.

¹⁰¹ SOUZA, 2009, p. 36-37.

monástica ou conventual, segundo a qual, por exemplo, “o corpo humano, feito à imagem de Deus, não podia ser aberto: era sacrilégio. Só a alma precisava de tratamento”¹⁰².

No avanço da história, mais precisamente no período inicial da colonização do Brasil, eram poucos os médicos portugueses que, espontaneamente, aqui passaram a exercer a prática da medicina. Com o estabelecimento das doenças, a busca pela cura das enfermidades devia muito aos:

Barbeiros, boticários, parteiras e seus respectivos aprendizes; [...] no mais das vezes, àqueles que, sob a ótica do poder eclesiástico, médico ou estatal, eram desprezados como ‘curandeiros’ por conjugarem seus conhecimentos empíricos a rezas e práticas mágicas”.¹⁰³

Eram na verdade aquelas pessoas que guardavam os conhecimentos e costumes dos antepassados. Entre os curandeiros, feiticeiros e benzedores estavam os índios remanescentes do período colonial e os negros africanos¹⁰⁴.

No caso da população indígena, sua cultura era peculiar quanto aos costumes, hábitos e ritos religiosos, e aos olhos dos jesuítas, sem nenhum conhecimento ou relação com Deus. Apesar de terem ídolos e seguirem suas orientações “eram adoradores de divindades múltiplas e praticantes de cultos idolatras”¹⁰⁵. As doenças dos índios eram tratadas sob a liderança do pajé e a intervenção dos feiticeiros, que sugavam as enfermidades do corpo¹⁰⁶.

Ainda que a cultura do povo indígena não fosse cristã, os missionários portugueses começaram a catequização, por meio da evangelização católica, com o objetivo de “domar” e reverter a natureza animal e bestial dos índios. No entanto, algumas tribos indígenas no Brasil resistiram, mantendo os costumes e práticas dos ancestrais, principalmente no contexto religioso, como a tribo *Araweté*¹⁰⁷, originária das tribos tupi-guarani do período colonial.

No período imperial do Brasil ainda era insignificante o número de médicos em exercício na área, “sobretudo na primeira metade do Oitocentos”, quando o acompanhamento da enfermidade, o agravamento da doença e o possível óbito dela decorrente não eram

¹⁰² ALMEIDA, 1965, p. 29.

¹⁰³ SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 8, n. 2, p. 407-438, 2001. [online]. p. 409.

¹⁰⁴ SOARES, 2001, p. 2001.

¹⁰⁵ BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Os Guarani: índios do Sul-religião, resistência e adaptação. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 53-90, 1990. p. 58.

¹⁰⁸ ALMEIDA, Admilson Gonçalves de. *Educação e Evangelização: a convivência de jesuítas e índios no século XVI no Brasil*. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Metodista de Piracicaba, 2016. p. 87.

¹⁰⁷ CASTRO, Eduardo Viveiros de. *Araweté: o povo do Ipixuna*. São Paulo: CEDI – Centro de Documentação e Informação, 1992. p. 22.

evidenciados pela ciência médica¹⁰⁸. Trata-se de um período em que cuidados com a pessoa enferma, na maioria dos casos, estavam a cargo dos membros da família e a presença do padre era condição expressa pela Igreja Católica, a fim de que, ao falecer, o enfermo não deixasse de receber alguns sacramentos. Sobre isso, Márcio Soares comenta:

Entre os devotos da fé católica, quem estava quase sempre à cabeceira do moribundo nos momentos derradeiros era a figura de um padre, e não a de um médico. Ao confessor reservava-se o direito de ser a única pessoa presente junto ao leito do doente quando este exalasse o seu último suspiro.¹⁰⁹

No Brasil, até o final do século XIX, a prática da medicina ainda era incipiente, com pouco reconhecimento social da competência no tratamento da doença, e mesmo a elite buscava socorro para os males do corpo e da alma nos chamados “mezinheiros e/ou curandeiros” (Figura 2), que, por herança cultural, detinham os conhecimentos sobre-humanos das enfermidades, curando as doenças e neutralizando os feitiços e o mau-olhado¹¹⁰.

Figura 2. Ilustração retratada por Jean Debret de um cirurgião negro praticando sangria¹¹¹.



A população negra vinda da África desempenha papel relevante a partir desse período, pois na preservação das “tradições de seus antepassados, evocando o auxílio de forças

¹⁰⁸ SOARES, 2001, p. 418.

¹⁰⁹ SOARES, 2001, p. 418.

¹¹⁰ SOARES, 2001, p. 418.

¹¹¹ SOARES, 2001, p. 431.

espirituais. [...] o poder de curar era atributo daqueles que possuíam o dom de comunicação com os espíritos ancestrais”¹¹².

Observando a ilustração acima, percebe-se ser esse o imaginário da população da época, que associava a cura às manifestações de fé oriunda da cultura popular. Sobre isso, conforme Márcio de Sousa Soares, em sua publicação sobre a herança cultural dos médicos e mezinheiros na Corte Imperial:

[...] Moléstias e sortilégios estavam diretamente relacionados e, muitas vezes, confundiam-se, posto que o próprio feitiço era considerado uma doença capaz de ser combatida com a ingestão de mezinhas apropriadas. O mau-olhado era considerado extremamente nocivo, sobretudo às crianças, e resultava no terrível quebranto: uma doença que despertava profundas angústias, uma vez que era considerada capaz de provocar a morte dos inocentes. O remédio contra os males advindos do mau-olhado era assegurado pelo uso de amuletos e pelas benzeduras; portanto, a cura e a profilaxia contra semelhantes enfermidades não estavam nas mãos dos médicos¹¹³.

A busca da profilaxia da doença por meio das práticas transcendentais de cura do corpo “associadas às instituições religiosas ou a certos agentes populares de cura (benzedores, rezadores, videntes) que atuam, autonomamente, desvinculados de instituições e movimentos religiosos”¹¹⁴ apresenta-se como prática recorrente na sociedade por gerações e alvo de inúmeros estudos científicos que analisam a relação entre ciência e religião, na área das ciências humanas e médicas.

Sobre isso, segundo Pereira e Klüppel, atualmente a ciência estranha cada vez menos “a ideia de que o corpo humano sofra influências da religiosidade desenvolvida pelo indivíduo”¹¹⁵, dada a integralidade do ser humano, não apenas um corpo constituído por órgãos, dores e enfermidades, mas também um indivíduo com sentimentos, emoções, espiritualidade, religiosidade e fé.

Essa visão holística do ser humano mostra a sinergia entre a medicina e a religião, e conseqüentemente uma busca pela sua saúde física e bem-estar psicológico. Vale ressaltar ainda que essa nova perspectiva terapêutica é denominada de Medicina Teossomática¹¹⁶.

Em suma, é no contexto dessa pluralidade de crenças religiosas, ricas pela presença do sagrado representado, por exemplo, pelas imagens, símbolos e amuletos, que se expressam as inúmeras e variadas visões de mundo da cura das enfermidades, cada uma delas recontadas

¹¹² SOARES, 2001, p. 419.

¹¹³ SOARES, 2001, p. 420.

¹¹⁴ PUTTINI, Rodolfo Franco. *Medicina e religião no espaço hospitalar*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004. p. 13.

¹¹⁵ PEREIRA; KLÜPPEL, 2014, p. 93.

¹¹⁶ PEREIRA; KLÜPPEL, 2014, p. 93.

pelas experiências daqueles que vivenciaram sua religiosidade e/ou espiritualidade num momento de dor.

Assim, considerando todos os argumentos apresentados pela literatura até aqui estudada, no Capítulo 2 serão apresentadas as principais características do RN prematuro, bem como da UTI neonatal como espaço de assistência para o restabelecimento da saúde desse indivíduo. Nesse capítulo também será descrita a UTI como espaço constituído por esperança e dor dos familiares, em especial das mães, que vêem seus pequenos e frágeis bebês lutando pela vida. Aliás, é nesse contexto de sofrimento, angústia e dor que se observam as diversas manifestações de fé em prol da saúde do corpo dos recém-natos.



2 O AMBIENTE DA UTI NEONATAL E A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Na área da Medicina Obstetrícia, os partos de bebês prematuros podem ser espontâneos (quando a gestante começa a ter contrações de trabalho de parto antes dos 9 meses) ou induzidos (nos casos em que se necessita interromper a gravidez, por problemas da mãe ou da criança).

No entanto, apesar do parto prematuro e do baixo peso de nascimento, algumas das principais causas de morbimortalidade perinatal¹¹⁷, bem como de um quadro de possíveis sequelas associadas ao desenvolvimento físico, neurológico e mental da criança, os avanços científicos e tecnológicos na área da neonatologia têm contribuído para maior e melhor sobrevivência do RN prematuro¹¹⁸. De fato, “[...] mais de 1 milhão de crianças morrem por ano em decorrência de complicações do parto prematuro. O parto prematuro é a principal causa de morte de crianças nas primeiras 4 semanas de vida e a segunda causa de morte até a idade de 5 anos”¹¹⁹.

Para Ruth Guinsburg e Maria Almeida, além da idade gestacional e do peso ao nascer, outros fatores influenciam o risco de morte de prematuros extremos e podem ser levados em conta na tomada de decisão quanto ao início ou não das manobras de reanimação¹²⁰, por exemplo.

Em razão disso, este capítulo apresenta as principais causas da prematuridade do recém-nato, bem como descreve as principais manobras técnicas e tecnológicas da Medicina Neonatal, reduzindo o número de intercorrências, além de aumentar as probabilidades de sobrevivência do bebê, com maior qualidade de vida, conforme será descrito.

¹¹⁷ A morbidade perinatal refere-se aos agravos na saúde do feto ou recém-nato. A mortalidade perinatal refere-se às mortes de fetos e recém-natos. No caso dos recém-natos, a morbimortalidade pode estar associada à prematuridade. SANTIAGO, Adrielle Dantas; OLIVEIRA, Maria Nice Dutra de; OLIVEIRA, Livia Lessa de; PINTO JUNIOR, Elzo Pereira. Morbimortalidade Neonatal em Unidade de Terapia Intensiva. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 141-151, 2017. p. 142-143.

¹¹⁸ NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues do; CARTAXO, Charmênia Maria Braga; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; SILVA, Lygia Maria Pereira da; SOUTO, Caroline Cordeiro; LEÃO, Eduarda Nascimento Carneiro. Percepção de enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. RENE*, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 811-820, 2013. [online]. p. 812.

¹¹⁹ REVISTA SOGESP. *Parto Prematuro*: precisamos melhorar a rede para o atendimento. Ano XVII, ed. 115, nov/dez., 2014. p. 21.

¹²⁰ GUINSBURG, Ruth; ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de. Reanimação do Prematuro < 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Programa de Reanimação Neonatal*. 26 de janeiro de 2016. [online]. p. 24.

2.1 A prematuridade e o surgimento / evolução da neonatologia

A prematuridade do recém-nato foi estabelecida pelo médico pediatra finlandês Arvo Henrik Ylppö, em pré e pós-doutorado no Kaiserin Auguste Victoria Haus, em Berlim, entre 1912 e 1920, acerca do crescimento pré-natal e pós-natal, que o levaram ao conceito de peso e comprimento ao nascer para a idade gestacional. Assim, considerando os resultados de tais estudos, Ylppö substituiu a filosofia de "fracos congênitos" pela de "bebês prematuros", definidos como aqueles com peso ao nascer de 2.500g ou menos¹²¹. No entanto, a definição proposta por Ylppö serviu de referência para a comunidade médica até a década de 1960, quando a prematuridade foi substituída pelo “critério do peso de nascimento como um parâmetro para os estudos de morbidades e de mortalidade em cuidados intensivos neonatais¹²².

Gordon Avery, Mary Fletcher e Mhairi Macdonald apresentam a seguinte classificação de prematuridade, segundo a idade gestacional (IG)¹²³: (a) Prematuro Limítrofe – grupo de neonatos nascidos entre a 35^a e a 36^a semanas de gestação, com peso entre 2.200 e 2.800g; (b) Prematuro Moderado – neonato nascido entre 31 e 34 semanas de gestação, com mais de 2.000g de peso; (c) Prematuro Extremo – neonato com IG menor ou igual a 30 semanas, na maioria dos casos, nascidos com menos de 1.500g, e em decorrência disso, de maior imaturidade, intercorrências mais frequentes e mais graves como, por exemplo, retinopatia da prematuridade.

Oportunamente cabe descrever o conceito de prematuridade do RN de Bettiol, Barbieri e Silva, que consideram tal configuração antes de 37 semanas de gestação – sendo prematuro moderado ou tardio o bebê nascido entre 31 e 36 semanas e seis dias, e prematuro extremo o que nasce entre 24 e 30 semanas de idade gestacional. O parto pré-termo também pode se associar à determinação incorreta da idade gestacional, baseada em exames de ultrassonografia com baixa qualidade da assistência pré-natal, falhando no controle de infecções que levam à ruptura prematura das membranas¹²⁴. Eduardo Famá e Thais Facca,

¹²¹ DUNN, P. M. Arvo Ylppö (1887-1992): pioneiro da pediatria finlandesa. *Arch. Dis. Criança Fetal Neonatal Ed.*, v. 92, n. 3, maio, 2007. [online]. p. 231.

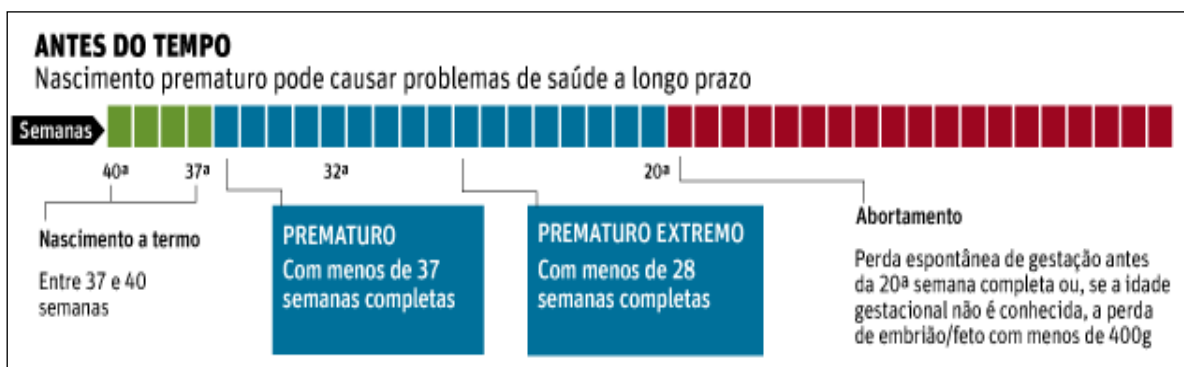
¹²² MENDES, Raimunda Izabel Pirá. *Índice de utilização de tecnologias na avaliação dos processos assistenciais de recém-nascidos prematuros*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2005. [online]. p. 7.

¹²³ AVERY, Gordon. B.; FLETCHER, Mary A.; MACDONALD, Mhairi G. *Neonatologia: Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido*. 4. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 1999. p. 3.

¹²⁴ BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco Antonio; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010. p. 57.

pré-termo é todo aquele que nasce entre a 22^a (154 dias) e a 37^a semana (259 dias), não importando o peso do recém-nascido¹²⁵, conforme ilustra a Figura 3, a seguir:

Figura 3. Idade Gestacional (semanas)¹²⁶.



Vários são os fatores, associados entre si ou não, que contribuem para o parto prematuro: baixo nível socioeconômico da família, anomalias congênitas, idade reprodutiva precoce ou avançada, doenças maternas, malformações do feto, desnutrição materna e tabagismo, entre outros¹²⁷.

Heloísa Bettiol, Marco Antonio Barbieri e Antonio Silva acrescentam, como fatores de risco, as infecções, partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, uso de drogas ilícitas na gravidez, trabalho extenuante, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, colo uterino curto, intervalo interpartal curto, baixa escolaridade, raça negra e história anterior de nascimento pré-termo¹²⁸. Outros fatores relacionados à assistência à saúde interferem na interrupção prematura da gravidez – e consequentemente, na prematuridade do bebê –, como disponibilidade de recursos, aceitabilidade, resolubilidade, número de consultas durante o acompanhamento pré-natal, tipo de parto e natureza jurídica do hospital¹²⁹.

¹²⁵ FAMÁ, Eduardo Augusto Broasco; FACCA, Thais Alquezar. Anomalias na duração da gravidez: prematuridade e pós-datismo prematuridade. In: PEIXOTO, S. *Manual de assistência pré-natal*. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. p. 129.

¹²⁶ COLLUCCI, Cláudia. Bebês prematuros são 10,5% no Brasil. In: *Jornal Folha de São Paulo – Equilíbrio & Saúde*, publicado em 27/12/2013. [online]. p. 1.

¹²⁷ SILVEIRA, Mariângela F.; SANTOS, Iná S.; MATIJASEVICH, Alicia; MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1267-1275, jun., 2009. [online]. p. 1267.

¹²⁸ BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010, p. 58.

¹²⁹ CAMPOS, Tatiana P.; CARVALHO, Marília Sá; BARCELLOS, Christovam C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 164-171, set. 2000. p. 164.

Outro ponto relevante acerca dos RN prematuros refere-se às características anátomo-fisiológicas que os diferenciam do recém-nascido a termo, pois normalmente já são sistemicamente frágeis, o que denota a imaturidade dos sistemas respiratório e nervoso central.

No RN prematuro, a prematuridade extrema e o baixo peso ao nascer, bem como as condições perinatais, são indicativos para a internação imediata, em alguns casos, por longos períodos, com separação precoce e temerosa entre mãe e filho. Para Ana Salge, Janaína Guimarães, Karina Siqueira e Rosana Correa, a prematuridade do RN o expõe a maior vulnerabilidade e risco de adaptação à vida extrauterina, tendo em vista que:

O recém-nascido (RN) prematuro pode apresentar uma série de complicações após o nascimento, e, muitas vezes associado à prematuridade encontra-se o RN com baixo peso, acentuando ainda mais os riscos de morbidade e mortalidade infantil [...]. A morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas.¹³⁰

Compreende-se, portanto, a vinculação de alguns casos de mortalidade e morbidade de RN ao nascimento prematuro. No entanto, apesar do parâmetro de caracterização anátomo-fisiológica do RN prematuro, a Neonatologia nem sempre o reconheceu, tendo sido a prematuridade por um bom tempo ignorada pela classe médica. Tal postura aumentava consideravelmente o surgimento de variados distúrbios e complicações na saúde, e em casos mais severos, o número de óbitos.

A respeito disso, Renata Rodrigues e Isabel Oliveira salientam que, até meados do século XIX, inexistiam instituições hospitalares voltadas aos cuidados das crianças adoecidas, fato que contribuía sobremaneira para a elevada taxa de mortalidade infantil, principalmente entre os recém-nascidos prematuros¹³¹.

De acordo com Regina Ungerer e Ana Miranda, nessa época os hospitais eram considerados instituições insignificantes para a sociedade, por não oferecerem nada além do que já se fazia em casa, em especial no que se refere aos partos, efetuados pelas “parteiras” e junto à família¹³². A mulher que aceitava “dar à luz” em um hospital público, em geral,

¹³⁰ SALGE, Ana Karina Marques; GUIMARÃES, Janaína Valadares; SIQUEIRA, Karina Machado; CORREA, Rosana Rosa Miranda. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.11, n.3, p.642-646, 2009. p. 643.

¹³¹ RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. [online]. p. 287.

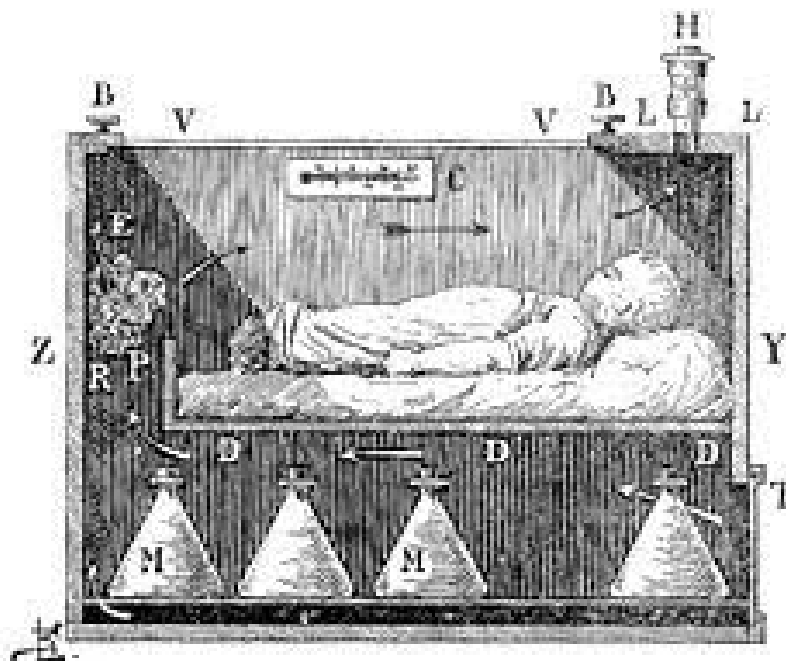
¹³² UNGERER, Regina L. S.; MIRANDA, Ana T. C. de. História do alojamento conjunto. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999. [online]. p. 6.

“deveria ser extremamente pobre, indigente, destituída de amigas, prostituta, doente mental, apresentar alguma doença contagiosa [...]”¹³³.

Outra questão relevante acerca dos nascimentos naquela época dizia respeito ao acolhimento do bebê, logo entregue à mãe para ser amamentado. Nesses hospitais praticamente não havia lugar especial para acolher o recém-nascido com complicações em decorrência do parto. Segundo Regina Ungerer e Ana Miranda, “praticamente todos os hospitais europeus, assim como os hospitais chineses e japoneses, desconheciam locais especiais para colocar os recém-nascidos, pois seu lugar natural era ao lado de sua mãe”¹³⁴.

Nesse contexto, destaca-se o professor e obstetra francês Stéphane Etienne Tarnier, como precursor das primeiras iniciativas tecnológicas de assistência ao prematuro, tendo apresentado, em 1878, o desenho de uma incubadora (Figura 4) para acolhimento dos recém-natos prematuros, semelhante à usada em zoológicos da época. O novo invento foi exibido em 1880 em uma maternidade em Paris¹³⁵: “[...] era uma caixa de madeira, com uma dependência superior na qual o recém-nascido repousava, e outra inferior com botijas de água quente”¹³⁶.

Figura 4. Primeira incubadora de Tarnier¹³⁷.



¹³³ UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 6.

¹³⁴ UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 6.

¹³⁵ SOARES, Deisi Cardoso. *Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2006. [online]. p. 28.

¹³⁶ SOARES, 2006, p. 28.

¹³⁷ TRAGANTE, Carla Regina. *Estudo do perfil das famílias e de seus filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2009. [online].

Gordon Avery, Mary Fletcher e Mhairi MacDonald atribuem o início da Neonatologia ao obstetra francês Pierre Budin, aluno de Tarnier, que, dois anos após a apresentação da incubadora pelo então mestre, desenvolveu os princípios e métodos que formam a base da medicina neonatal, estabelecendo uma rotina de cuidados com os recém-nascidos, bem como uma estrutura de acomodação para além das salas de parto. Nasce aí a especialidade da Neonatologia¹³⁸, com a criação do primeiro ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris¹³⁹.

Segundo Regina Ungerer e Ana Miranda, o primeiro berçário foi também criado em Paris em 1893, na instituição hospitalar *Maison d'Accouchements da Boulevard de Port-Royal*, idealização da enfermeira-chefe da Casa de Partos, M.me Henry¹⁴⁰, visando dar um atendimento especializado às crianças prematuras,

[...] conhecidas como “fracas”, “congenitamente fragilizadas”, com debilidade *vitae* ou simplesmente “débeis”, que chegavam principalmente dos arredores da cidade, em busca de socorro. Nesse local, M.me Henry utilizava uma geringonça criada por Stéphane Etienne Tarnier para aquecer os bebês que chegavam muito frios. Esse aparelho, baseado na chocadeira de ovos, ganhou o nome de “couveuse” ou em português, incubadora.¹⁴¹

Constata-se assim um olhar cuidadoso da medicina nesse período, em especial de Tarnier, Budin e M.me Henry, dirigido à prematuridade dos recém-natos. Sobre isso, Regina Ungerer e Ana Miranda destacam, em “História do alojamento conjunto”, um trecho em que Pierre Budin enfatiza a importância da atenção aos recém-nascidos, numa aula histórica de 1899:

Depois de alguns anos, as crianças também passaram a receber a atenção dos obstetras. Embora o mais importante seja salvar a vida da mulher no momento do parto, hoje em dia, graças à anti-sepsia, a mortalidade por infecção quase desapareceu e a morbidade está reduzida a seu mínimo. Assim, menos preocupados com a sorte das mulheres, os obstetras puderam voltar-se para a sorte dos bebês. Por isso, deste ano em diante, reservaremos uma hora a cada quinze dias para ensinar o que sabemos sobre a infância.¹⁴²

A partir da compreensão acerca da vulnerabilidade do RN prematuro vários estudos tiveram início. O próprio Budin publicou naquela época o livro *Le Nourrisson* sobre a importância da prática de alguns protocolos direcionados a atenção e cuidados neonatais, o

¹³⁸ AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999, p. 1.

¹³⁹ TRAGANTE, 2009, p. 4.

¹⁴⁰ UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 6.

¹⁴¹ UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 6.

¹⁴² UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 6.

“controle da temperatura, tempo da gestação versus peso do bebê, higiene, alimentação adequada, presença constante e carinho das mães, como fatores fundamentais para a sobrevivência das crianças prematuras”¹⁴³.

Assim, já nos fins do século XIX, a Neonatologia já havia protagonizado diversas conquistas, entre as quais, o desenvolvimento de uma incubadora, sob a solicitação do obstetra Stephane Etienne Tarmier, como já mencionado, e o uso de nitrato de prata para profilaxia da *ophthalmia neonatorum* pelo médico Carl Credê, além do protocolo de cuidados pré-natais estabelecidos por John Baleantyne. A partir daí, em Paris, verificou-se um decréscimo nas taxas de mortalidade infantil, que caíram de 66% para 38% entre crianças pesando menos que 2.000g no nascimento¹⁴⁴.

Porém, apesar do avanço técnico-científico na área, no início do século XX ainda eram altas as taxas de mortalidade entre os RN, estando a prematuridade e as infecções hospitalares entre os principais responsáveis pela maioria dos óbitos. Com o passar dos anos, os estudos dos neonatos prematuros avançaram, de modo a reduzir as taxas de mortalidade. Além disso, a infecção hospitalar foi controlada com o isolamento restrito do RN na maternidade, principalmente nos casos de prematuridade. Entretanto, esse isolamento resultou na separação entre mãe e bebê recém-nato, prejudicando o vínculo entre eles e o aleitamento materno¹⁴⁵.

Em 1914, no Hospital Michael Reese, em Chicago, foi criado o primeiro centro especializado no acolhimento de prematuros, cuja finalidade era assegurar um atendimento hospitalar qualificado, a partir de “dispositivos próprios, incluindo incubadoras e procedimentos rigorosos para prevenção de infecções”¹⁴⁶. Naquela oportunidade, um RN prematuro foi exibido para demonstrar à classe médica a importância da atenção hospitalar a esse público específico em estado de internação. Chicago também foi o palco da inauguração, em 1922, no Hospital Sarah Morris, da primeira unidade de assistência aos RN prematuros, pelo pediatra Julius Hess¹⁴⁷.

Anos mais tarde, já na década de 1940, ainda nos Estados Unidos, Ethel Dunham, pediatra do Departamento de Pediatria de Yale e diretora da Divisão de Pesquisa no Child Development of the U. S. Children’s Bureau, em Washington, publicou estudos voltados à “avaliação dos cuidados ao recém-nascido a termo e prematuro”, especificamente no que se

¹⁴³ UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 6.

¹⁴⁴ CARMO, Claudia Maria Alexandre do. *O despertar de uma especialidade: a enfermeira na história da neonatologia do Instituto Fernandes*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2010. p. 43.

¹⁴⁵ RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004, p. 288.

¹⁴⁶ SOARES, 2006, p. 30.

¹⁴⁷ TRAGANTE, 2009, p. 4.

refere à “atenção multiprofissional e do controle federal, nas políticas de atenção à saúde materno infantil”. Ademais, dando seguimento aos estudos desenvolvidos por Ethel Dunham, o também médico Willian Silverman, foi considerado pioneiro no estabelecimento de estudos sobre os: “processos controlados em berçário de prematuros, com vistas a redução da fibroplasia retrolental, que era causada pela falta de controle do fluxo do oxigênio nas incubadoras e da perda de calor corporal, entre outras descobertas”¹⁴⁸.

No contexto da breve trajetória histórica aqui exposta acerca da evolução da Neonatologia, e em especial, dos cuidados do RN prematuro, insere-se o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN, que aportaram no Brasil na década de 1970. Esses ambientes de saúde foram considerados essenciais à sobrevivência de muitos bebês prematuros e doentes, até então considerados inviáveis.¹⁴⁹

Contudo, apesar dos avanços científicos e tecnológicos disponíveis nessas unidades, as UTINs são lugares onde as incertezas, as aflições, a dor, o cuidado e a fé travam uma luta diária, em prol do restabelecimento do neonato prematuro e da sua ida para casa, conforme será abordado no tópico a seguir.

2.2 A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal como um espaço constituído por esperança, dor e luta dos recém-natos prematuros pela vida

Segundo Maria Moreira e Olga Bonfim, apesar da estrutura física similar às UTIs para crianças maiores e adultos, a UTIN é dotada de metodologia de intervenção e filosofia de atendimento completamente diferentes, dado que “o recém-nascido se comporta clinicamente diferente de uma criança maior e, ao mesmo tempo, seu tamanho e sua maturidade requerem tecnologia especializada para os cuidados”. É relevante acrescentar que na UTIN não se internam apenas RN prematuros com complicações graves; há também neonatos e bebês em observação, alguns deles apenas “crescendo e se capacitando para respirarem, sugarem e deglutirem sozinhos”, para então receberem alta e irem para casa.¹⁵⁰

Com a assistência neonatal disponibilizada nas UTINs, foi possível alcançar, no âmbito da individualidade e da singularidade de cada RN, conforme descreve Mendes:

¹⁴⁸ SOARES, 2006, p. 30.

¹⁴⁹ ANDRADE, Sônia Mara de; ELEUTÉRIO, Maria Fernanda; MELO, Virte Lasari. Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido (RN) em UTI: controle das manipulações. Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE. *Journal of Health*. 1. ed. / jan. – jun./2009. [online]. p. 39.

¹⁵⁰ MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BOMFIM, Olga Luiza. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A. and MORSCH, D. S. (Orgs). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. [online]. p. 25.

Um maior domínio sobre a fisiologia e fisiopatologia do amadurecimento dos órgãos e sistemas dos recém-nascidos prematuros. Este conhecimento provocou mudanças nos conceitos relativos aos cuidados intensivos neonatais, tanto do ponto de vista teórico quanto ético, exigindo assim alta especialização de médicos e enfermagem, estes cuidados envolvem tecnologias avançadas e uma estreita ligação com o serviço de obstetrícia com o objetivo de constituir uma interação perinatal que facilite a assistência aos recém-nascidos¹⁵¹.

Entre os diversos programas destinados à individualização do RN prematuro, destaca-se o *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* – NIDCAP, desenvolvido por Heidelise Als e considerado uma ferramenta clínica cujo objetivo é promover atenção humanizada, evidenciando o cuidado individual do RN prematuro hospitalizado, bem como de seus familiares. O NIDCAP utiliza-se da “observação do comportamento individual do neonato para delinear o cuidado a ser-lhe oferecido”.¹⁵²

Todo o aparato tecnológico e profissional em torno do neonato prematuro na UTIN visa fundamentalmente promover o devido cuidado integral (*nurturing care*), a fim de que esses bebês vivam sem grandes complicações. Aliás, esse cuidado é iniciado com o manuseio mínimo do RN prematuro, a partir do:

Momento do nascimento propriamente dito e também na primeira hora de vida (*Golden Hour*), além do transporte adequado para a unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, possibilitando a estabilidade clínica do paciente e minimizando traumas neste período de transição¹⁵³.

Em suma, a UTIN, por meio da ciência da Neonatologia e dos avanços tecnológicos, surge como espaço que tem proporcionado ao RN prematuro condições suscetíveis de desenvolvimento extrauterino, apesar de bem diferente do mundo anterior, ou seja, o intrauterino, considerado “ideal para o crescimento e o desenvolvimento fetal, permitindo ao feto repouso e sono profundo, que colaboram para o seu crescimento”¹⁵⁴. Como comentam Altamira Reichert, Rilávia Lins e Neusa Collet:

Inquestionável que a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevivência dos bebês de alto risco. No entanto, a fragilidade da pele, bem como a presença de tubos e sondas são causas de sofrimento, visto que os mesmos não estão preparados para tantos estímulos que lhes são estranhos e assustadores, considerando que antes

¹⁵¹ MENDES, 2005, p. 1-2.

¹⁵² PEREIRA, Fabíola Lima. *Manipulação de recém-nascido pré termo: o cenário na UTI neonatal de um hospital no interior paulista*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. [online]. p. 17.

¹⁵³ UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. Universidade Federal de Santa Catarina. *Protocolo de Manuseio Mínimo para Recém-Nascidos*. 2014. [online]. p. 1

¹⁵⁴ ANDRADE; ELEUTÉRIO, 2009, p. 39.

viviam em um ambiente protegido pelo líquido amniótico, ouviam os batimentos cardíacos da sua mãe, e o som da voz dela.¹⁵⁵

Nesse contexto, particularizando a assistência ao recém-nascido prematuro, com todo o aparato especializado voltado à sua luta pela sobrevivência, para os pais, principalmente para a parturiente/mãe, a UTIN configura-se como ambiente inóspito e paradoxal, onde a esperança e o medo caminham lado a lado (Figura 5).

Figura 5. Recém-nato sob os cuidados especializados da UTIN¹⁵⁶



O recém-nascido prematuro hospitalizado em UTIN, dependendo da sua gravidade, em média é submetido de 130 a 234 manipulações durante 24 horas, algumas consideradas dolorosas para ele¹⁵⁷. Com efeito, segundo Luciano Santos, Monik Pereira, Leandro Santos e Rosana Santana, é numa luta diária pela sobrevivência, o RN prematuro é exposto a procedimentos e intervenções invasivas, praticamente o tempo todo, com manipulação de técnicas potencialmente agressivas (aspiração de secreções, coleta de sangue para exames, puncionamento de veias, radiografias e ultrassonografias, por exemplo), porém necessárias ao ser internado na UTIN. Além disso, fica exposto a um ambiente que, em virtude da alta complexidade tecnológica, é marcado por constantes e intensos ruídos, luminosidade e estresse, mas imprescindível à sobrevivência¹⁵⁸.

¹⁵⁵ REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 9, n. 1, 2007. [online]. p. 212.

¹⁵⁶ PORTAL HOSPITAIS BRASIL. [online]. p. 1

¹⁵⁷ SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Monick Piton; SANTOS, Leandro Feliciano Nery dos; SANTANA, Rosana Castelo Branco de. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 27-33, 2012. [online]. p. 28.

¹⁵⁸ SANTOS; PEREIRA, SANTOS; SANTANA, 2012, p. 28.

Assim, considerando que, no ambiente da UTIN, o RN demanda cuidados especiais, é fundamental o cumprimento de um protocolo, com normas e rotinas institucionais específicas, conforme as demandas de cada um, visando minimizar intercorrências. Nesse sentido, no contexto das normas e rotinas da UTIN, inserem-se algumas limitações, principalmente no que se refere ao acesso dos familiares a esse ambiente.

Sob esse aspecto, Maria Moreira, Nina Braga e Denise Morsch salientam que, em casos mais graves, o neonato prematuro tende a permanecer por muito mais tempo na UTI, numa situação que pode ser tão difícil para os pais quanto para o bebê; em razão disso, a “presença dos pais ao lado do filho deve ser permitida pelo maior espaço de tempo possível”,¹⁵⁹ porque, segundo os autores,

Ao entrarem na UTI pela primeira vez, os pais experimentam um misto de sensações, dentre as quais perplexidade e medo em face de uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o bebê. Mesmo aqueles pais que foram previamente informados sobre a necessidade de internação de seus filhos logo após o nascimento, mesmo aqueles que tiveram a oportunidade de conhecer a UTI antes, experimentam um certo atordoamento, difícil de diminuir ainda nas primeiras visitas.¹⁶⁰

Compreende-se, assim, que a equipe de saúde da UTIN deve ter em mente que o nascimento prematuro do bebê tende a causar um grande impacto na família, gerando quase uma crise familiar e desequilíbrio emocional dos pais, principalmente, das mães, em razão da ruptura abrupta do vínculo com o bebê, agora distante, e muitas vezes, por tempo indeterminado.

Em estudo fenomenológico de Caroline Tronco, Andressa Rodrigues, Cristiane Paula, Ívis Souza e Stela Padoin, com mães cujos bebês estavam internados na unidade neonatal de um hospital universitário, foram observadas as suas reações de “apavoramento” ao verem os bebês recém-nascidos ligados a vários equipamentos e lutando pela vida.¹⁶¹ Nesse estudo, os autores analisaram que:

O afastamento repentino entre mãe e filho que se prolonga durante a internação, associado às condições clínicas do bebê e seu risco de morte, produzem na mãe uma sensação de perda e luto antecipado, gerando sentimentos conflitantes e angustiantes como culpa, ansiedade, preocupação e confusão. Assim, repentinamente a mãe passa

¹⁵⁹ MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. (orgs). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 31.

¹⁶⁰ MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003, p. 1.

¹⁶¹ TRONCO, Caroline Sissy; RODRIGUES, Andressa Peripolli; PAULA, Cristiane Cardoso; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira; PADOIN, Stela Maris de Mello. Significados da permanência do recém-nascido na UTI após a alta da mãe: estudo fenomenológico heideggeriano. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Santa Maria, v. 18, n. 3, p. 1-7, 2019. [online]. p. 1.

a ser acompanhante do filho, sem ter algum preparo para essa mudança, tornando-se mera expectadora dos cuidados que são prestados pelos profissionais de saúde.¹⁶²

Essa ruptura promove, principalmente nas mães, um conjunto significativo de sentimentos, muitas vezes de grande dimensão emocional, que também as submete à necessidade de atenção da equipe de profissionais encarregada dos cuidados ao bebê. Esse conjunto de sentimentos contempla várias emoções, reações, apreensões e temores, muitas vezes sequer percebidos pelos profissionais da saúde da UTIN.¹⁶³

Importa, portanto, considerar que a mãe do bebê prematuro enfrenta uma crise de identidade com a maternidade – como tornar-se mãe frente a essa situação atípica –, pelo rompimento do laço umbilical. A respeito disso, considerando Marson, essa crise se estabelece com:

[...] a surpresa do encontro com o filho real, que a impossibilita de ser mãe, faz cair por terra os sonhos, as idealizações, gerando uma ruptura na rotina de vida da mãe, e na rotina do bebê, que vem ao mundo com aparência frágil e pequena. A gestação e a passagem do bebê imaginado para o bebê real tendem a ser interrompidos por uma realidade em que o bebê idealizado da gestação não corresponde em nada ao bebê da incubadora.¹⁶⁴

Ante o choque com a realidade, essa mãe também se mostra prematura, e mesmo que já tenha gerado outros filhos, precisa ser cuidada e amparada de forma humanizada, individualizada e diferenciada, também considerando o estado puerperal (pós-parto)¹⁶⁵ em que se encontra e muitas vezes a fragiliza física e emocionalmente. Aliás, algumas mães, por não compreenderem tal situação, tornam-se revoltadas e agressivas.

Carmem Ester Rieth salienta que o fenômeno da emoção ataca o corpo integral e simultaneamente, acometendo todos os subsistemas humanos, inclusive os processos mentais. Para a autora, ao mesmo tempo em que a mente sente a emoção (manifestada por sentimentos como medo, raiva, pânico, dor, tristeza e alegria), essa emoção também se manifesta pelo corpo, a partir dos sinais físicos (por exemplo, rubor da face, tremor das mãos, fala embaraçosa e agressiva), cujos reflexos também podem ser expressos socialmente, como no

¹⁶² TRONCO; RODRIGUES; PAULA; SOUZA; PADOIN, 2019, p. 1.

¹⁶³ TRONCO; RODRIGUES; PAULA; SOUZA; PADOIN, 2019, p. 1.

¹⁶⁴ MARSON, Ana Paula. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. *Revista da SBPH*, v. 11, n. 1, p. 161-169, 2008. p. 161. [online].

¹⁶⁵ Segundo Soifer (1986), “o parto tem o significado de uma separação entre dois seres que até então viviam juntos, um dentro do outro. É o momento de uma grande alteração, com a perda de um estado e passagem a outro, o que desperta na mulher profundas ansiedades. [...] que se estruturam sobre a reativação do trauma do nascimento: de perda, de esvaziamento, de castração, de castigo pela sexualidade e de defrontação com um desconhecido, o filho”. In: MARSON, 2008, p. 163-164.

caso da interação conflituosa com outras pessoas.¹⁶⁶ Nesse contexto, a autora considera a relação entre corpo-mente-saúde-doença como psicossomática.

Catarina Aparecida Sales, Nataly Barbosa Alves, Muriel Regina Vrecchi e Jacqueline Fernandes comentam a necessidade e a dificuldade de essas mães aprenderem a ser mães no momento da internação do bebê recém-nascido numa UTIN, salientando que “é quase sempre um momento difícil para a família, que pode experienciar sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro de seu familiar, sentimentos que envolvem as suas próprias perspectivas de vida”¹⁶⁷. Para os autores, a mistura de sentimentos dos pais decorre de alguns questionamentos, especificamente sobre o futuro do bebê, como, por exemplo: a cura será completa? Haverá sequelas? Poderá morrer?

Em sintonia com esses autores, Ana Paula Marson comenta que a prematuridade é “uma das intercorrências que se contrapõem à imagem social da maternidade, como local de nascimento e vida, que nesse momento se atrelam a situações de perda, à perda real e à perda do filho idealizado”.¹⁶⁸ A prematuridade, além de romper com o sonho do bebê ideal, cheio de energia, promove uma frustração generalizada na família, em especial na mãe, inicialmente impedida de exercer a maternidade. Segundo Marson, essa frustração “produz uma dor intolerável, de difícil e lenta recuperação, rompendo, em geral, o equilíbrio homeostático familiar”.¹⁶⁹

Quando a mãe se depara com o fato de que seu bebê, tão sonhado e desejado, não irá para casa e ficará internado numa UTIN, o que lhe vem de imediato à mente é a iminência da morte. A esse pensamento de perda soma-se o temor de perder parte de si mesma¹⁷⁰.

Especificamente quanto ao temor da mãe de perder o filho, Caroline Tronco, Andressa Rodrigues, Cristiane Paula, Ívis Souza e Stela Padoin, citando o filósofo Martin Heidegger, o descreve sob três perspectivas: pavor, horror e terror, a partir daquilo com “que as pessoas estão familiarizadas no seu mundo da vida, com a sua visão das coisas e também pelo modo abrupto que algo acontece na sua vida”.¹⁷¹

Por exemplo, as mães de RN prematuros entrevistadas no estudo desses autores, de alguma forma, já ouviram falar da prematuridade ou já sabiam sobre o assunto. No entanto, ao

¹⁶⁶ RIETH, Carmem Esther. “Ele dá pra todos na medida...” Saúde, doença e religião a partir de uma abordagem psicossomática. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo. v. 43, n. 2, p. 60-69, 2003. p. 62.

¹⁶⁷ SALES, Catarina Aparecida; ALVES, Nataly Barbosa; VRECCHI, Muriel Regina; FERNANDES, Jacqueline. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Maringá, v. 59, n. 1, p. 20-24, 2006. [online]. p. 21.

¹⁶⁸ MARSON, 2008, p. 164.

¹⁶⁹ MARSON, 2008, p. 164.

¹⁷⁰ SALES; ALVES; VRECCHI; FERNANDES, 2006. p. 23.

¹⁷¹ TRONCO; RODRIGUES; PAULA; SOUZA; PADOIN, 2019, p. 5.

vivenciarem a realidade do nascimento prematuro dos bebês, passaram a sentir “na pele” uma ameaça, e, conseqüentemente, o apavoramento. Os autores complementam ainda que:

O temor se transforma na perspectiva de pavor quando aquilo que de início é conhecido e familiar, subitamente se abate sobre o ser. [...] quando essa ameaça possui o caráter de algo que não é familiar para a pessoa, ou seja, algo que a mulher desconhece no seu dia a dia, o temor se transforma. Na perspectiva heideggeriana, será a do horror.¹⁷²

Para Caroline Tronco, Andressa Rodrigues, Cristiane Paula, Ívis Souza e Stela Padoin o terror da mãe inicia-se na hospitalização do bebê, prosseguindo durante a internação, as visitas diárias e as despedidas, diante da impossibilidade de levar o filho para casa.¹⁷³

Sobre isso, é oportuno o relato de uma mãe – participante do grupo de 12 mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados numa UTIN do Hospital-Maternidade Municipal de médio porte, na cidade do Rio de Janeiro –, segundo um estudo de Araújo e Rodrigues:

[...] eu fico lá esse tempo, o tempo que for necessário até ele poder ir pra casa... você fica porque você tem que ficar mesmo... eu quero ficar por causa do filho [...]. (Ternura). Não tem mãe que queira largar seu filho na UTI pra ir pra casa, então é bom ter mesmo um alojamento de mães dentro do hospital (Solidariedade). Pelo meu filho eu faço tudo, ficaria em qualquer lugar, onde ele estivesse [...] enquanto ele não sair daqui, eu não vou embora [...]. (Dor).¹⁷⁴

Da mesma forma, em pesquisa de Kézia de Oliveira, Marly Veronez, Ieda Harumi Higarashi e Darci Corrêa, com seis pais de recém-nascidos prematuros internados na UTIN do Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM), foi unânime o relato das mães a respeito da síndrome do ninho vazio, sensação comum ao chegarem em casa. Segundo elas, “o primeiro sentimento vivenciado foi a sensação de abandono dos bebês. Mesclados a esse sentimento emergiram também sentimentos de fracasso como mães”.¹⁷⁵

Enfim, é nesse cenário de exaustão emocional que se encontram as famílias do RN prematuro, principalmente do neonato em situação crítica, instalando-se a incerteza quanto à sobrevivência, apesar de todos os recursos da UTIN. Aliás, é nesse contexto que se percebe o intenso sofrimento psíquico de algumas mães, senão a maioria, diante da impotência quanto à fragilidade do bebê prematuro, o que contribui para a abertura de “caminhos para estados

¹⁷² TRONCO; RODRIGUES; PAULA; SOUZA; PADOIN, 2019, p. 5.

¹⁷³ TRONCO; RODRIGUES; PAULA; SOUZA; PADOIN, 2019, p. 5.

¹⁷⁴ ARAÚJO; RODRIGUES, 2010, p. 288.

¹⁷⁵ OLIVEIRA, Kézia de; VERONEZ, Marly; HIGARASHI, Ieda Harumi; CORRÊA, Darci Aparecida Martins. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan-mar. 2013. [online]. p. 49.

depressivos, estados de ansiedade, fobias, ideias obsessivas”¹⁷⁶ quanto à possibilidade de morte.

Diante disso, em razão do quadro de instabilidade emocional da família, em especial da mãe, é fundamental que os profissionais da saúde, principalmente os atuantes nas UTINs, considerem todas as emoções passíveis de surgir durante a hospitalização do RN prematuro, entre as quais se situam as manifestações de crenças religiosas e espirituais.¹⁷⁷

No Brasil, esse olhar diferenciado das políticas públicas de saúde quanto à importância do cuidado mais humano do doente hospitalizado repercute nacionalmente nos anos 2000, a partir da criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujas diretrizes visam a união entre a qualidade técnica da atenção e as tecnologias de acolhimento no cuidado dos pacientes.¹⁷⁸

As primeiras intervenções das práticas humanizadoras na saúde no Brasil ocorreram de forma pioneira nas UTINs, a partir do Método Mãe-Canguru, trata-se de um:

Método de assistência humanizada ao RN que foi originalmente proposto pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá na Colômbia em 1978, considerado um marco inicial para a introdução das ações de humanização em UTIN [...], reforçando a necessidade para a criação da PNH.¹⁷⁹

É preciso reiterar que, no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, buscam-se inserir nas rotinas dos serviços desempenhados pelos profissionais da saúde mudanças nos modos de gerir e cuidar dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo atitudes e práticas humanizadoras.¹⁸⁰

Especificamente no contexto da UTIN, essa interação entre a equipe de saúde e a família do RN prematuro constitui importante componente da pronta recuperação, conforme depreendem Élen Santana e Leila Madeira a partir do relato de um profissional da saúde da UTIN do Hospital Sofia Feldman (HSF), referência em atendimento materno-infantil de Belo

¹⁷⁶ MARSON, 2008, p. 165.

¹⁷⁷ ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; MICHEL, Renate Brigitte; TREBIEN, Heitor Augusto Colli; MENEGATTI, Cláudia Lúcia. Coping Religioso/Espiritual na Antessala de UTI: Reflexões sobre a Integração da Espiritualidade nos Cuidados em Saúde. *Interações*, Belo Horizonte, v. 12, n. 22, p. 203-222, ago./dez. 2017, p. 304.

¹⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 1.

¹⁷⁹ CALLES, Ana Carolina do Nascimento; NASCIMENTO, Jaciene Santos dos; SILVA, Andréa Vicente da; SOUZA, Cícera Trindade Santos de. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão de literatura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, v. 4, n. 1, p. 23, 2017. [online]. p. 25.

¹⁸⁰ Alguns conceitos norteiam o trabalho da Política Nacional de Humanização, como o acolhimento, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada e a defesa dos direitos dos usuários, considerando que os usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado são um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSus*. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [online]. p. 1.

Horizonte: a mãe que participa e acompanha entende mais facilmente a situação da criança, é mais tranquila. Sua família também é mais tranquila porque, dada a presença da mãe e do pai, a família se sente melhor.¹⁸¹

Assim, numa visão poética e humanista sobre as UTIN's, pode-se ressaltar que elas são:

As UTIs neonatais são resultado deste trabalho incessante de articulação entre o que é interno e o que é externo. É uma zona de fronteira que busca uma articulação entre a permanência e a fugacidade da vida. Todos os que lá trabalham sabem, sem dizê-lo, estar vivenciando a ilusão de serem capazes de driblar os limites impostos pela morte, pela fragilidade e pelas doenças, para que os que lá estão, entregues aos seus cuidados, possam sustentar suas vidas, criando suas próprias versões a respeito. Contudo a capacidade de criar esta zona de ilusão, parece correr o risco de ficar comprometida nos bebês prematuros que permanecem nas UTIs, limitando sua capacidade criativa de poder lidar com a vida.¹⁸²

Essa relação humanizada da equipe de saúde com a família do RN prematuro tem sido estabelecida também a partir do respeito à dimensão espiritual do conceito de saúde, segundo a OMS, já que essa dimensão implica questionamentos do significado e sentido da vida, remetendo ao transcendente, independentemente da crença de cada indivíduo e/ou da filiação e prática religiosa.¹⁸³

Raquel Panzini, Neusa Rocha, Denise Bandeira, Marcelo Fleck também se manifestam quanto à importância da compreensão dos profissionais da saúde das manifestações espirituais e/ou religiosas dos pacientes em situação de aflição ou de seus parentes, visando o controle dos sentimentos e emoções. Em consonância com Epperly, os autores enfatizam que:

[...] Os profissionais da saúde possuem indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de virtualmente qualquer doença. A parede entre medicina e espiritualidade está ruindo: médicos e demais profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhora da saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes de vida.¹⁸⁴

É importante evidenciar que, na área científica e acadêmica, são vários os estudos das práticas espirituais e religiosas como manifestações de fé no enfrentamento da dor, destacando-se até mesmo a repercussão positiva dessas práticas como estratégias de

¹⁸¹ SANTANA, Élen Fátima Marinho; MADEIRA, Leila Maria. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. *Rev. Enferm. Centro-Oeste Mineiro*; v. 3, n. 1, p. 475-487, 2013. [online]. p. 479.

¹⁸² RABELLO, 2005, p. 50.

¹⁸³ LEMOS, 2019, p. 687.

¹⁸⁴ PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 34, p. 105-115, 2007. [online]. p. 106.

encorajamento do doente ou do seu familiar diante da situação¹⁸⁵. Práticas referentes à busca das pessoas pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual (a partir das suas crenças e filosofias, ligadas ao sagrado) frente as respostas não concretas e aos desenganos dos médicos, bem como, no enfrentamento das angústias, desilusões, temores e condições crônicas presentes no processo de doença e hospitalização¹⁸⁶.

No estudo de Letícia Schleder, Lucineia Parejo, Ana Puggina e Maria Silva esse vínculo com o transcendente, representado pelas manifestações espirituais e religiosas, deve-se à situação de perigo diante da pessoa amada internada na UTI e à esperança de vê-la com saúde, recuperada. Para muitas pessoas, a relação com o transcendente se dá pela espera do milagre¹⁸⁷. Ainda nas considerações dos autores, as manifestações de fé no transcendente despertam nos familiares uma força sobrenatural para o enfrentamento da dor e da desesperança. Tais manifestações, segundo os autores, podem se dar com o auxílio de vários mecanismos, seja “por meio de gestos, palavras ou acessórios religiosos, tais como o terço e a bíblia”,¹⁸⁸ seja pela meditação, presença de líderes religiosos, grupos de oração de comunidades religiosas, etc.¹⁸⁹.

É possível perceber ainda que, pela experiência da dor, as mães cristãs tendem a depositar as esperanças no relacionamento com Deus e com sua espiritualidade, acreditando e buscando Nele a cura e a saúde para os filhos. Sobre isso, vale mencionar um trecho da obra de Francisco Álvarez a respeito da teologia da saúde, enfatizando:

O Espírito, que fortalece a liberdade ferida, que enriquece com seus dons, que distribui frutos tão próximos à vida e aderentes à saúde como ‘amor, alegria, paz, generosidade, benignidade, bondade, fé, mansidão, autodomínio’ (Gl 5,22-23), ou seja, o Espírito que educa o desejo, que sustenta a esperança (um dos dons terapêuticos e saudáveis por excelência).¹⁹⁰

Essa esperança da mãe na crença, visando o restabelecimento do bebê internado, contribui para minimizar os sofrimentos. Segundo Lúcia Silva e Vânia Moreno, apesar de confiarem na assistência médica para o restabelecimento da saúde, a família também encontra

¹⁸⁵ LEMOS, 2019, p. 688.

¹⁸⁶ LAGO-RIZZARDI, Camilla Domingues do; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; SIQUEIRA, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p.483-487, 2010. p. 484.

¹⁸⁷ SCHLEDER, Letícia Preti; PAREJO, Lucineia Stach; PUGGINA, Ana Cláudia; SILVA, Maria Júlia Paes da. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, Jundiaí, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2013. [online]. p. 77.

¹⁸⁸ SCHLEDER; PAREJO; PUGGINA; SILVA, 2013, p. 77.

¹⁸⁹ VÉRAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010, p. 308.

¹⁹⁰ ALVAREZ, Francisco. *Teologia da Saúde*. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013. p. 58.

conforto espiritual nas práticas religiosas¹⁹¹. Ainda nesse contexto, Júlio Peres, Manoel Simão, Antonia Nasello compreendem que a crença religiosa se constitui como:

Uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos clientes para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações. A confirmação de suas crenças e inclinações perceptivas pode fornecer ordem e compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis.¹⁹²

Eis o motivo da importância da acolhida, bem como da compreensão pelos profissionais de saúde da UTIN das possíveis expressões e manifestações (positivas ou negativas) dos familiares que vivenciam o adoecimento ou a hospitalização do bebê, de forma específica no que tange a crenças, religiosidade e espiritualidade.

Com efeito, vale reiterar que o cuidado humanizado do paciente inclui o cuidado da família, que deve ser considerado parte do projeto terapêutico da equipe de saúde, à qual cabe seus valores culturais e religiosos¹⁹³.

É importante chamar a atenção para compreensão destes profissionais da saúde quanto a importância da família como parte integrante na recuperação do paciente, permitindo e acolhendo essas manifestações de fé na rotina de cuidados hospitalares¹⁹⁴.

Santos descreve em seu estudo que as mães vêm nas manifestações de fé uma:

Fonte de consolo durante o período vulnerável da hospitalização do RNPT na UTIN, o que faz a puérpera vivenciar um movimento de busca por uma força superior, para amenizar o sofrimento causado pela hospitalização do filho. Ao vivenciar a situação de doença e hospitalização do filho, e diante das incertezas decorrentes da prematuridade e das dificuldades decorrentes, a puérpera busca na fé e na oração a esperança para o controle interno de suas emoções e para vivenciar melhor a experiência de ter um filho na UTIN, resultando em maior habilidade para se sentir confortável na situação.¹⁹⁵

Em estudo similar, Renata Vêras, Juna Vieira, Fátima Moraes ressaltam que no contexto da situação vivenciadas pelas mães de RN em UTIN, as manifestações de fé abrem uma possibilidade de diálogo com os sentimentos de angústia e sofrimento gerados no ambiente hospitalar. Nesse estudo são evidenciados ainda outros relatos de mães que por:

¹⁹¹ SILVA, Lúcia; MORENO, Vânia. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 3, n. 2, p. 161-168, mai/ago. 2004. p. 162.

¹⁹² PERES, Júlio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 34, n. supl. 1, p. 136-145, 2007. p. 137.

¹⁹³ SILVA; MORENO, 2004, p. 162.

¹⁹⁴ SCHLEDER; PAREJO; PUGGINA; SILVA, 2013, p. 72.

¹⁹⁵ SANTOS, Luciano Marques dos; OLIVEIRA, Irla Lopes de; PASSOS, Silvia da Silva Santos; SANTANA, Rosana Castelo Branco de; SILVA, Jaqueline Dantas da; LISBOA, Sara Dias. Mudanças familiares decorrentes da hospitalização do prematuro em cuidados intensivos: um estudo com puérperas. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 27, n. 3, 2013. p. 235.

Não entenderem a situação clínica dos seus filhos, e menos ainda as explicações recebidas, acabavam recorrendo à fé em Deus na esperança de cura e recuperação. [...] Para essas pessoas, leigas no conhecimento biomédico, não é possível acreditar na cura apenas em face dos procedimentos técnicos. Ao contrário, é preciso crer em algo superior, capaz de salvar, diante da evidência da eminente morte do filho.¹⁹⁶

Enfim, é nesse contexto que se insere o propósito desta dissertação, ou seja, a constatação *in loco* do efeito das práticas da fé desenvolvidas e manifestadas pelas mães de recém-nascidos prematuros em UTIN; isto é, se promovem ou não maior compreensão no enfrentamento da dor e na espera do milagre da recuperação do filho hospitalizado.

Nesse sentido, considerando a bibliografia que serviu de aporte a este capítulo e ao anterior, caberá ao próximo a descrição da realidade dos familiares, especificamente de algumas mães de RN prematuros internados na UTIN do Hospital Plantadores de Cana, no município fluminense de Campos dos Goytacazes, no que tange à importância da sua fé nas crenças, manifestações espirituais e religiosas, visando a salvação do corpo físico dos filhos.



¹⁹⁶ VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010, p. 330.

3 PERCEPÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE FÉ DAS MÃES DE RECÉM-NATOS PREMATUROS EM PROCESSO DE INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL PLANTADORES DE CANA (HPC)

O presente capítulo visa assegurar o alcance dos objetivos propostos para o desenvolvimento deste estudo, a partir da realização de uma pesquisa de campo desenvolvida em 02 (duas) etapas distintas. Na primeira etapa deste estudo foi caracterizado o local onde foi realizado a pesquisa de campo, a UTI Neonatal da instituição de saúde denominada Hospital Plantadores de Cana (HPC), em Campos dos Goytacazes/RJ, um setor responsável pelo acolhimento de recém-natos prematuros que requerem atendimento especializado. Já na segunda etapa da pesquisa de campo foram realizadas entrevistas com 50 (cinquenta) mães de recém-natos prematuros internados na UTIN do HPC, durante os meses de fevereiro a abril de 2021, constituindo assim a amostra da pesquisa, conforme será descrito no tópico 3.1.

A realização desta pesquisa tornou-se possível em razão do vínculo profissional como Médico Obstetra, com Especialização em gestação de alto risco, com atuação desde 2005 como plantonista da Maternidade de Alto Risco do Hospital dos Plantadores de Cana (referência em gestação de alto risco no Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro).

3.1 Caracterização do local e da amostra da pesquisa

O Hospital dos Plantadores de Cana (AFAMCI¹⁹⁷ / HPC), localizado na Av. José Alves de Azevedo, 337 - Parque Rosário no município norte-fluminense de Campos dos Goytacazes, é uma unidade de saúde que há 56 anos atende à população local e de municípios vizinhos, como São João da Barra, São Francisco do Itabapoana, São Fidélis, Carapebus, Quissamã, Italva e Cardoso Moreira. O hospital, que foi criado para atender aos produtores rurais, hoje presta serviços para toda a população em diversas especialidades, como cardiologia, clínica médica, pequenas cirurgias, cirurgia pediátrica, ginecologia e obstetrícia, sendo referência para no atendimento à gravidez de alto risco¹⁹⁸.

A partir de 2012, o HPC (Figura 1) deu início ao trabalho de valorização dos profissionais e humanização no atendimento, a fim de obter melhorias na qualidade da oferta dos seus serviços, por exemplo, o HPC foi credenciado pelo Ministério da Saúde para realizar

¹⁹⁷ Associação Fluminense de Assistência à Mulher, à Criança e ao Idoso.

¹⁹⁸ HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA – HPC. *Sobre nós: conheça a nossa história*. 2020. [online]. p.1.

o parto humanizado. A Unidade Neonatal foi modernizada, recebeu novos equipamentos e ganhou novos leitos – num total de 50 leitos, sendo 20 leitos exclusivos para UTIN oriundos, em sua maioria, da própria maternidade do HPC e regulados pela central de vagas do município de Campos dos Goytacazes/RJ¹⁹⁹.

Figura 6. Fachada do Hospital dos Plantadores de Cana²⁰⁰



Faculdade Unida de Vitória

O aumento no número de vagas contribuiu para o credenciamento do HPC à Rede Cegonha, a fim de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Registra-se ainda que a Maternidade do Hospital Plantadores de Cana tem uma média de 300 nascimentos mês²⁰¹.

Assim, diante da grande demanda de gestantes atendidas pelo Hospital Plantadores de Cana, principalmente, de gestantes consideradas de alto risco, o mesmo apresenta um quantitativo elevado de bebês prematuros internados na UTIN, que tem lotação esgotada quase que diariamente, exigindo assim uma intensa dedicação técnica-científica dos profissionais de saúde inseridos na referida unidade que, em geral, é composta por 05 (cinco) plantonistas médicos, funcionários da AFAMCI/HPC: 01 (um) na enfermaria, 01 (um) na sala de parto e alojamento conjunto e 03 (três) na Unidade Neonatal e mais 02 (dois) médicos

¹⁹⁹ HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA – HPC. 2020. p. 1

²⁰⁰ Arquivo Pessoal.

²⁰¹ HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA – HPC. 2020. p. 1.

residentes/dia em pediatria, totalizando 07 (sete) pediatras, os médicos do serviço são habilitados, inclusive em reanimação neonatal²⁰².

Em razão do período de internação do recém-nato prematuro na UTIN, muitas vezes longo por conta das complicações, o HPC apresenta uma gestão de acolhimento às mães e familiares de todos os bebês internados de modo a humanizar o atendimento, inclusive com reunião de grupo dessas mães com uma equipe multidisciplinar composta por pediatras, psicólogos, assistentes sociais. A UTI neonatal do HPC atende por meio do convênio ao SUS, sendo que a maior parte dos atendimentos é direcionada às famílias de baixo poder aquisitivo.

No que se refere à caracterização da amostra dos participantes da pesquisa de campo, foram selecionadas 50 (cinquenta) mães de recém-natos prematuros na Unidade Neonatal do HPC que estiveram hospitalizados entre fevereiro e abril de 2021. Para a seleção foram utilizados como critérios de inclusão: ser mãe de recém-nato prematuro com necessidade de atendimento especializado em UTIN e aceitar participar do estudo, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme dispõe o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Unida, de 30 de outubro de 2008²⁰³. Foram excluídas aquelas mães que não concordaram com os termos da pesquisa por razões pessoais. Naquela oportunidade foi garantido às entrevistadas que aceitaram realizar a pesquisa o anonimato.

Com relação à equipe de profissionais de saúde que atua na UTIN do HPC essa varia de acordo com o turno de trabalho: equipe noturna composta por 02 (dois) médicos, 02 (dois) enfermeiros, 10 (dez) técnicos de enfermagem, 01 (um) fisioterapeuta; equipe diurna composta por 02 (dois) médicos e 03 (três) médicos visitantes, 03 (três) enfermeiros, 10 (dez) técnicos de enfermagem, 02 (dois) fisioterapeutas, segundo informações da equipe de saúde responsável pela referida unidade neonatal.

A coleta dos dados do presente estudo ocorreu no período de fevereiro à abril de 2021, por meio de entrevista estruturada com respaldo em um questionário composto por 14 (quatorze) perguntas diretas e objetivas (sim e não; sem importância, pouco importante, importante e muito importante)²⁰⁴.

O questionário foi elaborado pelo próprio autor, por meio do editor de texto Word, sendo a entrevista realizada também pelo autor devido à facilidade e disponibilidade de acesso as entrevistadas por razões profissionais, ou seja, durante a estada no plantão médico na UTIN.

²⁰² HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA – HPC. *Atenção à Criança*. 2020. [online]. p. 1.

²⁰³ ANEXO 2

²⁰⁴ Modelo ANEXO 1

Registra-se que o questionário foi considerado o instrumento de coleta de dados mais adequado para que houvesse, a partir das respostas obtidas, um contraponto entre os argumentos teóricos apresentados na revisão de literatura com a realidade do cenário de UTIN, no qual estão hospitalizados os recém-natos prematuros ou com comorbidades / complicações decorrentes da prematuridade.

O desenvolvimento das perguntas buscou identificar quais são as percepções das mães de recém-natos prematuros, internados na UTI Neonatal do HPC, sobre às práticas de fé no enfrentamento da dor antes e durante o período de hospitalização dos seus bebês.

Importante ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas nas dependências da UTIN do HPC, pelo próprio pesquisador, com as mães após o término do horário de visitas, tendo em vista que antes das visitas há um nível maior de ansiedade por parte delas. Os horários de visitas variam de acordo com o estado de saúde do bebê hospitalizado, ou seja, o recém-nascido que estiver liberado para amamentar a mãe pode visitá-lo, diariamente, de 12:00h às 18:00h; o recém-nascido que não estiver liberado para amamentar a mãe pode visitá-lo, diariamente, de 15:00h às 16:00h.

Antes da pandemia do Covid-19 a visita à UTIN poderia ter a presença do pai e da mãe do bebê; no decorrer da pandemia somente um ou outro. No entanto, neste estudo específico, a pesquisa foi realizada, exclusivamente, com as mães que receberam todas as informações quanto à proposta do estudo, previamente à entrevista.

Para realização da entrevista foram ainda observados todos os protocolos de saúde quanto ao distanciamento social em razão da pandemia do Covid-19, bem como, respeitando o momento de enfrentamento da dor destas mães que têm seus bebês em estado de internação na UTIN. Por fim, após a coleta dos dados, estes foram devidamente organizados e analisados à luz dos teóricos, como: Rieth, Cervelin e Kruse, Rigacci Jr., Dalgalarondo, entre outros, e representados por meio de gráficos, conforme será apresentado no tópico a seguir.

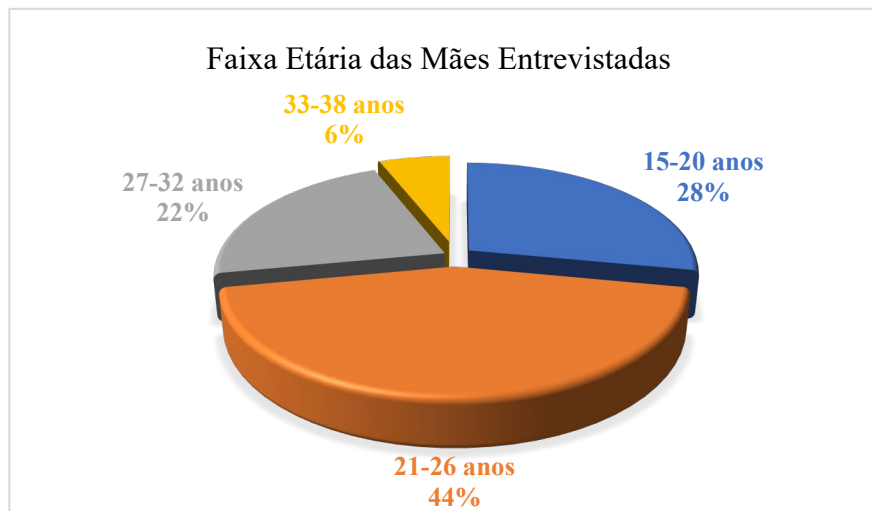
3.2 Resultados e Análise da Pesquisa de Campo acerca das manifestações religiosas de mães de UTI Neonatal do HPC no enfrentamento da dor

De posse das respostas obtidas, por meio das entrevistas realizadas, apresenta-se nesta seção o resultado quanto às manifestações religiosas de mães de UTI Neonatal do HPC no enfrentamento da dor, durante a hospitalização do recém-nato prematuro. Registra-se que as respostas da pesquisa de campos foram analisadas à luz do referencial teórico apresentado.

3.2.1 Caracterização da amostra

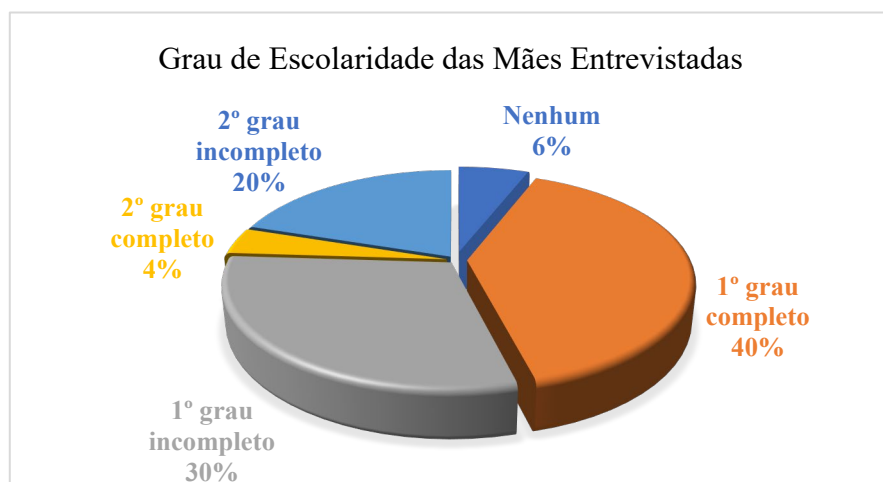
Quanto à faixa etária, o estudo demonstrou a prevalência de 44% (n=22) de mães entre 21-26 anos, seguida de 28% (n=14) de mães entre 15-20 anos, 22% (n=11) de mães entre 27-32 anos e 6% (n=3) de mães entre 31-38 anos, conforme ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1. Faixa Etária das Mães Entrevistadas²⁰⁵



Quanto ao grau de escolaridade, o estudo demonstrou a prevalência de 40% (n=20) de mães com 1º grau completo, seguida de 30% (n=15) de mães com 1º grau incompleto, 20% (n=10) de mães com 2º grau incompleto, 6% (n=3) de mães sem nenhuma escolarização, e 4% (n=2) de mães com 2º grau completo, conforme ilustra o Gráfico 2.

Gráfico 2. Grau de Escolaridade das Mães Entrevistadas²⁰⁶



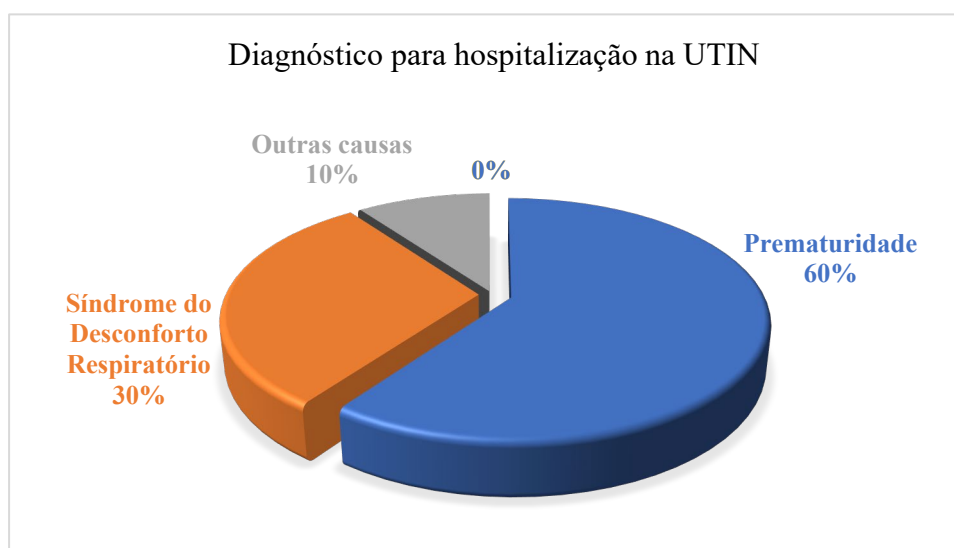
²⁰⁵ Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

²⁰⁶ Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

3.2.2 Principais Causas de Internação

Quanto ao diagnóstico para hospitalização na UTIN, o estudo demonstrou a prevalência de 60% (n=30) por conta da prematuridade, 30% (n=15) devida à Síndrome do Desconforto Respiratório, e 10% (n=5) por outras causas, conforme ilustra o Gráfico 3.

Gráfico 3. Causas de Internação na UTIN²⁰⁷



Considerando a análise dos dados iniciais apresentados nos gráficos de 1 a 3 é possível compreender, e ratificar à luz do referencial teórico estudado, que dentre os fatores que contribuem para a ocorrência do parto prematuro: a idade reprodutiva precoce ou avançada²⁰⁸ e a baixa escolaridade²⁰⁹.

Outra questão relevante ratificada na pesquisa e mencionada no referencial teórico refere-se à hospitalização na UTIN em decorrência da prematuridade e da fragilidade sistêmica dos recém-natos, como a imaturidade dos sistemas respiratório e nervoso central²¹⁰.

A partir das respostas objetivas obtidas pelo questionário aplicado às mães de recém-natos internados na UTIN do HPC foi possível constatar que a maioria das mães entrevistadas relatou que se socorreram na fé para o enfrentamento da dor em verem seus bebês

²⁰⁷ Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

²⁰⁸ SILVEIRA; SANTOS; MATIJASEVICH; MALTA; DUARTE, 2009.p. 1267.

²⁰⁹ BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010. p. 57.

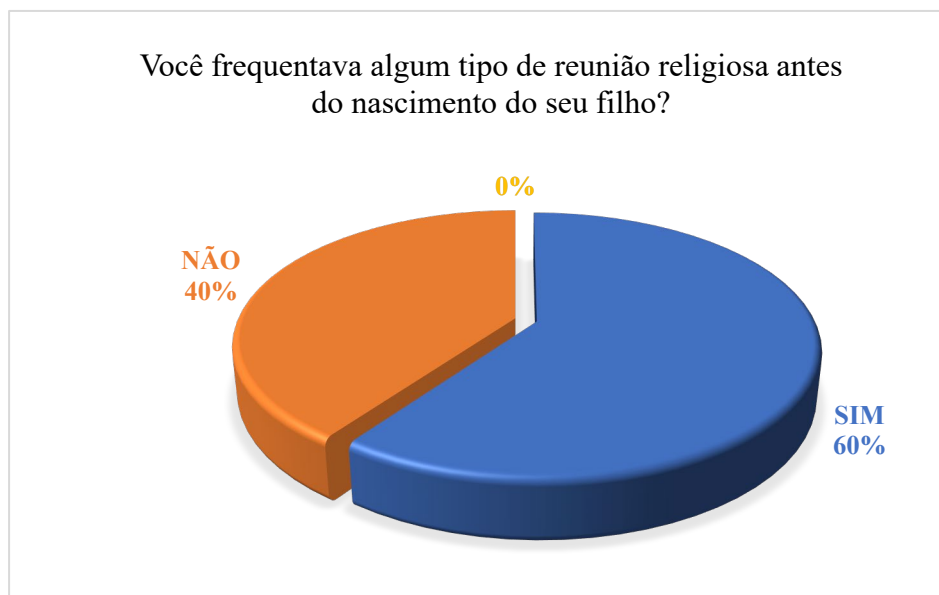
²¹⁰ BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010. p. 57.

hospitalizados, conforme ilustra a estatística das respostas a partir dos gráficos apresentados a seguir.

3.2.3 Frequência às Reuniões

Quanto ao questionamento às mães sobre participarem de algum tipo de reunião religiosa antes do nascimento do seu filho, sendo que 60% (n=30) das mães respondeu que sim, que frequentavam reuniões religiosas antes do nascimento do seu bebê e 40% (n=20) respondeu não frequentar nenhum encontro religioso (Gráfico 4).

Gráfico 4. Frequência das mães entrevistadas às reuniões religiosas antes do nascimento do bebê²¹¹



Entretanto, ao serem perguntadas se após o nascimento do filho e hospitalizado na UTIN elas passaram a frequentar, esse percentual apresentou alteração, sendo que 90% (n=45) responderam que sim, que passaram a frequentar reuniões religiosas e 10% (n=5) não participavam de nenhum encontro religioso (Gráfico 5).

²¹¹ Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

Gráfico 5. Frequência das mães entrevistadas a reuniões religiosas após internação do filho na UTIN²¹²

Os dados apresentados no gráfico 5 revelam que houve um crescimento quanto a adesão das mães às reuniões religiosas após a hospitalização dos seus bebês recém nascidos na UTIN. Esses dados podem ser corroborados na literatura sob o argumento de que a busca por uma religião nos momentos de dor e sofrimento, em especial relacionados aos problemas de saúde, é considerado um alento, um meio por onde esse sentimento é canalizado e onde se encontra a força para o seu enfrentamento.

Sobre isto, vale mencionar as palavras de Octacílio Lopes ao considerar que o sagrado assumido na vida cotidiana de uma pessoa estabelece uma identificação com comportamentos, atitudes, práticas, dogmas e discursos que se fazem presentes num determinado grupo religioso, ou seja, direciona a construção de identificação do homem religioso²¹³.

Essa mudança de comportamento quanto às práticas religiosas ou de experiência mística com o sagrado é comum nas situações de crises pessoais, onde o sofrimento físico e espiritual é vivenciado. Aliás, quanto à experiência mística, esta independe do vínculo a qualquer religião, revelando-se inclusive como mais importante que a suposta fidelidade às instituições religiosas.

²¹² Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

²¹³ LOPES, 2009, p. 25.

Com efeito, o ser humano espiritual pode ou não estar vinculado à determinada religião²¹⁴. “A espiritualidade manifesta a essência individual, ajuda na relação ambiental, intra e interpessoal, e é vital no processo de dar significado e finalidade à vida, especialmente quando existe um sofrimento”²¹⁵.

A experiência mística faz parte da humanidade desde sempre, conforme foi mencionado na bibliografia pesquisada. Nesse sentido, é possível compreender que um indivíduo, a exemplo das mães entrevistadas, pode não estar em sintonia com o transcendental, com o sobrenatural nos momentos de normalidade da sua vida; porém, quando se vê diante de uma situação avassaladora e crítica, como um filho hospitalizado em UTIN mudar essa sintonia, buscar novas experiências místicas e religiosas. É essa liberdade inclusive que permite que o ser humano transite por várias religiões e experiências místicas em busca do contato com o sagrado, de modo a resolver suas necessidades específicas e imediatas²¹⁶.

Ao serem questionadas sobre acreditarem em Deus ou em algum ser superior antes do nascimento do seu filho o resultado foi unânime, ou seja, 100% (n=50) das entrevistadas responderam que sim, que acreditavam em Deus ou em algum ser superior. Segundo a resposta das 50 mães entrevistadas, essa crença também se manteve durante o período de hospitalização do seu bebê.

Analisando essas respostas à luz dos ensinamentos de Carmen Rieth compreende-se que essa busca por um ser superior, transcendental, a partir do momento em que a doença é estabelecida na vida de um ser humano, a exemplo das mães entrevistadas, visa buscar o sagrado e o divino para que a situação de normalidade seja retornada, tendo em vista que a doença é considerada uma situação anormal, indesejável e contrária a vontade de Deus²¹⁷.

3.2.4 Hábitos Religiosos

Questionadas quanto ao costume de realizar algum tipo de oração ou reza ou qualquer outro tipo de prática religiosa antes do nascimento do seu filho, e 89% (n=40) das mães respondeu que sim, que tinha o costume de realizar algum tipo de oração e reza ou prática religiosa antes do nascimento do seu bebê e 11% (n=10) respondeu não ter qualquer costume religioso (Gráfico 6). No entanto, ao serem questionadas se após o nascimento e

²¹⁴ THIENGO; GOMES; MERCÊS; COUTO; FRANÇA; SILVA, 2019. p. 6.

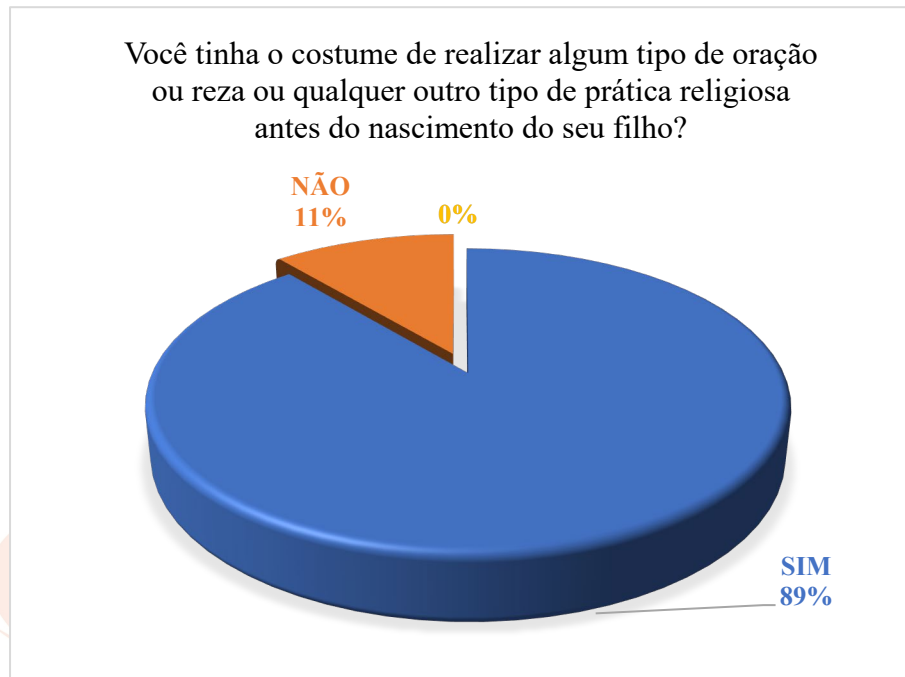
²¹⁵ LAGO-RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010, p. 485.

²¹⁶ MOTA; TRAD; VILLAS BOAS, 2012. p. 673.

²¹⁷ RIETH, 2003. p. 62.

hospitalização do seu bebê na UTIN o costume de realizar algum tipo de oração ou reza ou qualquer outro tipo de prática religiosa permaneceu ou mudou, o resultado foi unânime, ou seja, 100% (n=50) das entrevistadas respondeu que sim.

Gráfico 6. Prática religiosa das mães entrevistadas antes do nascimento do filho²¹⁸.



Essa adesão dos fiéis aos serviços que são oferecidos pelas igrejas com finalidade terapêutica, a exemplo das orações, reza, cultos como as sessões de cura refletem sobre como as noções do que é normal e do que patológico são apresentadas como ideologia por parte de determinadas religiões e igrejas aos seus fiéis, aliás, é por meio desta relação que se fundamenta o “sucesso das práticas ‘mágicas’ oferecidas”²¹⁹.

No entanto, a eficácia desta magia, no caso a cura física daquele que sofre por alguma patologia, implica na crença daqueles que buscam por ela, isto é, na crença no grupo religioso do qual faz parte (seja ele evangélico, católico, espírita, por exemplo); na crença naquele que se apresenta como líder religioso (seja um padre, um pastor, um curandeiro, um guia espiritual, por exemplo), por meio inclusive da sua fé e crenças desvinculadas das religiões, que podem conter em si mesmos uma eficácia propriamente terapêutica²²⁰.

Quanto ao questionamento sobre qual era a importância da prática religiosa na vida das mães entrevistadas antes do nascimento de seu filho, 20% (n=10) respondeu pouco

²¹⁸ Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

²¹⁹ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004. p. 83.

²²⁰ CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 83.

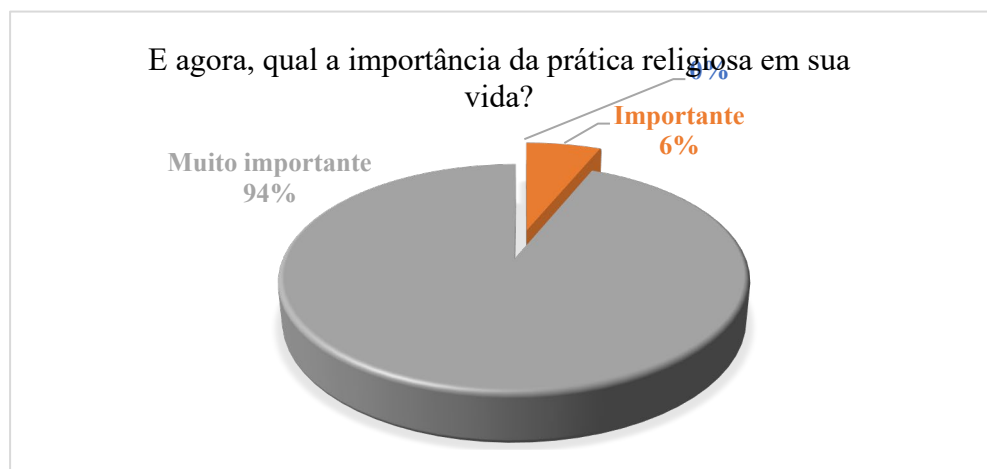
importante, 20% (n=10) respondeu importante e 60% (n=30) respondeu ser muito importante a prática religiosa na sua vida (Gráfico 7).

Gráfico 7. Grau de importância da prática religiosa na vida das mães entrevistadas antes do nascimento do bebê²²¹.



Questionadas sobre a importância da prática religiosa após o nascimento e hospitalização do seu filho na UTIN, 6% (n=2) das mães respondeu ser importante a prática religiosa e 94% (n=48) respondeu ser muito importante (Gráfico 8).

Gráfico 8. Grau de importância da prática religiosa na vida das mães entrevistadas após internação do RN na UTIN²²²



²²¹ Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

²²² Elaborado pelo autor. Dados inéditos, 2020.

Percebe-se que a adesão maior das mães às práticas religiosas (94%), após o nascimento e hospitalização do seu bebê recém-nascido, é movida pela esperança em verem seus filhos restabelecidos na saúde, considerando que ele não irá logo para casa e ficará internado na UTIN e o medo imediato é de que ele poderá morrer. Esse medo iminente e terror vivenciado pelas mães é estabelecido logo após a hospitalização do seu bebê, e se faz presente ao longo do período de internação, nas visitas diárias, nas despedidas, quando se vê impossibilitada de levar seu filho para casa²²³.

3.2.5 Práticas Religiosas diante das incertezas e sofrimentos

Nesse sentido, a prática religiosa traz uma esperança, contribuindo para minimizar a dor e o sofrimento presente neste processo de angústia, mesmo que confiantes no agir e na assistência médica direcionada ao seu filho²²⁴.

Quanto ao questionamento de considerar que sua prática religiosa a faz mais forte para enfrentar esse momento de internação do seu filho na UTIN, todas as mães entrevistadas responderam que sim (100%), que a prática religiosa se apresenta como uma força no enfrentamento deste momento de dor.

A respeito disso, como bem ressaltou Carolina Lemos a religiosidade é uma condição excepcional à vida humana, uma condição subjetiva de cada um e que antecede e transcende a religião²²⁵. Sendo assim, mesmo que não esteja vinculada a qualquer tipo de religião, a essência da religiosidade existe, seja nas relações do ser humano com sua divindade, com as representações desta divindade na Terra, ou como de uma forma holística com o mundo²²⁶, a partir dos questionamentos sobre sua existência.

Com resposta similar à pergunta anterior, ao serem questionadas se sua prática religiosa se tornou mais intensa após a internação do seu filho na UTIN, todas as mães responderam que sim (100%), que sua prática religiosa se tornou mais intensa.

Muitas vezes, dependendo da gravidade da situação do bebê hospitalizado, o período de internação na UTIN precisa ser prolongado, um período que pode apresentar inclusive frequentes oscilações entre os estados de melhora e piora. É neste cenário de incertezas que os pais, no caso em tela, as mães passam a dialogar com os seus sentimentos, que variam entre a

²²³ TRONCO; RODRIGUES; PAULA; SOUZA; PADOIN, 2019, p. 5.

²²⁴ SILVA; MORENO, 2004. p. 162.

²²⁵ LEMOS, 2019, p. 692.

²²⁶ RIGACCI JR., 2005. p. 53.

esperança e o desânimo, entre a fé e a descrença, entre acreditar ou revoltar-se com sua divindade espiritual.

Nas demandas onde a dor, aflição, sofrimento se fazem presentes, o envolvimento de forma mais intensa com o transcendente, com o espiritual, com o sobrenatural, por meio ou não das práticas religiosas, estabelece um elo com a força superior na qual o ser humano acredita, de modo a minimizar e/ou enfrentar a situação vivenciada.

O vínculo entre o ser humano com o transcendental e com o sobrenatural, tende a promover uma sensação de conformidade e ao mesmo tempo de esperança em ver restabelecida a saúde do familiar hospitalizado. Letícia Schleder, Lucineia Parejo, Ana Puggina, Maria Silva enfatizam que a intensidade desse vínculo promove uma busca por milagres²²⁷.

Paulo Dalgarrondo, sob a perspectiva de Geertz, destaca que o ser humano vive e morre guiado por um sistema cultural, constituído por símbolos e significados; especificamente no campo da religião, esse sistema cultural oferece ao ser humano uma capacidade de lidar com as questões de sofrimento. No entanto, fazendo referência também a Weber, o autor enfatiza que a religião não evita o sofrimento, mas sim, auxilia o ser humano como saber enfrentar a situação de dor física, de morte, de enfrentamento das adversidades²²⁸.

Quanto ao questionamento se sua prática religiosa ajudou na melhora da saúde do seu filho, todas as mães também responderam que sim (100%), que a sua prática religiosa ajudou no processo de melhora do seu filho.

Essa melhora do seu filho recém-nascido hospitalizado é observada sob a ótica da fé em Deus, ou em outra (s) divindade (s), que vê na comunidade religiosa o suporte de enfrentamento neste momento de prova. Sobre isto, Aline Cervelin e Maria Kruse mencionam que a prática religiosa tende a promover nas pessoas, em situação de conflito e dor, uma experiência de maior bem-estar, um senso de pertencimento a um grupo que tem as mesmas convicções religiosas escolhidas por elas e que vão te acompanhar naquele momento²²⁹.

Entretanto, como já fora mencionado no decorrer deste estudo, independentemente da crença ou prática religiosa adotada, o contato com o transcendental se apresenta como um fator marcante na experiência de familiares cujos parentes estão hospitalizados, um suporte para o enfrentamento da angústia vivenciada²³⁰. Mesmo com todos os obstáculos, desafios, incertezas e preocupações, para as mães de bebês em UTIN há sempre um sentimento de

²²⁷ SCHLEDER; PAREJO; PUGGINA; SILVA, 2013, p. 77.

²²⁸ DALGALARRONDO, 2008, p. 36.

²²⁹ CERVELIN; KRUSE, 2014, p. 137.

²³⁰ VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010, p. 308.

esperança, pois estes filhos já são considerados bênçãos ou milagres por já terem sobrevivido a prematuridade, e só por isso, são também capazes de sobreviver pela intervenção de Deus²³¹.

Questionadas sobre qual ação foi a mais importante para a melhora do seu filho: a ação de Deus ou a ação da equipe médica, todas as mães (100%) atribuíram a melhora dos seus filhos às duas ações, a de Deus e a ação da equipe médica.

Essa percepção por parte das mães dos bebês hospitalizados sobre a importância da equipe médica, e dos demais profissionais da saúde envolvidos, para melhora dos seus filhos demonstra que, mesmo fervorosas na sua fé e fiéis às suas práticas religiosas, elas compreendem que a intervenção da ciência é fundamental neste processo, que requer, na maioria das vezes, o cumprimento de um protocolo, com normas e rotinas institucionais específicas.

A própria ciência compreende a influência da religiosidade e espiritualidade na vida de indivíduos em processo de hospitalização, como forma complementar ao tratamento, visando o restabelecimento ou preservação da saúde humana²³².

Sobre considerarem importante a compreensão da equipe médica sobre sua prática religiosa, todas as mães (100%) consideram importante essa compreensão por parte da equipe médica. Com efeito, trata-se de uma questão de empatia e de respeito a dor e ao sofrimento daquelas que padecem com a situação de hospitalização dos seus filhos. Essa compreensão faz parte inclusive do contexto da Política Nacional de Humanização (PNH) que implantou no âmbito da oferta dos serviços da saúde atitudes e práticas mais humanizadas²³³.

No rol dessas práticas humanizadas insere-se também a questão da compreensão por parte dos profissionais da saúde quanto à prática religiosa por parte dos familiares do bebê hospitalizado; trata-se de uma parceria indispensável, considerando que para a ciência o ser humano é um ser constituído não apenas por órgãos, dores e enfermidades, mas, também, por sentimentos, emoções, espiritualidade, religiosidade e fé. Assim, sob esta ótica, não é tão estranha à ciência a influência da religiosidade no restabelecimento da saúde do corpo²³⁴.

Aliás, considerando que a participação da família é fundamental no processo de recuperação do bebê hospitalizado, a prática de fé, manifestada ou não por meio das religiões,

²³¹ VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010. p. 330.

²³² BARRIO, 2017. p. 1.

²³³ BRASIL. 2015. p. 1.

²³⁴ PEREIRA; KLÜPPEL, 2014. p. 93.

pode ser compreendida por parte dos profissionais da área da saúde, como uma intervenção externa às estratégias técnicas empregadas na rotina de cuidados deste paciente específico²³⁵.

Ao serem questionadas se gostariam que o hospital tivesse algum tipo de apoio religioso nesse momento de enfrentamento de dor de verem seus filhos hospitalizados na UTIN, todas as mães (100%) gostariam de ter esse apoio religioso.

Por fim, com relação ao último questionamento feita às mães, sobre a importância do apoio religioso, vale destacar que, apesar das visitas de religiosos (padres, pastores, por exemplo) ao setor de UTIN ser uma prática que faz parte de um protocolo autorizado pela gestão do HPC, desde o início da pandemia do Covid-19 houve uma suspensão temporária quanto a esta autorização. Importante registrar também que o hospital não dispõe de uma Capelania, assim como, nenhum vínculo ou tipo de assistência religiosa.



²³⁵ SCHLEDER; PAREJO; PUGGINA; SILVA, 2013. p. 94.

CONCLUSÃO

O problema de pesquisa delimitado nesta dissertação propôs os seguintes questionamentos: De que forma as práticas da fé são desenvolvidas e manifestadas pelas mães no decorrer do processo de internação de recém-nascidos prematuros em UTI Neonatal visando a pronta recuperação deles? Como a religião é compreendida por essas mães no enfrentamento da dor e incerteza do prognóstico do seu bebê?

Sendo assim, a fim de responder os questionamentos acima, este estudo definiu como objetivo geral descrever o comportamento de mudança nas práticas espirituais e religiosas de algumas mães de UTI Neonatal no enfrentamento às adversidades da prematuridade do seu bebê, a partir da observação se aquelas mães que se diziam “sem religião”, ou aquelas que “não acreditavam em Deus”, mas que diante do impacto negativo promovido pela dor tiveram uma experiência de fé.

De modo a atingir o objetivo geral proposto, foram estabelecidos como objetivos específicos: analisar a espiritualidade e a religiosidade sob a ótica da saúde; apontar a origem das manifestações de fé em prol da saúde do corpo; apresentar os principais fatores que definem a prematuridade de um recém-nato; caracterizar a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e apresentar algumas percepções sobre as manifestações religiosas de mães de UTI Neonatal no enfrentamento da dor.

Considerando os relevantes argumentos teóricos apresentados na Revisão de Literatura, demonstrou-se que as experimentações e manifestações sobrenaturais, a partir da busca do ser humano pelo transcendental. Como fora mencionado, as manifestações místicas de expressão de fé no Brasil foram perpetuadas na história por meio da transmissão dos costumes e tradições, a exemplo das benzeções (decorrentes da cultura miscigenada herdada dos portugueses) ou pela figura do mezinheiros e/ou curandeiros (oriunda da cultura popular africana) que tinham o papel de retirar do corpo físico as enfermidades, a partir da evocação do auxílio das forças espirituais. Outra tradição mística presente na história pátria é a manifestada pelos indígenas que buscavam nas divindades múltiplas (por intermédio dos pajés e feiticeiros) a cura das enfermidades do corpo.

Na literatura analisada foi ressaltado também a distinção dos termos religiosidade, religião e espiritualidade, considerando que o ser humano espiritual pode não ser necessariamente um ser humano religioso, considerando que a espiritualidade vincula o ser humano à força superior na qual ele acredita e está relacionada a sua capacidade de

autoconsciência e autotranscendência, independentemente de estar vinculado a algum tipo de crença ou prática religiosa.

Foi demonstrado também que quanto à religiosidade, esta transcende à religião, tem caráter subjetivo e pode ser expressada a partir das vivências e experimentações do ser humano com o mundo em busca do transcendente. Por sua vez, o estudo destacou que a religião tem o condão de estabelecer a comunicação e interação do ser humano com o sagrado, com o poder transcendental e sobrenatural que se faz presente nas representações, dogmas, ideologias, simbologias, crenças e práticas desenvolvidas pelas diversas instituições religiosas. É preciso reiterar, porém, que a religião não tem a capacidade de criar no ser humano a religiosidade, apenas estimulá-lo a fazer parte de uma.

O estudo ressaltou ainda a questão da prematuridade como uma das principais causas de internações de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, assim como da importância do processo de cuidado humanizado desses bebês. O estudo descreveu ainda acerca da estrutura e organização da UTIN, um ambiente compreendido pelas mães como inóspito, mas, constituído por um aparato tecnológico complexo e por grande movimentação de múltiplos profissionais da saúde especializados, considerados fundamentais nesta assistência, contribuindo inclusive para a manutenção da vida destes bebês.

Além da importância da atenção quanto ao cuidado com os recém-natos prematuros, é fundamental também dispensar uma atenção especial às mães, que, por vezes, se vêem numa situação de extrema tensão, imbuídas muitas vezes por sentimentos negativos de revolta, aflição, sofrimento e dor frente a situação frágil dos seus bebês internados. No entanto, é neste mesmo espaço que também são realizadas as manifestações de esperança, fé e clamor, visando o restabelecimento da saúde dos bebês hospitalizados. É nesse contexto que foi estabelecida a pesquisa de campo realizada, a partir da percepção sobre as manifestações religiosas das 50 (cinquenta) mães de recém-natos prematuros hospitalizados na UTIN do HPC.

Quanto às respostas obtidas por meio do questionário aplicado foi possível perceber, antes mesmo da comunicação verbal, a dor, a angústia, o medo presente nos olhos dessas mães ao verem seus filhos nas incubadoras dentro da UTIN. Porém, foi percebido também o olhar de fé, de esperança, de felicidade nos olhos dessas mães quando recebiam informações sobre a evolução positiva no quadro de saúde de seus bebês. Foi percebido e presenciado também, em determinados momentos, as manifestações religiosas de clamor, de louvor, as orações, a fim de obterem o “milagre” de verem seus filhos curados.

A partir da análise das respostas foi observado que houve uma maior adesão por parte das mães entrevistadas às práticas religiosas, inclusive com maior intensidade por parte daquelas que, antes do nascimento dos seus filhos prematuros, já frequentavam algumas reuniões religiosas. A pesquisa evidenciou ainda, segundo as respostas das mães, a importância da vivência e da experimentação da prática religiosa durante o processo de hospitalização dos seus bebês na UTIN, considerada por elas como um suporte espiritual para o enfrentamento da dor. Essas observações respondem assim aos questionamentos iniciais propostos neste estudo.

Por ser oportuno, é imprescindível evidenciar que a pesquisa de campo previamente proposta foi comprometida com o advento da pandemia do Sars-CoVid-19 (novo coronavírus) que estabeleceu novas dinâmicas interrelacionais, a partir das medidas sanitárias estabelecidas, em especial, quanto ao distanciamento social de modo a minimizar a transmissibilidade do vírus.

Nesse sentido, em função da letalidade do vírus, novas condutas foram impostas como protocolo sanitário no HPC e, principalmente, na UTIN restringindo sobremaneira a circulação, permanência e o horário de visitação dos pais. Em razão disso, considerando que inicialmente as perguntas seriam abertas – a fim de melhor detalhar a subjetividade das práticas religiosas por parte das mães dos recém-natos prematuros hospitalizados – optou-se por realizar a entrevista de forma breve, por meio de questionário com perguntas fechadas e objetivas.

Por fim, cabe mencionar que se trata de um tema que demanda maiores discussões e pesquisas, principalmente, a partir do contexto atual vivenciado pela sociedade mundial, em que as gestantes passam a fazer parte do grupo de risco para Covid-19, tornando assim mais susceptíveis o nascimento de bebês prematuros.

Outra questão relevante e apresentada aqui como sugestão, refere-se à implantação de uma Capelania no Hospital dos Plantadores de Cana, como estratégia permanente de apoio religioso não só às mães de bebês prematuros hospitalizados na UTIN, mas, também a todos que precisarem se valer deste suporte de interação com o transcendental.

O desenvolvimento deste estudo foi de extrema relevância para mim, tendo em vista que vem ao encontro da rotina de trabalho na qual estou inserido, confirmando assim a necessidade de compreender o paciente como um todo, não apenas no seu bem-estar físico e mental, mas, também o espiritual. Nesse sentido, o presente estudo demonstrou como que os fatores vinculados ao aspecto espiritual e religioso podem impactar em tratamentos necessários ao paciente. A respeito de socializar os resultados aqui apresentados, o intuito é

desenvolver palestras de capacitação das equipes de saúde para se conscientizarem dos benefícios do conhecimento e abordagem da saúde espiritual do paciente.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Admilson Gonçalves de. *Educação e Evangelização: a convivência de jesuítas e índios no século XVI no Brasil*. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Metodista de Piracicaba, 2016.
- ALMEIDA, Theóphilo. Ministério da Saúde (BR). Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais. *Postulados fundamentais sobre assistência e organização hospitalar*, reedição, p. 588-588, 1965. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 07 jan. 2019.
- ALVAREZ, Francisco. *Teologia da Saúde*. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013.
- ANDRADE, Sônia Mara de; ELEUTÉRIO, Maria Fernanda; MELO, Virte Lasari. Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido (RN) em UTI: controle das manipulações. Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE. *Journal of Health*. 1. ed. / jan. – jun./2009. Disponível em: <https://cutt.ly/Kd7ERDq>. Acesso em: 11 abr. 2019.
- ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 284-292, abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/10.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- AVERY, Gordon. B.; FLETCHER, Mary A.; MACDONALD, Mhairi G. *Neonatologia: Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido*. 4. ed. Belo Horizonte: MEDSI, 1999.
- BALDINO, José Maria; LOURES, Patrícia Marcelina; ALMEIDA, Maria Zeneide Carneiro Magalhães de. A educação nas manifestações culturais populares religiosas: benzedores e a transmissão de saberes e “segredos”. *Caminhos*, Goiás, v. 13, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/ud7EW6G>. Acesso em: 07 jan. 2019.
- BARRIO, Laura. Religião e espiritualidade influenciam índices de qualidade de vida. *Jornal da USP. Editorial Ciências da Saúde*. 05/12/2017. Disponível em: <https://cutt.ly/gd7En0i>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- BARROSO, Marco Antônio. Misticismo como forma dinâmica de religião. *Sacrilegens*. Revista dos Alunos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião – UFJF, v. 6, n. 1, p.103-117, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/26473/18255>. Acesso em: 14 mar. 2021.
- BARTH, Wilmar Luiz. A Religião Cura? *Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 97-121, jan.-abr. 2014.
- BETTIOL, Heloisa; BARBIERI, Marco Antonio; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p. 57-60, 2010.
- BIRCHAL, Fabiano Fernandes Serrano. Nova Era: uma manifestação de fé da contemporaneidade. *Horizonte - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 97-105, 2006.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese, Revista Eletrônica dos Pós-Graduados em Sociologia Política da UFSC*, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan.-jul. 2005.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Os Guarani: índios do Sul-religião, resistência e adaptação. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 53-90, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSus*. 1.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: www.redehumanizausus.net. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Juntos para os bebês nascidos muito cedo, cuidando do futuro: 17/11 – Dia Mundial da Prematuridade. 16/11/2020. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/component/content/article?id=3358>. Acesso em: 20 abr. 2019.

CAILLOIS, Roger. *O homem e o sagrado*. Lisboa: Edições 70, 1988.

CALLES, Ana Carolina do Nascimento; NASCIMENTO, Jaciene Santos dos; SILVA, Andréa Vicente da; SOUZA, Cícera Trindade Santos de. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão de literatura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, v. 4, n. 1, p. 23, 2017.p. 25. Disponível em: <https://cutt.ly/Jd7EY5j>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CAMPOS, Tatiana P.; CARVALHO, Marília Sá; BARCELLOS, Christovam C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os de serviços saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 164-171, set. 2000.

CARMO, Claudia Maria Alexandre do. *O despertar de uma especialidade: a enfermeira na história da neonatologia do Instituto Fernandes*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

CASSIMIRO, Érica Silva; GALDINO, Francisco Flávio Sales. As Concepções de Corpo Construídas ao longo da História Ocidental: da Grécia Antiga à contemporaneidade. *Metávoia*, São João Del Rey, n. 14, p. 65, 2012. Disponível em: <https://cutt.ly/id7EUMv>. Acesso em: 11 nov. 2019.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. *Araweté: o povo do Ipixuna*. São Paulo: CEDI – Centro de Documentação e Informação, 1992.

CASTRO, Geane Freitas Pires de. *A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – UNIDA, Faculdade Unida de Vitória, 2017.

CERQUEIRA-SAOS, Elder; KOLLER, Sílvia Helena; PEREIRA, Maria Teresa Lisboa Nobre. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia: ciência e profissão*, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a11.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014.

COELHO, André Magalhães. *O ser humano como imagem de Deus: uma análise teológica do dualismo antropológico no discurso religioso da comunidade cristã paz e vida*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Escola de Comunicação, Educação e Humanidades, Universidade Metodista de São Paulo, 2017.

COLLUCCI, Cláudia. Bebês prematuros são 10,5% no Brasil. In: *Jornal Folha de São Paulo – Equilíbrio & Saúde*, publicado em 27/12/2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1237437-bebes-prematuros-sao-105-no-brasil.shtml> Acesso em: 20 ago. 2020

CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. (Org.). *História do corpo: Da renascença às luzes*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

COSTA, Helenilce de Paula Fiod; MARBA, Sérgio Tadeu. *O recém-nascido de muito baixo peso*. São Paulo: Atheneu, 2004.

COUTO, Pablo Luiz Santos; SORTE, Elionara Teixeira Boa; SILVA, Sandra Célia Coelho Gomes da. A Religiosidade como alternativa Terapêutica: uma discussão de gênero sobre o sofrimento masculino na busca pela cura. *Polêm!ca – Revista Eletrônica da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 20-33, 2018.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEMETRIO, Aguida Meneses Valadares. A Cura: pelas mãos ou pela fé? Técnica e a Fé nas manifestações culturais na zona rural de Manaus-AM. *Revista Cronos*, Natal, v. 17, n.1, p. 135-150, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/12954/pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

REVISTA SOGESP. *Parto Prematuro: precisamos melhorar a rede para o atendimento*. Ano XVII, ed. 115, nov/dez., 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/6d7EPsI>. Acesso em: 17 abr. 2019.

DUNN, P. M. Arvo Ylppö (1887–1992): pioneiro da pediatria finlandesa. *Arch. Dis. Criança Fetal Neonatal Ed.*, v.92, n.3), maio, 2007. Disponível em: <https://cutt.ly/Ud7EAmr>. Acesso em; 18 jan. 2020.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. Tradução Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; MICHEL, Renate Brigitte; TREBIEN, Heitor Augusto Colli; MENEGATTI, Cláudia Lúcia. Coping Religioso/Espiritual na Antessala de UTI: Reflexões sobre a Integração da Espiritualidade nos Cuidados em Saúde. *Interações*, Belo Horizonte, v. 12, n. 22, p. 203-222, ago./dez. 2017.

FAMÁ, Eduardo Augusto Brosco; FACCA, Thais Alquezar. Anomalias na duração da gravidez: prematuridade e pós-datismo prematuridade. In: PEIXOTO, S. *Manual de assistência pré-natal*. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

FERNANDES, Antônio Teixeira. O retorno do sagrado. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, v. 5, 2017. Disponível em: <https://cutt.ly/Rd7ESnV>. Acesso em: 11 set. 2019.

FERREIRA, Carlos Roberto Bueno. Cabala: misticismo, religião ou filosofia. *Scintilla-Revista de Filosofia e Mística Medieval*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 89-106, 2018. Disponível em: <https://scintilla.fae.emnuvens.com.br/scintilla/article/view/64/54>. Acesso em: 14 mar. 2021.

FREITAS, Maria Helena de. Psicologia religiosa: psicologia da religião/ espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? *Revista Pistis & Praxis*, Teologia Pastoral, Curitiba, v. 9, n. 1, 89-107, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://cutt.ly/Qd7EDbF>. Acesso em: 09 out. 2019.

GUINSBURG, Ruth; ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de. Reanimação do Prematuro 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Programa de Reanimação Neonatal*. 26 de janeiro de 2016. Disponível em: <https://cutt.ly/lD7EGWb>. Acesso em: 11 dez. 2019.

HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA – HPC. *Sobre nós: conheça a nossa história*. Disponível em: <https://www.hpccampos.com.br/blank-mhg46>. Acesso em: 20 abr. 2019.

LAGO–RIZZARDI, Camilla Domingues do; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; SIQUEIRA, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p.483-487, 2010.

LEMONS, Carolina Teles. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. *Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião*, Goiás, v. 17, n. 2, p. 688-708, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/Ld7EHUr>. Acesso 03 jan. 2020.

LEVIN, Jeff. *Deus, Fé e Saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Editora Cultrix, 2001.

LOPES, Mariú Moreira Madureira. A Construção da Identidade no contexto religioso: uma proposta de análise linguística. *Anais do SILEL*. Volume 1. Uberlândia: EDUFU, p. 1-8, 2009. Disponível em: <https://cutt.ly/5d7EJdd>. Acesso em: 20 ago. 2017.

LOPES, Octacílio Carvalho. *A Medicina no tempo*. São Paulo: Edições Melhoramentos e Editora da Universidade de São Paulo, 1970.

MARSON, Ana Paula. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. *Revista da SBPH*, v. 11, n. 1, p. 161-169, 2008. Disponível em: <https://cutt.ly/Gd7EKVx>. Acesso em: 17 mar. 2020.

MELO, Cynthia de Freitas; SAMPAIO, Israel Silva; SOUZA, Deborah Leite de Abreu; PINTO, Nilberto dos Santos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/dd7EL4H>. Acesso em: 11 dez. 2019.

MENDES, Raimunda Izabel Pirá. *Índice de utilização de tecnologias na avaliação dos processos assistenciais de recém-nascidos prematuros*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <https://cutt.ly/ed7EXjG>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. (orgs). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BOMFIM, Olga Luiza. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit (Orgs). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <https://cutt.ly/cd7EV6L>. Acesso em: 22 set. 2019

MOTA, Clarice Santos; TRAD, Leny Alves Bomfim; VILLAS BOAS, Maria José Villares Barral. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, p. 665-675, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2012.v16n42/665-675>. Acesso em: 19 mar. 2019.

NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues do; CARTAXO, Charmênia Maria Braga; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; SILVA, Lygia Maria Pereira da; SOUTO, Caroline Cordeiro; LEÃO, Eduarda Nascimento Carneiro. Percepção de enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. RENE*, Fortaleza, v. 14, n.4, p. 811-820, 2013. Disponível em: <https://cutt.ly/Wd7E1pm>. Acesso em: 03 ago. 2019.

NERY, Vanda Cunha. *Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé*. In: INTERCOM 2006: Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2006, set 4-9; Brasília, 2006. Disponível em <https://cutt.ly/Dd7E0iu>. Acesso em 07 jan. 2020.

OLIVEIRA, Kézia de; VERONEZ, Marly; HIGARASHI, Ieda Harumi; CORRÊA, Darci Aparecida Martins. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 46-53, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 34, p. 105-115, 2007. Disponível em: <https://cutt.ly/ld7E9qS>. Acesso em: 13 mar. 2020.

PEREIRA, Fabíola Lima. *Manipulação de recém-nascido pré termo: o cenário na UTI neonatal de um hospital no interior paulista*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <https://cutt.ly/xd7E3iR>. Acesso em: 09 ago. 2015.

PEREIRA, Valdelene Nunes de Andrade; KLÜPPEL, Bergta Lúcia Pinheiro. A cura pela fé: um diálogo entre ciência e religião. *Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião*, Goiás, v. 12, n. 1, p. 93-104, 2014, p. 93. Disponível em: <https://cutt.ly/td7E80g>. Acesso em 11 nov. 2019.

PERES, Júlio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 34, n. supl. 1, p. 136-145, 2007.

PINTO, Ênio Brito. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. *REVER: Revista de Estudos da Religião*, São Paulo, v. 9, p. 68-83, 2009.

PORTAL HOSPITAIS BRASIL. Hospital Estadual Materno-Infantil promove programação especial para discutir prematuridade. 08/11/2018. Disponível em: <https://www.igh.org.br/category/todos/page/9/>. Acesso em: 01 mar. 2020.

PUTTINI, Rodolfo Franco. *Medicina e religião no espaço hospitalar*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

RABELLO, Angela Maria. Construção subjetiva e prematuridade na UTI neonatal. *Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XVII, n. 181, março/2005, p. 46-53. Disponível em: http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/181_07.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

RABELO, Miriam Cristina M. *Religião, ritual e cura*. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 47-56, 1994.

REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0237.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 9, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em: 11 mar. 2019.

RIETH, Carmen, Esther. “Ele dá pra todos na medida...” Saúde, doença e religião a partir de uma abordagem psicossomática. *Estudos Teológicos*, v. 43, n. 2, p. 60-69, 2003.

RIGACCI JR., Germano. A experiência religiosa e o encontro humano: um olhar filosófico. Capítulo 3, p. 49-58. In: AMATUZZI, Mauro Martins (org). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 06, n. 02, p. 286-291, 2004. Disponível em: https://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

SALES, Catarina Aparecida; ALVES, Nataly Barbosa; VRECCHI, Muriel Regina; FERNANDES, Jacqueline. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Maringá, v. 59, n. 1, p. 20-4, 2006. Disponível em: <https://cutt.ly/jd7Rogv>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SALGE, Ana Karina Marques; GUIMARÃES, Janaína Valadares; SIQUEIRA, Karina Machado; CORREA, Rosana Rosa Miranda. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 642-646, 2009.

SANTANA, Élen Fátima Marinho; MADEIRA, Leila Maria. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. *Rev. Enferm. Centro-Oeste Mineiro*; v. 3, n. 1, p. 475-487, 2013. Disponível em: <https://cutt.ly/Yd7Rplr>. Acesso em: 13 nov. 2019.

SANTIAGO, Adrielle Dantas; OLIVEIRA, Maria Nice Dutra de; OLIVEIRA, Livia Lessa de; PINTO JUNIOR, Elzo Pereira. Morbimortalidade Neonatal em Unidade de Terapia Intensiva. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 11, n. 1, p. ág. 141-151, 2017.

SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Monick Piton; SANTOS, Leandro Feliciano Nery dos; SANTANA, Rosana Castelo Branco de. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 27-33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SANTOS, Luciano Marques dos; OLIVEIRA, Irla Lopes de; PASSOS, Silvia da Silva Santos; SANTANA, Rosana Castelo Branco de; SILVA, Jaqueline Dantas da; LISBOA, Sara Dias. Mudanças familiares decorrentes da hospitalização do prematuro em cuidados intensivos: um estudo com puérperas. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 27, n. 3, 2013.

SCHLEDER, Letícia Preti; PAREJO, Lucineia Stach; PUGGINA, Ana Cláudia; SILVA, Maria Júlia Paes da. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, Jundiaí, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em: <https://cutt.ly/md7RaBJ>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SCLIAR, Moacyr Jaime. *Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4474>. Acesso em: 11 nov. 2019.

SILVA, Edna Lucia da; MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4. ed. revisada e atualizada. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, Lúcia; MORENO, Vânia. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-168, mai/ago. 2004.

SILVEIRA, Mariângela F.; SANTOS, Iná S.; MATIJASEVICH, Alicia; MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1267-1275, jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/09.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

SOARES, Deisi Cardoso. *Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2006. Disponível em: <https://cutt.ly/Dd7RdDt>. Acesso em: 11 mar. 2020.

SOARES, Leticia Gramazio; LIMA, Vanessa Ferreira; SOARES, Larissa Gramazio; BARATIERI, Tatiana; BOTTI, Maria Luciana. Enfermagem neonatal em cuidados intensivos: o olhar das famílias. *Rev. RENE*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p.12-21, jan.-fev. 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/nd7RfEZ>. Acesso em: 13 mar. 2019.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 8, n. 2, p. 407-438, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n2/a06v08n2.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

SOUZA, Marco Antônio de. *A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos*. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2009. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/688..> Acesso em: 11 out. 2019.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante; CAVALCANTE, Maitê Mota; BARREIRA, Karine Sindeaux; AGUIAR, Aline Costa de; GONÇALVES, Shirley Dias; AQUINO, Elissandra de Castro. O corpo em estado de graça: ex-votos, testemunho e subjetividade. *Psicologia & Sociedade*, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 121-129, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a15.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

TETZNER, Neusa. Uma vivência espiritual cristã em pessoas com câncer. Capítulo 12., p. 213-216. In: AMATUZZI, M. M. (org). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; MERCÊS, Magno Conceição das; COUTO, Pablo Luiz Santos; FRANÇA, Luiz Carlos Moraes; SILVA, Alba Nunes da. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 24, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692/pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

TRAGANTE, Carla Regina. *Estudo do perfil das famílias e de seus filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://cutt.ly/Yd7Rhh5>. Acesso em: 13 mar. 2020.

TRONCO, Caroline Sissy; RODRIGUES, Andressa Peripolli; PAULA, Cristiane Cardoso; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira; PADOIN, Stela Maris de Mello. Significados da permanência do recém-nascido na UTI após a alta da mãe: estudo fenomenológico heideggeriano. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Santa Maria, v. 18, n. 3, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/Vd7RkUw>. Acesso em: 21 fev. 2020.

UNGERER, Regina L. S.; MIRANDA, Ana T. C. de. História do alojamento conjunto. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999. Disponível em <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-01-05/port.pdf>. Acesso em 23 nov. 2019.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. Universidade Federal de Santa Catarina. *Protocolo de Manuseio Mínimo para Recém-Nascidos*. 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/cd7RzDQ>. Acesso em: 22 fev. 2019.

VALLA, Victor Vicent (Org.). *Religião e Cultura Popular*, Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VÉRAS, Renata Meira; VIEIRA, Juna Maria Fernandes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010.

VIANA, Nildo. Gênese e significado da religião segundo Bakunin. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, n. 172, p. 124-132, set. 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/ld7RbW7>. Acesso em: 03 out. 2019.

WEOR, Samael Aun. Tratado Esotérico de Teurgia. Instituto Gnosis Brasil. *Ciência e Cultura do Homem em Busca do Ser*. 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/gd7RQIu>. Acesso em: 11 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNICEF FOR EVERY CHILD. *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn: transforming care for every small and sick newborn*. 2019. p. 1-162. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care-small-sick-newborns-survive-thrive/en/. Acesso em 20 abr. 2019.

APÊNDICE A - MODELO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES DE UTIN

O presente Roteiro de Entrevista tem como objetivo coletar informações acerca das variadas manifestações religiosas apresentadas por mães de bebês prematuros em condição de hospitalização numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital em Campos dos Goytacazes, município localizado no norte do estado do Rio de Janeiro. Os resultados da entrevista servirão para elaboração de uma dissertação de mestrado.

A amostra da pesquisa será composta por mães de recém-natos prematuros internados na Unidade de Terapia Neonatal. As entrevistas serão realizadas especificamente com a autorização expressa, sendo mantido inclusive o anonimato delas. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para elaboração desta dissertação.

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO

a) Faixa Etária:

15-20 anos 21-26 anos 25-30 anos 31-36 anos

b) Grau de escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino Médio Superior Completo
 Superior Incompleto Pós-Graduação

c) Gênero do RN prematuro:

Feminino Masculino

d) Diagnóstico para hospitalização na UTIN:

Prematuridade Síndrome de Desconforto Respiratório Outras causas

PARTE II – ENTREVISTA

1 – Você frequentava algum tipo de reunião religiosa antes do nascimento do seu filho?

Sim () Não ()

2 – E agora, você frequenta?

Sim () Não ()

3 – Você acreditava em Deus ou algum ser superior antes do nascimento do seu filho?

Sim () Não ()

4 – E agora, você acredita?

Sim () Não ()

5 – Você tinha o costume de realizar algum tipo de oração ou reza ou qualquer outro tipo de prática religiosa antes do nascimento do seu filho?

Sim () Não ()

6 – E agora, você tem esse costume?

Sim () Não ()

7 – Qual era a importância da prática religiosa em sua vida antes do nascimento de seu filho?

() sem importância () pouco importante () importante () muito importante

8 – E agora, qual a importância da prática religiosa em sua vida?

() sem importância () pouco importante () importante () muito importante

9 – Você considera que sua prática religiosa te faz mais forte para enfrentar esse momento de internação do seu filho?

Sim () Não ()

10 – Você considera que sua prática religiosa se tornou mais intensa após a internação do seu filho na UTIN?

Sim () Não ()

11 – Você considera que sua prática religiosa ajuda na melhora da saúde do seu filho?

Sim () Não ()

12 – O que você considera que é mais importante para a melhora do seu filho: a ação de Deus ou a ação da equipe multidisciplinar de saúde?

Ação de Deus () Ação da Equipe Médica ()

13 – Você considera importante que a equipe médica compreenda sua prática religiosa?

Sim () Não ()

14 – Você gostaria que o hospital tivesse algum tipo de apoio religioso nesse momento?

Sim () Não ()



ANEXO B - TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Cara Convidada:

Convidamos a senhora a avaliar e dar consentimento para participar como voluntário da pesquisa intitulada “A fé no contexto de uma UTI Neonatal: o impacto da religiosidade na vida das mães de recém-natos prematuros do Hospital dos Plantadores de Cana em Campos dos Goytacazes/RJ.”, que se refere a um Projeto de Mestrado do mestrando FABIANO CÓRDOVA GUIMARÃES da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é descrever o comportamento de mudança nas práticas espirituais e religiosas de algumas mães de UTI Neonatal no enfrentamento às adversidades da prematuridade do seu bebê, a partir da observação se aquelas mães que se diziam “sem religião”, ou aquelas que “não acreditavam em Deus”, mas que diante do impacto negativo promovido pela dor tiveram uma experiência de fé.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisas que há sobre o tema referente ao impacto da dor de algumas mães de UTI Neonatal devida as adversidades da prematuridade do seu bebê à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf.

Eu, _____ (nome do respondente e número de documento de identidade) confirmo que o pesquisador Fabiano Córdova Guimarães me explicou os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.

_____, ____ / ____ / 2021

Local e data

PPGPCR
Faculdade Unida de Vitória

Assinatura do respondente

Eu, Fabiano Córdova Guimarães, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do respondente para a participação na pesquisa.

Assinatura do pesquisador