



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Virgínia Maria Terra Silva

A crença sobre a morte e o *coping* religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas

UBERLÂNDIA

2016



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Virgínia Maria Terra Silva

A crença sobre a morte e o *coping* religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Renata Ferrarez Fernandes Lopez

**UBERLÂNDIA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586c
2016 Silva, Virginia Maria Terra, 1982-
 A crença sobre a morte e o coping religioso-espiritual em pacientes
internados com doenças crônicas / Virginia Maria Terra Silva. - 2016.
 127 f. : il.

 Orientador: Renata Ferrarez Fernandes Lopez.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Morte - Aspectos religiosos - Teses. 3.
Doenças crônicas - Teses. 4. Doentes hospitalizados - Aspectos
religiosos - Teses. I. Lopez, Renata Ferrarez Fernandes. II. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Virgínia Maria Terra Silva

A crença sobre a morte e o *coping* religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Renata Ferrarez Fernandes Lopez

Banca Examinadora

Prof. Dr.^a Renata Ferrarez Fernandes Lopes
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Ederaldo Jose Lopes
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr.^a Neide Aparecida Micelli Domingos
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto, SP

Prof. Dr. Joaquim Rossini
(Membro Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Uberlândia, 04 de março de 2016

UBERLÂNDIA
2016



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



1 ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO JUNTO AO PROGRAMA DE PÓS-
2 GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL
3 DE UBERLÂNDIA.

4 Programa de Pós-graduação em Psicologia – PGPSI

5 Defesa de: Dissertação de Mestrado Acadêmico - nº 0240/2016/PGPSI

6 Data: 04/03/2016

Hora de início: 15:30 horas

7 Discente: Matrícula nº: 11412PSI017

Nome: Virginia Maria Terra Silva

8 Título do Trabalho: “A crença sobre a morte e o *coping* religioso-espiritual em pacientes internados com
9 doenças crônicas”.

10 Área de Concentração: Psicologia Aplicada

11 Linha de Pesquisa: Processos Cognitivos

12 Projeto de Pesquisa de Vinculação: Abordagens recentes em Terapia Cognitiva.

13 Reuniu-se, na sala 2C46, do Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca
14 Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, assim composta:
15 Professores Doutores: Renata Fernandes Ferrarez Lopes (UFU) orientador(a) do(a) candidato(a); Ederaldo José
16 Lopes (UFU) e Neide Aparecida Micelli Domingos (Membro Externo). Ressalta-se que a Prof.^a Dr.^a Neide
17 Aparecida Micelli Domingo participou da defesa por meio do Skype, desde a cidade de São José do Rio Preto
18 (São Paulo) e os demais membros da banca e o aluno participaram *in loco*.

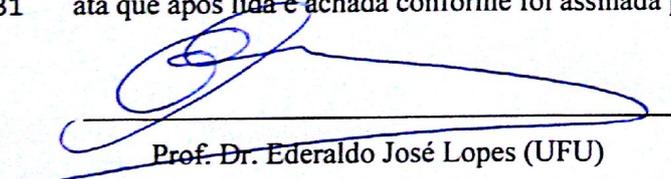
19 Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa Dr.^a Renata Fernandes Ferrarez Lopes apresentou a Comissão
20 Examinadora e o(a) candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao(à) Discente a palavra para a
21 exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) Discente e o tempo de arguição e resposta foram
22 conforme as normas do Programa.

23 A seguir o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as),
24 que passaram a arguir o(a) candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a
25 Banca, em sessão secreta, atribuiu os conceitos finais.

26 Em face do resultado obtido, a Banca considerou o(a) candidato(a) A PROVADO(A).

27 Esta defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de
28 Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do
29 Programa, legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

30 Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos às 17 horas e 35 minutos. Foi lavrada a presente
31 ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.


Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (UFU)


Prof.^a Dr.^a Neide Aparecida Micelli Domingos
(FAMERP)


Prof.^a Dr.^a Renata Fernandes Ferrarez Lopes (UFU)

Orientadora

Agradecimentos

Começo agradecendo a Deus, que em sua infinita bondade permitiu que essa obra fosse concluída, pois ao longo de todo o processo pudemos sentir a intervenção divina zelando por nós.

Aos meus pais, principalmente à minha mãe, Elizia, que sempre foi exemplo de dedicação, com quem aprendi o valor da educação. Se hoje completo mais esta jornada e conquisto este título, grande parte do sucesso devo a ela.

À minha irmã, Patrícia, pela ajuda e companheirismo de sempre.

Ao meu Amor, Higor, pela compreensão e incentivo, mesmo nos momentos de ausência que essa jornada nos impôs.

Ao Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia, através da Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina (SPDM), que autorizou a realização dessa pesquisa em sua unidade de Clínica Médica.

Aos colegas do Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia que compreenderam, incentivaram e de alguma forma me auxiliaram durante a coleta de dados. Agradeço em especial às amigas Letielle, Elisangela, Milva, Cecília e Tatiana. Mais que companheiras de trabalho, seguirão sempre no meu coração.

Aos pacientes que compreenderam e aceitaram tornarem-se “sujeitos” dessa pesquisa e permitiram que seus medos, anseios e crenças fossem explorados.

Aos colegas e amigos do mestrado. As contribuições de vocês, mesmo via email ou WhatsApp foram providenciais.

À minha orientadora, Dr.^a Renata F. F. Lopez, por todo carinho e acolhimento. Com certeza é um exemplo de mestre, por sua generosidade, disponibilidade e dedicação incondicional ao projeto, não medindo esforços para a conclusão dessa obra. Com quem aprendi não só como ser uma pesquisadora, aprendi com seu exemplo de professora que mantém sempre a porta aberta e se mostra disponível a todos aqueles que recorrem a você, sem negar auxílio, apesar de todos os outros projetos aos quais você se dedica.

Aos membros da banca de qualificação e defesa da dissertação pela disponibilidade e orientações prestadas.

Ao meu bebê Enzo, que ainda carrego na barriga, mas que também fez parte desse momento da minha vida.

“O que está em jogo em toda repressão humana: **o medo da vida e da morte**”.

“A esperança e a fé estão em que as coisas que o homem cria em sociedade tenham um valor e significados duradouros, que sobrevivam ou se sobreponham à morte e à decadência, enfim, que o homem e seus produtos tenham importância”.

Becker, A negação da morte.

Resumo

O ser humano é compreendido como um ser integral, complexo, que apresenta múltiplas dimensões: social, biológica, psicológica, antropológica, espiritual e outras. Conforme sua dimensão biológica, o homem apresenta a possibilidade do adoecimento físico, o que significa que o corpo necessita de cuidados. O adoecer afasta os seres humanos da condição de saúde e segurança, aproximando-os diretamente da condição de finitude e vulnerabilidade, levando o ser humano a entrar em contato com as maiores incertezas da vida: sofrimento da doença e a morte. A religiosidade e espiritualidade constituem importante estratégia de enfrentamento ao nos depararmos com situações limítrofes. Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse ocorre o *coping* religioso-espiritual (CRE). O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a relação entre as visões sobre a morte e o *coping* religioso-espiritual em pacientes portadores de doenças crônicas hospitalizados. Participaram deste estudo dez pacientes internados por complicações de doenças crônicas na unidade de Clínica Médica de um hospital público na cidade de Uberlândia/MG. Foram utilizadas duas escalas psicológicas: Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Breve (Escala CRE-Breve) e Escala Breve sobre diversas perspectivas de Morte e uma entrevista estruturada (audiogravada) sobre o tema morte e *coping* religioso-espiritual. Os resultados indicaram que 80% da amostra (N=8) foi composta por pacientes internados devido a doenças crônicas não transmissíveis, enquanto 20% representaram pacientes com complicações de AIDS. Analisando-se os resultados da Escala CRE-Breve, ressalta-se a utilização de estratégias de *coping* religioso-espiritual pelos participantes, pois em relação ao CRE Total, todos os participantes estudados apresentaram escores médios ou altos para este índice, com uma baixa utilização de CRE Negativo e escores médios de CRE Positivo. Em relação às visões sobre a morte, os resultados obtidos pela Escala Breve de Diversas Perspectivas sobre a Morte sugerem que esta amostra concorda com a visão de morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida (Morte como fim natural) e apresenta a perspectiva da morte como incerteza, mistério e desconhecimento (Morte como Desconhecida). Nas correlações medidas pelo entre os fatores e itens da Escala CRE-Breve e dimensões das Escalas Breves sobre diversas perspectivas de Morte observa-se a prevalência de correlações das dimensões Morte como desconhecida e Morte como fim natural com a escala CRE-Breve. Na análise da entrevista evidenciou-se a influência positiva da religiosidade/ espiritualidade sobre a saúde, da perspectiva do entrevistado, com destaque para o amparo promovido pela religião. Percebeu-se também a utilização da oração como estratégia de enfrentamento da hospitalização e adoecimento. No tocante da entrevista acerca do tema da morte, verificou-se o predomínio dos temas ligados à “vida do Além”, “desconhecida” e “abandono”, os quais se associam com as visões da morte como mistério e morte como fim natural. Nas entrevistas há indícios de crenças sobre a morte como um mistério aterrorizante, ligadas, portanto, ao desconhecido e ao sentimento de medo diante da mesma. A experiência do adoecimento, portanto, pode ser analisada como uma fonte de vulnerabilidade, uma vez que nela estão presentes a percepção pessoal do perigo (externo) – o próprio adoecimento e possibilidade da morte, principalmente naqueles pacientes submetidos à internação em UTI – e onde o controle é insuficiente para a sensação de segurança, já que na hospitalização os cuidados dispensados ao paciente são delegados a terceiros e os doentes assumem um papel passivo. Esse fato é importante e relevante aos profissionais de saúde que lidam diariamente com pacientes hospitalizados por doenças crônicas, uma vez que ao recorrer à religião e espiritualidade como estratégia de enfrentamento esse movimento psíquico não se constituiu em uma forma de distanciamento negativo ou mesmo de negação da condição de saúde. Ao contrário, refere-se a um movimento de busca por conforto e segurança disponibilizados pela religião e espiritualidade.

Palavras-chave: *coping*, *coping* religioso-espiritual, morte, doença crônica.

Abstract

The human being is understood as an integral being, complex, which has multiple dimensions: social, biological, psychological, anthropological, spiritual and others. As its biological dimension, the man presents the possibility of physical illness, which means that the body requires care. The sick away from humans in health and safety conditions, approaching them directly from the finitude and vulnerability condition, leading us to contact the major uncertainties of life: suffering of disease and death. Religiosity and spirituality are important coping strategy for human when faced with borderline situations. When people turn to religion to cope with stress is the religious and spiritual coping. The objective of this research was to evaluate the relationship between the views on death and the religious-spiritual coping in patients with chronic diseases hospitalized. The study included ten patients hospitalized for chronic disease complications Medical Clinic Unit of a public hospital in the city of Uberlândia/MG. two psychological scales were used: Scale Religious-Spiritual Coping Brief (CRE-Brief Scale) and Scale Brief Diverse Perspectives of Death and a structured interview (audiogravada) on the subject of death and religious and spiritual coping. The results indicated that 80% of the sample (N = 8) consisted of patients hospitalized due to chronic diseases, while 20% accounted for patients with AIDS complications. Analyzing the results of scale CRE-Brief, it emphasizes the use of strategies of religious and spiritual coping by participants as compared to CRE Total, all study participants had average or high scores for this index, with a low utilization CRE negative and average utilization CRE Positive. Regarding views on death, the results obtained by the Different Perspectives Quick Scale on Death suggest that this sample agrees with the view death as something that is part of the natural cycle of life (M8 - Death as a natural end) and features the prospect of death as uncertainty, mystery and ignorance (M4 - death as Unknown). The correlations between the measures the factors and items of CRE-Bref and dimensions of Short scales on different perspectives of Death notes the prevalence of correlations of M4 dimensions - Death as unknown and M8 - Death as a natural order to the creditor scale soon. In the interview analysis revealed a positive influence of religion/ spirituality on health, from the perspective of the respondent, highlighting the protection promoted by religion. It also noticed the use of prayer as a coping strategy of hospitalization and illness. Regarding the interview about the topic of death, there was a predominance of issues related to "afterlife", "unknown" and "abandonment", which are associated with the visions of death and mystery and death as a natural end. In the interviews there belief clues about death as a terrifying mystery connected, so the unknown and the feeling of fear on the same. The experience of illness can therefore be considered as a source of vulnerability, since it is present personal perception of danger (external) - own illness and possible death, especially in those patients undergoing ICU - and where control is insufficient for the sense of security, since the hospital providing care to the patient are delegated to third parties and patients assume a passive role. This fact is important and relevant to health professionals who deal daily with patients hospitalized for chronic diseases, since the recourse to religion and spirituality as a coping strategy that psychic movement was not constituted in a form of negative distance or even denial of health condition. On the contrary, it refers to a movement in search of comfort and security provided by the religion and spirituality.

Keywords: coping, religious and spiritual coping, death, chronic disease.

Lista de Ilustrações

Figura 01	Caracterização da Amostra conforme doença crônica.....	61
-----------	--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1	Caracterização Geral da Amosta.....	62
Tabela 2	Caracterização da Amostra conforme Doença Crônica.....	63
Tabela 3	Comportamento da Amostra quanto aos Fatores da Escala CRE-Breve.....	65
Tabela 4	Comportamento da Amostra quanto aos Índices da Escala CRE-Breve.....	67
Tabela 5	Dimensões da Escala Breve sobre Diversas Perspectivas de Morte por participante.....	69
Tabela 6	Correlações entre as Escalas CRE-Breve e Escala Morte.....	70

Sumário

I. Introdução.....	11
1. Espiritualidade, Religiosidade e Religião.....	12
1.1. Espiritualidade: Conceitos.....	13
1.2. Religiosidade: Conceitos.....	15
1.3. Religião: Conceitos.....	15
2. Doença Crônica.....	18
2.1. O papel da religiosidade e espiritualidade no contexto saúde/ doença.....	22
3. A morte e o morrer na contemporaneidade.....	30
3.1. Morte e Religião.....	33
3.2. Visões de Morte: Alguns estudos.....	35
4. <i>Coping</i> / Enfrentamento.....	38
4.1. <i>Coping</i> Religioso-Espiritual.....	40
4.2. Investigações sobre o CRE no Brasil: uma revisão.....	43
5. As crenças centrais em Terapia Cognitivo-Comportamental.....	47
II. Objetivo.....	52
III. Metodologia.....	53
1. Participantes.....	53
1.1. Critérios de Inclusão.....	53
1.2. Critérios de Exclusão.....	53
2. Instrumentos.....	54
2.1. Entrevista estruturada.....	54
2.2. Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual Breve.....	54
2.3. Escala Breve sobre diversas perspectivas de Morte.....	58
3. Procedimentos.....	59
4. Aspectos Éticos.....	60
IV. Resultados.....	61
1. Análise e Descrição da Amostra.....	61
2. Análise e Descrição das Escalas.....	65
2.1. Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual Breve (CRE-Breve).....	65
2.2. Escala Breve sobre diversas perspectivas de Morte.....	68
2.3. Análise da Correlação entre as Escalas.....	70
3. Análise da Entrevista.....	76
V. Discussão.....	87
1. Discussão da Amostra.....	87
2. Discussão acerca dos resultados das Escalas e suas Correlações.....	88
3. Discussão Entrevista.....	97
VI. Conclusão.....	101
VII. Referências.....	103
VIII. Anexos.....	109

I. Introdução

O ser humano é compreendido como um ser integral, complexo, que apresenta múltiplas dimensões: social, biológica, psicológica, antropológica, espiritual e outras (Barbosa & Francisco, 2007; Lindolpho, Sá & Roberts, 2009).

O conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) leva em conta essas dimensões, definindo a saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, não apenas como a ausência de doença (Segre & Ferraz, 1997). Em 1998, o conceito multidimensional de saúde da OMS foi expandido, passando a contemplar a espiritualidade (Pereira & Santos, 2011). Diante dessa perspectiva, Barbosa e Francisco (2007) apontam(dentre estes os aspectos religiosos) para o fato do processo saúde-doença também ser atravessado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários autores que nele participam.

Conforme sua dimensão biológica, o homem apresenta a possibilidade do adoecimento físico, o que, para Barbosa, Pereira, Alves, Ragozini e Ismael (2007) significa que o corpo necessita de cuidados. Nesse sentido, na visão de Segre e Ferraz (1997), o doente é aquele indivíduo diferente, que talvez tenha sua vida encurtada. Ainda sobre o adoecimento, Barbosa e Francisco (2007) referem-se à sua característica cotidiana (frequentemente pessoas adoecem) e também ao papel que suas repercussões psíquicas desempenham na reação do indivíduo (há uma resposta cognitivo-emocional frente ao adoecimento).

Para Rocha e Fleck (2004) uma das estratégias utilizadas pelas pessoas ao lidar com o estresse das doenças crônicas é a “reza”. Esses autores afirmam que a “reza” é utilizada como estratégia de manejo do estresse cinco vezes mais em pessoas forçadas a lidar com doenças crônicas quando comparadas com pessoas que precisam lidar com problemas não relacionados com a saúde. Nesse sentido, o *coping* religioso é um elemento importante para o estudo do enfrentamento das doenças crônicas. Essa pesquisa visou avaliar a relação entre as

visões sobre a morte e o *coping* religioso em pacientes portadores de doenças crônicas hospitalizados.

1. Espiritualidade, Religiosidade e Religião

Na vida da maioria das pessoas e na cultura da maioria dos povos, a religiosidade e a espiritualidade são aspectos importantes (Stroppa & Moreira-Almeida, 2009).

A religião pode ser considerada uma manifestação característica da humanidade, presente em todas as raças e culturas, o que a faz ser compreendida como um fenômeno universal e tipicamente humano (Santos, Gouveia, Guerra, Coutinho & Fernandes, 2012). Gobatto e Araújo (2013) sublinham a dimensão cultural e simbólica da religião, destacando o papel dos símbolos sagrados na configuração da visão de mundo de cada indivíduo. Para estes autores, a religião engloba características comportamentais, sociais e doutrinárias específicas compartilhadas por um grupo e praticadas pelo indivíduo.

O Brasil é caracterizado pelo pluralismo religioso e pela complexidade cultural, cuja população atribui grande importância à religião – mais de 80% dos brasileiros atribuem um importante significado à religião (Carvalho, Taunay & Gondim, 2012; Gobatto & Araújo, 2013). A religiosidade é um traço típico da cultura brasileira, apresentando-se como um componente importante para compreender comportamentos e julgamentos em relação a temas cotidianos, sobretudo os que envolvem questões morais ou axiológicas (Aquino, Gouveia, Silva & Aguiar, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no censo de 2010, o perfil religioso da população brasileira mantém a característica de hegemonia da religião católica apostólica romana, que corresponderia a 64,6% da população, enquanto os evangélicos corresponderiam a 22,2%, a religião espírita a 2%, umbanda e candomblé a 0,3%, outras religiões somariam 2,7, e 8% declararam-se sem religião (IBGE, 2010). Essa pesquisa

reflete entretanto um declínio da porcentagem de católicos em todo o país, que segundo o instituto correspondia a 91,8% em 1970 (Azevedo, 2012) (Ultimo Segundo, 2012).

Em levantamento mais recente, realizado pelo instituto Datafolha em junho de 2013, o perfil religioso da população entrevistada foi o seguinte: católicos representam 57%, seguidos por evangélicos pentecostais (19%), evangélicos não pentecostais (9%), espíritas kardecistas (3%), umbandistas (1%). As outras religiões representaram 2% dos entrevistados enquanto 7% referiram-se como sem-religião e 1% como ateus (Datafolha/ UOL, 2013).

Gobatto e Araújo (2013) referem-se à essência multidimensional das noções de religião, religiosidade e espiritualidade, que serão tratadas a seguir, pois é importante uma diferenciação entre os termos.

1.1. Espiritualidade: Conceitos

A espiritualidade acompanha o homem ao longo da sua história, sendo considerada por vários autores como um componente da vida humana, cuja influência não se restringe ao âmbito sócio-cultural, mas aparece na constituição da subjetividade do indivíduo, expressa em crenças, valores, emoções e comportamentos a ela relacionados (Henning & Moré, 2009).

Schleder, Parejo, Puggina e Silva (2013) trazem a definição do termo espiritualidade a partir de sua origem do latim *spiritus* que significa a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo. O termo foi definido por Valcanti, Chaves, Mesquita, Nogueira e Carvalho (2012) e Mesquita et al. (2013) como a essência de uma pessoa, ou como uma busca de significado e propósito em sua vida. Pereira e Santos (2011) referem-se à espiritualidade como uma capacidade humana universal.

No mesmo contexto, a espiritualidade é definida por Taunay et al. (2012) como a busca pessoal de clareza quanto a questões existenciais maiores (por exemplo, o fim e o sentido da vida) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente. Para o autor, este é um

processo que não resulta necessariamente no desenvolvimento de práticas ou formação de comunidades religiosas, aspecto também ressaltado por Schleider et al. (2013). Gobatto e Araújo (2013) caracterizam a espiritualidade como relacionada ao transcendente e ao direcionamento para questões sobre o significado da vida não necessariamente presentes em crenças e práticas religiosas. Para Oliveira, Pascalicchio & Primi (2012), a relação do indivíduo com o sagrado e o transcendente é pessoal, e acontece sem que ele tenha que necessariamente utilizar algum ritual ou símbolo. A espiritualidade, portanto, abarca a questão do entendimento pessoal e singular de cada pessoa acerca de sua própria existência.

Pereira e Santos (2011) afirmam que a espiritualidade compreende duas dimensões: dimensão vertical/religiosa que é referente ao bem-estar em relação a Deus ou força superior, através da qual a pessoa se sente em comunhão; e a dimensão horizontal, relacionada com o propósito ou sentido de vida, satisfação geral com a vida e o bem-estar espiritual. As definições dos conceitos de bem-estar espiritual e bem-estar religioso são apresentadas por Marques, Sarriera e Dell’Aglío (2009):

O bem-estar espiritual é entendido como uma sensação de bem-estar que é experimentada quando encontramos um propósito que justifique nosso comprometimento com algo na vida, e esse propósito envolve um significado último para a vida. Essa sensação é uma síntese de saúde, um sentimento de completude e de satisfação com a vida, de paz consigo mesmo e com o mundo, de unidade com o cosmos, de proximidade com algo que se considere como absoluto ou com a natureza. O bem-estar religioso (BER) é considerado como o bem-estar advindo da comunhão e da relação pessoal íntima com Deus ou com algo que se considere como uma força superior, que vai além do indivíduo, algo sagrado. É considerado como uma dimensão vertical da espiritualidade e contém uma referência a Deus. O BER tem sido associado positivamente com força interna (que inclui desafio, compromisso e controle) e

esperança; e negativamente com depressão e solidão, tanto em adultos doentes como sadios (p.180).

O bem estar espiritual é considerado pela OMS como uma das dimensões do estado de saúde, juntamente com as dimensões corporais, psíquicas e sociais (Peres, Simão & Nasello, 2007).

1.2. Religiosidade: Conceitos

Ao definir a religiosidade Taunay et al., (2012) seguem a definição proposta por Koenig (2011), referindo-se ao quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião. Assim, o termo religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso de um indivíduo e o quanto esse envolvimento influencia os seus hábitos cotidianos e sua relação com o mundo (Barricelli, Sakamoto, Silva & Araújo, 2012; Santos, Giacimin, Pereira & Firmo, 2013). Para Santos et al. (2012) a religiosidade deve ser definida como a importância atribuída e a frequência de (a) crenças religiosas, (b) práticas religiosas, (c) aplicações das crenças, (d) participação nos serviços e atividades de grupo da religião.

A religiosidade refere-se, portanto, a um sistema ou práticas religiosas que se formam em rituais e símbolos que servem para facilitar a crença em algo inexplicável e que recebem a denominação de Deus e suas respectivas derivações (Oliveira, Pascalicchio & Primi, 2012), sendo também a capacidade que cada pessoa tem de vivenciar a experiência religiosa e que produz uma energia interior capaz de modificar suas atitudes e comportamento (Lindolpho et al., 2009).

1.3. Religião: Conceitos

Religião é uma palavra que se origina do latim – *religare*. Seu significado é o restabelecimento da ligação entre Deus e o homem (Lindolpho et al., 2009). Gobatto e Araújo

(2013) definem religião como a relação individual do homem com o divino, expressa em experiências, atitudes e sentimentos, enquanto para Mizumoto (2012) a religião é um sistema de símbolos (palavras, gestos e objetos relacionados) que remetem ao sobrenatural. A definição de Schleder et al. (2013), apresenta a religião como a crença no sobrenatural ou em força divina que teria poder sobre o universo, cuja adoração e obediência seriam comandadas por um código de ética e filosofia.

A religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (Santos et al., 2013, p. 2331).

Koenig, citado por Taunay et al. (2012) e Schleder et al. (2013), compreende a religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado (Deus, força maior, verdade suprema). A religião refere-se a uma expressão parcial da própria espiritualidade, praticada por meio de tradições, cerimônias e leituras sagradas, sendo transmitida por meio do patrimônio cultural e acompanhada de dogmas e doutrinas (Valcanti et al., 2012; Mesquita et al., 2013). Assim, percebem-se dois aspectos importantes do conceito: a relação existente entre o indivíduo e o sobrenatural/divino e a existência de códigos, símbolos e doutrinas específicas que influenciam o comportamento do indivíduo.

Aquino (2013) afirma que existem doze dimensões das religiões, sendo: crença e afiliação religiosa, religião organizacional e não-organizacional, religião subjetiva, compromisso religioso, religiosidade como busca, experiência religiosa, bem-estar religioso, *coping* religioso, conhecimento religioso e consequências religiosas. As crenças religiosas constituem a base de todas as religiões, enquanto a afiliação religiosa refere-se à identificação

do indivíduo com uma determinada crença, o que independe de seu nível de engajamento. A religião organizacional corresponde à dimensão social da mesma e se refere à participação em igrejas, templos e sinagogas, por outro lado, a religião não organizacional envolve a prece privada, o comportamento individual que o indivíduo executa independentemente de sua presença em um templo ou local religioso. A religião subjetiva é o sentimento subjetivo do indivíduo quanto à sua própria religiosidade, é o quanto o indivíduo se sente religioso. O compromisso religioso indica o nível de religiosidade do indivíduo, caracterizado pela participação do indivíduo em atividades religiosas individuais ou coletivas.

A dimensão religiosidade como busca refere-se à utilização da religião na tentativa de compreender conflitos e tragédias e a experiência religiosa relaciona-se à conversão religiosa, experiências místicas e transcendência. O bem-estar religioso envolve a satisfação com a vida e o sentimento de um sentido pessoal de vida. O *coping* religioso compreende a utilização de componentes cognitivos/ comportamentais no enfrentamento de situações estressantes da vida e as consequências religiosas são comportamentos decorrentes da religiosidade do indivíduo, ex. pagamento de dízimo, trabalho voluntário. O conhecimento religioso refere-se aos conhecimentos específicos sobre dogmas e doutrinas (Aquino, 2013).

Valcanti et al. (2012) apontam cinco objetivos-chave da religião, sendo estes a busca de significado, de controle, de conforto espiritual, de intimidade com Deus e com os outros e de transformação da vida. O homem busca, através da religião, encontrar explicações que lhe confortem ou que pelo menos lhe tragam respostas para suas angústias e medos (Silva, Portella, Reis & Bispo, 2012). Desta forma, a religião é elemento constituinte da subjetividade humana, pois atribui significado à vida e ao sofrimento (Mizumoto, 2012). A função da religião na sua essência é manter e desenvolver a relação do indivíduo com o sagrado, com a proposta de dar um significado à vida, podendo, então, fornecer subsídios para

que o indivíduo transcenda o sofrimento, as perdas e a percepção da morte (Lindolpho et al., 2009).

A religião possui um potencial de promoção de saúde mental através da experiência da coesão social, da continuidade de laços afetivos, da moderação do estresse, da raiva e da ênfase em estilos mais reflexivos de adaptação aos problemas (Mizumoto, 2012). Além disso, oferece uma variedade de métodos ou estratégias de *coping* que se mostram cobrindo toda uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações (Panzini, 2004).

2. Doença Crônica

O adoecer, apontam Barbosa et al. (2007), afasta os seres humanos da condição de saúde e segurança, aproximando-os diretamente da condição de finitude e vulnerabilidade. A vulnerabilidade é definida por Schramm (2002) como as situações de finitude durante a existência humana que mediam a vida e a morte. Do ponto de vista cognitivo-comportamental, a vulnerabilidade é descrita como “a percepção pessoal do indivíduo como sujeito a perigos internos ou externos sobre os quais o controle é inexistente ou é insuficiente para dar-lhe uma sensação de segurança” (Beck, Emery & Greenberg, 2005, p. 67).

Para Schramm (2002), morte, finitude e vulnerabilidade são características dos sistemas vivos, pois estes são submetidos a um processo irreversível de nascer, crescer, decair e morrer. Dessa forma, todos os sistemas vivos estão programados biologicamente para a morte. Barbosa et al. (2007) ressalta que o adoecimento leva o ser humano a entrar em contato com o que ele chama de maiores incertezas da vida, que seriam o sofrimento da doença e a morte.

O surgimento de uma doença nos lembra que a “indesejada das gentes” pode chegar, isto é, podemos morrer. O adoecimento, por sua vez, também traz a sensação de não se é, sequer, dono de si, do seu corpo, quebrando a linearidade da vida e das nossas

funções cotidianas. Nesse contexto, adoecimento e morte tocam aquilo com o qual somos marcados: o selo do desamparo (Barbosa et al., 2007, p.76).

Barbosa e Francisco (2007) definem o adoecimento como um padrão resultante da presença de sinais e sintomas, padrão este que coincide com a percepção do próprio indivíduo e das pessoas ao seu redor em termos de comprometimento ao bem-estar. O processo de adoecimento pode ser caracterizado em agudo ou crônico e as características que os diferenciam são: duração da doença, existência de marcadores biológicos precisos, rapidez na manifestação e recorrência (Alencar, Nemes & Velloso, 2008).

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longos períodos de tempo, podendo apresentar momentos de piora – episódios agudos – ou melhora sensível (Casado, Vianna & Thuler, 2009). As doenças crônico-degenerativas relacionam-se às condições de vida, trabalho e consumo da população, gerando o desgaste e a deterioração orgânico-funcional, com especial sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular (Martins, França & Kimura, 1996).

Os autores Martins et al. (1996) afirmam que a definição de doença crônica mais amplamente aceita é a formulada em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge que inclui no leque destas doenças todas as condições desviantes do normal que apresentem uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados.

Alencar et al. (2008) destacam a definição de doença crônica formulada pela OMS como aqueles problemas de saúde que requerem uma administração e acompanhamento permanente durante um longo período de tempo. Segundo esses autores, no rol destas patologias a OMS inclui as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), tais como doenças

cardiovasculares, câncer e diabetes; doenças crônicas transmissíveis, como a AIDS; distúrbios psiquiátricos específicos, como depressão e esquizofrenia e também lesões corporais provocadas, como amputações.

A partir do diagnóstico de doença crônica, os indivíduos cometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança (Martins *et al.*, 1996, p.6).

No Brasil a população teve o risco de desenvolver doenças crônicas aumentado devido às transformações econômico-sociais que ocorreram no país no século XX, entre elas os processos de transição epidemiológica, nutricional e demográfica (envelhecimento veloz da população, com o aumento da expectativa média de vida), a urbanização e o crescimento econômico e social (Casado *et al.*, 2009; Ministério da Saúde, 2011; Duarte & Rego, 2007). Uma observação dos dados atuais sobre a morbimortalidade da população brasileira aponta para esta mudança, com um predomínio do adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), que em 2007 corresponderam a 72% do total de causas de morte no país (Ministério da Saúde, 2011; Malta & Silva, 2013; Schimidt *et al.*, 2011).

No contexto atual as DNCT constituem-se como um problema de saúde global que ameaça a vida e o desenvolvimento humano (Schimidt *et al.*, 2011); uma vez que corresponderam a 63% dos óbitos em todo mundo em 2008, sendo, portanto, as principais causas de morte, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (Ministério da Saúde, 2011). As DCNT “podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias” (Malta & Silva, 2013, p.152).

Schmidt et al (2011) apontam as DNCT como as principais fontes de carga de doença no Brasil, uma vez que a mortalidade por esse grupo de doenças chegou a 625/ 100 mil habitantes no ano de 2004. Os autores indicam que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no Brasil (286/ 100 mil habitantes em 2004), sendo ainda responsáveis, em 2007, por 12% das internações hospitalares por causas não relacionadas à gestação e 27,4% das internações de indivíduos com 60 anos ou mais. A diabetes aparece como causa básica de morte em 8% dos óbitos registrados em 2007 e entre os anos de 1999 e 2001 representou 7,4% das internações não relacionadas à gestações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), as DNCT estão entre as principais causas de internações hospitalares no Brasil, sendo que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de internações; a taxa de internação hospitalar devido à neoplasia tem aumentado (passou de 229/100 mil em 2000 para 301/100 mil em 2009), enquanto se mantém estável para o diabetes (entre 65 e 75/100 mil habitantes/ ano). As hospitalizações por doenças respiratórias crônicas foram as que apresentaram maior redução (de 383/100 mil habitantes em 2000 para 177/100 mil em 2009) (Ministério da Saúde, 2011).

Em relação à AIDS, após mudanças no perfil epidemiológico no mundo a OMS passou a incluí-la na categoria das doenças crônicas sendo três os fatores responsáveis por esta redefinição: os avanços no conhecimento a cerca da história natural de infecção pelo HIV; a possibilidade de monitorar laboratorialmente a progressão da doença (descoberta de marcadores laboratoriais específicos, como CD4) e o surgimento e avanços no tratamento anti-retroviral. De uma forma geral, o tratamento com a terapia anti-retroviral tripla de alta potência (TARV) provocou redução na mortalidade, diminuição da frequência e duração de internações hospitalares e aumento da sobrevida. A política de tratamento da AIDS no Brasil permite o acesso livre e universal à TARV, o que modificou o curso clínico da doença e o perfil epidemiológico no país (Alencar et al., 2008).

2.1. O papel da religiosidade e espiritualidade no contexto saúde/ doença

A religiosidade e espiritualidade constituem importante estratégia de enfrentamento pelos humanos ao se depararem com situações limítrofes (Nunes, Almeida, Sampaio & Schnaider, 2012). As pessoas que recorrem à fé ou à espiritualidade para lidar de forma mais efetiva com quadros emocionais negativo conseguem obter resultados mais eficazes no enfrentamento de algum problema (Oliveira et al., 2012).

Carvalho et al. (2012) demonstraram que a religiosidade é um fator de proteção independente para a saúde física e mental. A religiosidade apresenta-se como fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais e está associada à melhor qualidade de vida, mas também pode promover uma rígida disciplina comportamental, em que os indivíduos com sofrimento psicológico podem desenvolver estratégias de enfrentamento pouco adaptativas (Taunay et al., 2012).

Mizumoto (2012) aponta o potencial de promoção de saúde mental mediada pela religião através da experiência da coesão social, da continuidade de laços afetivos, da moderação do estresse e da raiva e da ênfase em estilos mais reflexivos de adaptação aos problemas. Por sua vez Taunay et al. (2012) demonstram que o papel protetor da religião em relação à saúde mental se dá através da adoção de estilos de vida mais saudáveis, do provimento de suporte social, do desenvolvimento de um sistema de crenças e processos cognitivos que promovem maior aceitação de si e do próximo e da condução de práticas religiosas aliviam o sofrimento psicológico.

Panzini e Bandeira (2007) apresentam quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/ santificam as maiores transições da vida (adolescência/ casamento/

morte) e as crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

Pereira e Santos (2011) referem-se à religiosidade e espiritualidade como recurso interno individual que favoreceria a harmonia, a aceitação da doença, assim como uma atitude de valorização do corpo e da saúde, enquanto dom sagrado. Religiosidade e espiritualidade também se configuram em importantes experiências para pessoas acometidas por enfermidades, em especial aquelas que envolvem múltiplos e intensos estressores, além de se apresentarem como fatores relevantes para o enfrentamento das adversidades às quais estão expostos pacientes e familiares, vinculando-as, portanto, ao suprimento de suporte emocional, instrumental e informativo (Gobatto & Araújo, 2010).

A espiritualidade pode ser uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente perante a doença, já que o próprio paciente poderá atribuir significado ao seu processo saúde-doença, em busca de sobrevivência e com apego à fé, a fim de minimizar seu sofrimento ou de obter maior esperança de cura durante o tratamento (Nunes *et al.* 2012, p.04).

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas estão associados à maior resiliência e resistência ao estresse relacionada às doenças, pois a religião e a espiritualidade podem ser percebidas como uma maneira de encontrar sentido para a vida, de ter esperança e estar em paz em meio aos acontecimentos graves, como a doença crônica (Mizumoto, 2012; Valcanti *et al.*, 2012). Portanto, as crenças religiosas e espirituais têm demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos como o processo saúde-doença e no tratamento da saúde (Giovelli *et al.*, 2009).

Oliveira, Guimarães, Novo e Schnaider (2011) analisaram a auto-estima, a depressão e a espiritualidade em pacientes com neoplasia mamária, utilizando os instrumentos Escala de Rosenberg (auto-estima), Inventário de Beck (depressão) e Escala de Espiritualidade (Pinto e

Pais-Ribeiro). O grupo de 30 pacientes, todas do gênero feminino, foi dividido em dois grupos conforme a idade: menores de 50 anos e entre 50 e 69 anos. Os autores não verificaram diferenças estatísticas significativas referentes à auto-estima e espiritualidade e à esperança nos grupos. Em relação à depressão, foi identificada em 30% das pacientes, sendo 20% depressão leve ou moderada e em 10%. No entanto, o estudo não cita os resultados quando à depressão separados conforme a faixa etária, apenas em relação ao total da amostra.

Nunes *et al.* (2012) avaliaram espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. Participaram do estudo 30 pacientes, do gênero feminino, com idade média de 51 anos. Foram utilizados os instrumentos: Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, Inventário de Depressão de Beck e a escala de sexualidade *Female Sexual Function Index*. No que se refere à espiritualidade não ocorreu diferença estatística significativa entre as dimensões crença e esperança/otimismo. No que tange à depressão, 17 participantes (56,66%) não apresentaram depressão, sete apresentaram depressão leve (23,33%), quatro apresentaram depressão moderada (13,33%) e duas apresentaram depressão severa (6,66%). Com relação aos domínios do FSFI o teste de Friedman constatou diferença estatística significativa, verificando-se que satisfação e desconforto/dor apresentaram escores maiores que os demais domínios. Concluíram que as pacientes com câncer de mama apresentaram escores das dimensões crenças e esperança/otimismo semelhantes e mais próximos do valor superior quando apresentavam índices altos na escala de espiritualidade demonstrando ser a espiritualidade uma valiosa ferramenta que auxilia no enfrentamento de doença que expõe ao risco de morte.

Oliveira, Cotrim, Novo, Juliano e Schnaider (2013) realizaram um estudo clínico e transversal para avaliar a depressão e a espiritualidade de pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. A amostra foi composta por quarenta pacientes, sendo vinte (20) pacientes do Serviço de Mastologia (Grupo Experimental-GE),

portadoras de neoplasia mamária abordadas no primeiro dia de pós-operatório e outras vinte (20) pacientes do Ambulatório de Ginecologia (Grupo Controle - GC) abordadas ao término da consulta. Os instrumentos utilizados foram a Escala de autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM, para avaliar a autoestima; o Inventário de Depressão de Beck, para medir a depressão e o Instrumento de Espiritualidade de Pinto & Ribeiro para avaliar a espiritualidade. Com relação à autoestima uma paciente apresentou pontuação dentro da normalidade e 19 apresentaram baixa autoestima no GC; as 20 pacientes do GE apresentaram baixa autoestima. No que tange à depressão: 17 participantes não apresentaram depressão e três apresentaram depressão no GC; 15 participantes não apresentaram depressão e cinco apresentaram depressão no GE. Da análise fatorial da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro resultaram duas subescalas que os autores denominaram Crenças e outra denominada Esperança/Otimismo. A comparação das dimensões crença e esperança/otimismo em cada grupo e demonstrou diferença estatística significativa entre as dimensões crença e esperança/otimismo no GC. No entanto, comparando as dimensões crença e esperança/otimismo entre os grupos verificaram que não ocorreu diferença estatística significativa.

Para investigar a relação entre religiosidade e qualidade de vida em pessoas com o vírus da Imunodeficiência Humana, Medeiros e Saldanha (2012), conduziram um estudo com 90 pacientes soropositivos com o objetivo de investigar a relação entre a religiosidade e a percepção de qualidade de vida no contexto da soropositividade e HIV. A amostra foi aleatória, com pacientes com tempo de diagnóstico acima de um ano. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico e clínico; Questionário de Avaliação de Atitude Religiosa (QAAR); Questionário Qualidade de Vida (WHOQOL *Bref*) e quatro questões que englobam o domínio espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais pertencente ao WHOQOL-100. Foram realizadas análises descritivas e bivariadas, bem como

uma análise de regressão linear múltipla (*stepwise*), a fim de se verificarem as variáveis que melhor explicariam a qualidade de vida nessa amostra. Ficou demonstrado que houve relação entre religiosidade e qualidade de vida entre os pacientes, ressaltando-se que a dimensão da religiosidade se relacionou com os domínios psicológico, social e ambiental de qualidade de vida da (WHOQOL *Bref*), o que se manifestou de forma semelhante entre os pacientes sintomáticos.

Ainda em pacientes soropositivos com HIV-AIDS, Medeiros (2010) conduziu um estudo com objetivo de investigar a relação entre religiosidade, sentimento de culpa e percepção da qualidade de vida nessa população. A amostra foi aleatória, composta por 90 pacientes soropositivos. Foram utilizados os instrumentos: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, forma abreviada (WHOQOL-BREF), quatro questões que englobam o domínio espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais pertencente ao WHOQOL-100; o Questionário de Avaliação de Atitude Religiosa (QAAR) e a Escala Multidimensional de Culpa (EMC), além de um questionário sócio-demográfico e clínico. Verificou uma correlação positiva entre o domínio religiosidade/espiritualidade e crenças pessoais e a avaliação da qualidade de vida geral. Não observou relação significativa entre atitude religiosa total e qualidade de vida, assim como as dimensões de culpa não se relacionaram com a percepção da qualidade de vida geral dos participantes.

Nepomuceno (2011) estudou a religiosidade e qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. A amostra foi aleatória, composta por 100 pacientes. Foram aplicados um questionário sócio-demográfico, a escala WHOQOL-BREF e Escala de Atitude Religiosa. O estudo comprovou a influencia da religiosidade com a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos uma vez que os componentes da atitude religiosa tiveram uma correlação positiva com os domínios relações sociais, psicológico, nível de independência e ambiental, apesar de não ter havido influência da religiosidade no domínio

físico. Observou-se a religiosidade como fonte de conforto e esperança para os pacientes que os fortalece, promove bem-estar geral e ajuda na aceitação da condição de saúde.

Barricelli *et al.* (2012) realizaram um estudo qualitativo, visando identificar modalidades de orientação religiosa, se intrínseca ou extrínseca, e possíveis relações com a qualidade de vida de idosos ativos. A amostra foi composta de 60 idosos ativos, frequentadores de um grupo de convivência. Foram aplicados os instrumentos: questionário genérico *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), para avaliar a qualidade de vida, e Escala de Orientação Religiosa Intrínseca e Extrínseca, além de entrevista orientada por um questionário sociodemográfico. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa em todos os domínios relacionados do SF-36 entre as mulheres com religiosidade intrínseca e extrínseca. Entre os homens, somente foi encontrada diferença estatisticamente significativa no domínio “estado geral de saúde”, que foi considerado melhor entre aqueles com religiosidade intrínseca. Portanto, nesse estudo não se verificou relações significativas entre a orientação religiosa e a qualidade de vida.

Santos *et al.* (2013) investigaram o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento da incapacidade funcional de idosos, através de entrevistas semi-estruturadas. Foi utilizada a abordagem qualitativa, constituindo-se em um estudo etnográfico observacional, cuja amostra incluiu 57 idosos. O modelo dos signos, significados e ações foi utilizado na coleta e análise dos dados. A religiosidade dos idosos entrevistados sugere que suas crenças e tradições religiosas ajudam a explicar e a enfrentar o sofrimento experimentado por eles na vigência ou iminência da incapacidade funcional. O enfrentamento religioso reforça o fatalismo presente na crença religiosa que espelha a fatalidade da velhice com incapacidade como um código social aceito e naturalizado, mas também colabora para minimizar a responsabilidade social pelo cuidado do idoso e revela a descrença nos serviços públicos de saúde existentes.

Stroppa e Moreira-Almeida (2009) conduziram uma revisão de literatura a respeito da relação entre Transtorno Bipolar e religiosidade/espiritualidade. Foram cruzadas as palavras “bipolar”, “mania” e “*manic*” com as palavras “*religio**” e “*spiritu**” nas bases de dados PubMed e PsychINFO. Os estudos apontam que pacientes bipolares tendem a apresentar maior envolvimento religioso/espiritual, maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação e uso mais frequente de *coping* religioso e espiritual (CRE) que pessoas com outros transtornos mentais. Indicam ainda, uma relação frequente e significativa entre sintomas maníacos e experiências místicas.

Silva (2012), através de uma revisão sistemática de literatura, procurou descrever os conceitos religiosidade e espiritualidade e a interface dos mesmos com a saúde mental, à luz das abordagens teóricas das terapias cognitivo-comportamentais. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: PePSIC, PubMed, SciELO, MEDLINE, Elsevier e Springerlink, onde foram encontrados trinta e quatro artigos, cujos temas abordam associações entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental. Em uma análise qualitativa dos estudos a autora classificou-os conforme o tema pesquisado, sendo que 31% tratavam de adaptação de técnicas de atendimento psicoterápico aos conteúdos religiosidade e espiritualidade, 22% apresentaram relações entre religiosidade/ espiritualidade e as síndromes somáticas, 17% relacionaram religiosidade/ espiritualidade com doenças físicas (principalmente o câncer), 15% tratam do *coping* religioso/espiritual (sendo que a maioria aponta dados que sugerem que as estratégias são benéficas), 11% trataram da adaptação de protocolos de atendimento para as questões da religiosidade e espiritualidade e 4% dos artigos relatam correlações entre religiosidade e espiritualidade e Transtorno de Personalidade. Em uma análise qualitativa a autora verificou que religiosidade e espiritualidade são temas em desenvolvimento em Terapia Cognitivo-Comportamental, com aumento recente no número de publicações na área.

Leite e Seminotti (2013) realizaram uma revisão de artigos científicos que discutem a influência da espiritualidade na prevenção de transtornos e na assistência e tratamento de doenças mentais. O estudo teve como objetivo revisar os artigos científicos publicados entre os anos de 2001 e 2011 que fazem referência à influência da espiritualidade na assistência e tratamento de doentes mentais. Foram realizadas buscas nas bases de dados SciELO, MEDLINE e LILACS, utilizando o cruzamento dos descritores “saúde mental” e “espiritualidade”. Foram encontrados 522 artigos, destes 20 compuseram a amostra. Os estudos foram agrupados em cinco categorias de acordo com o tema central abordado: técnicas de abordagem da espiritualidade na prática clínica (09 artigos), relação entre saúde mental e espiritualidade (03 artigos), estado da arte (02 artigos), instrumentos de avaliação (02 artigos) e outros (04 artigos). Os resultados evidenciaram a importância do fator espiritualidade na saúde psíquica e resultados positivos da integração da espiritualidade à prática clínica como estratégia em saúde mental, confirmando a necessidade do preparo profissional, da elaboração de novas estratégias no cuidar e da realização de mais pesquisas envolvidas com a temática.

Gobatto e Araújo (2013) conduziram um estudo descritivo e exploratório onde procuraram conhecer e analisar as concepções de profissionais da área da Oncologia sobre religiosidade, espiritualidade e saúde, bem como a abordagem dessa temática com pacientes. O estudo foi realizado em duas etapas, na primeira, oitenta e cinco (85) profissionais responderam a um questionário eletrônico e na segunda foram realizados grupos focais online dos quais participaram sete profissionais. Os resultados indicaram que aproximadamente metade dos participantes da primeira etapa não praticam atividades religiosas. Porém, 85% revelaram grau elevado de espiritualidade. Verificou-se que os temas religiosos/ espirituais são frequentes nos atendimentos, apesar dos integrantes dos grupos relatarem não ter recebido formação acadêmica para abordar a temática. Em suma, os participantes evidenciaram

concepções positivas sobre a influência da religiosidade/espiritualidade para a saúde, com efeitos negativos em menor proporção.

3. A morte e o morrer na contemporaneidade

Vida e morte são duas faces inseparáveis, embora experiencialmente distinguíveis, da existência humana (Schramm, 2002). Siqueira-Batista e Schramm (2004) apontam que vida e morte podem ser apreendidas como potências ambíguas de um mesmo processo, sendo a morte conceituada a partir de diversas perspectivas, dentre as quais:

- 1) Morte clínica: caracterizada por parada cardíaca (ausência de pulso), respiratória e midríase paralítica, podendo ser reversível, desde que sejam implementadas adequadas medidas de reanimação;
- 2) Morte biológica: surge como uma progressão da morte clínica, diferindo dela por seu caráter irreversível; caracteriza-se por destruição celular em todo o organismo; (...) um evento essencial na morte celular é a ativação da enzima catepsina, que por sua característica proteolítica é capaz de promover autólise da célula; mais recentemente, a lesão encefálica irreversível vem sendo considerada morte biológica;
- 3) Morte óbvia: o diagnóstico é inequívoco (evidente estado de decomposição corpórea, decaptação, esfacelamento ou carbonização craniana);
- 4) Morte encefálica: compreendida como sinônimo para a morte biológica; sendo caracterizada por uma série de parâmetros que atestam a lesão encefálica irreversível.

Blank (2000) afirma que o conceito de morte consumada refere-se à ausência do registro de ondas elétricas cerebrais. Para ele, porém, a morte do homem diferencia-se desse conceito de morte cerebral uma vez que o morrer se iniciaria antes da morte clínica, sendo um

fenômeno existencial e psicossomático. A morte deve, portanto, ser considerada não apenas um fato biológico, também humano, que tem haver com processos conscientes e inconsciente (Barros-Oliveira & Neto, 2004).

Blank (2000) refere-se à morte como o grande ou maior mistério do ser humano. Apresenta como a contradição fundamental do homem a aceitação da própria morte e a vontade imanente de viver. Para o autor essa contradição é eliminada pela esperança no “depois da vida”.

No século XXI o grande desenvolvimento da medicina levou à cura de várias doenças e o conseqüente prolongamento da vida. Nesse processo, a morte tornou-se um tabu, sendo considerada vergonhosa (Kovacs, 2003). A morte associou-se, então, ao sofrimento de uma doença grave ou à consequência de um acidente ou outra causa violenta e o processo de morrer está imbricado em aspectos como o sofrimento e qualidade de vida (Siqueira-Batista & Schramm, 2004).

A morte passou a ter uma vivência mecanizada, sendo transferida para a velhice, insulada no ambiente hospitalar, vivenciada sob o controle tecnológico e descontextualizada (Nascimento & Roazzi, 2007). A internação de doentes incuráveis e o constante aperfeiçoamento da assistência médico-hospitalar levaram a morte ao confinamento dos hospitais, em um processo de privatização e alienação, no qual ocorreu a perda da dimensão humana do morrer, que passa a ser desprovido de sentido, tornando-se caso clínico e associado à falência da arte da medicina e à humilhação dos que se esforçam para salvar vidas (Blank, 2000).

Betiato (2008), Kubler-Ross (1998), Blank (2000), Siqueira-Batista e Schramm (2004), Barros-Oliveira e Neto (2004), Diniz e Aquino (2009) e Silva et al. (2012) referem-se ao enfrentamento da morte e do morrer na sociedade contemporânea como um processo

imbricado pelo sofrimento e pelos sentimentos de medo e desamparo, como será descrito a seguir.

Siqueira-Batista e Schramm, (2002) explicam porque as sociedades contemporâneas têm cada vez mais dificuldade em pensar a questão morte e do morrer, pois a morte tornou-se impensável e sua emergência à consciência e elaboração só são possíveis à custa de sofrimento, em situações de vulnerabilidade, e através da experiência do desamparo.

Betiato (2008) refere-se à morte como uma tragédia que amedronta, da qual o ser humano tenta fugir ou esquecer. A morte é, portanto, um acontecimento medonho, um medo universal dos seres humanos, mesmo que estes saibam que podem dominá-la em vários níveis (Kubler-Ross, 1998).

Diniz e Aquino (2009) apontam o medo como a resposta psicológica mais comum perante a morte, no entanto, esta pode evocar diferentes sentimentos como raiva, barganha, tristeza e negação. O medo da morte, por sua vez, pode influenciar a maneira de agir do indivíduo, já que os valores e as crenças influenciam a preparação do indivíduo para morrer ou para aumentar a dificuldade do enfrentamento da morte (Diniz & Aquino, 2009).

Apesar do ser humano conhecer meios de dominar a morte em vários níveis, ela ainda constitui um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal (Kubler-Ross, 1998). Essa autora aponta como razão da fuga em encarar a morte a ideia associada ao morrer, na qual este é triste sob vários aspectos, além de solitário, mecânico e desumano. Silva et al. (2012) referem-se à morte como o mistério mais aterrorizante que cerca o homem, por ser o terror de deixar de existir.

Por outro lado, os autores Barros-Oliveira e Neto (2004) afirmam que a aceitação da morte é um sinal de maturidade humana, assim como acreditam que o medo da morte não pode ser norma comum. Para eles são circunstâncias presentes no medo da morte o tempo (quando), o espaço (onde) e a probabilidade.

Para Elias (2003) a dor pela morte é simbólica e compreende a dor psíquica e a dor espiritual. A dor psíquica é constituída pelo medo do sofrimento e humor depressivo representado por tristezas, angústias e culpas frente às perdas, enquanto a dor espiritual seria o medo da morte e do pós-morte, ideias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

3.1. Morte e Religião

A morte, como um fenômeno, é multidimensional, multicausal e necessita de tratamento teórico a partir de vários enfoques (Nascimento & Roazzi, 2007). Schramm (2002) aponta o fato de o ser humano não possuir uma experiência direta sobre a morte, ao contrário, esta é sempre uma experiência indireta, vivenciada pela morte do outro.

A morte enquanto tal é praticamente impensável e, quando, por alguma razão de força maior, ela se impõe à consciência e à elaboração, isso se dá com muito sofrimento, em situações de vulnerabilidade e através das experiências sofridas do desamparo, que de fato são experiências dos seres humanos vivos (grifo original) que vivenciam (grifo original) a precariedade da condição humana mas não a morte (Schramm, 2002, p. 18).

Blank (2000) afirma que um refletir sobre a morte é desafio para a filosofia, mas também é para a teologia e a fé. Este autor afirma que a fé transmite aos fiéis uma imagem de Deus que é sustentada no momento do morrer, podendo, portanto, transformar-se em motivo de medo e angústia. Afirma que o ser humano tem medo da morte. Para o autor, a crença em Deus não é capaz de diminuir esse temor, pelo contrário, aumenta-o, pois a fé não tiraria a angústia das pessoas diante da morte. Por sua vez, Nascimento e Roazzi (2007) apontam a religião como capaz de prover “uma das mais valiosas formas de se lidar com a morte nas sociedades humanas” (Nascimento & Roazzi, 2007, p.435).

Kubler-Ross (1998) refere uma mudança do papel religião diante da morte a partir das mudanças tecnocientíficas da sociedade que provocaram também mudanças na concepção do sofrimento. Para a autora, a religião assume um papel protetivo, na medida em que recompensa após a morte o sofrimento passado durante a vida. Assim, o sofrimento ganha finalidade e é associado à esperança de uma recompensa futura.

O homem aproxima-se da religião, então, para desvendar o mistério que cerca a morte buscando através desta encontrar explicações que lhe confortem ou que pelo menos lhe tragam respostas para suas angustias e medos (Silva et al., 2012). Os autores afirmam que os pacientes buscam ideias e pensamentos que tragam amparo, conforto ou solução para seus problemas como forma de enfrentar o medo da morte, da doença, da invalidez e da solidão. Nessa busca, ocorre uma aproximação com a religião, uma vez que a mesma acompanhou o homem durante toda sua história e historicamente é utilizada para explicar o desconhecido.

Por outro lado, Barros-Oliveira e Neto (2004) afirmam:

A crença religiosa não afeta a intensidade do medo da morte, mas antes canaliza o medo para problemas específicos que cada religião propõe. (...) A religião se é uma crença interiorizada e vivida pode ajudar a transcender ou sublimar o medo da morte (Barros-Oliveira & Neto, 2004, p.357).

Diniz e Aquino (2009) apontam os vários pontos de vista diferentes sobre a morte nas diferentes religiões: as religiões africanas consideram que existe um destino para cada ser humano, concluído na morte; as religiões indianas pregam que os seres passam por novos renascimentos, condicionados pela lei do carma; no budismo, a morte não ocorre com a falência dos órgãos e sim quando as oito partes da consciência deixam o corpo (as consciências dos cinco sentidos, o sentido mental – sexta consciência, o centro do pensamento/ manas – sétima, e por fim, a consciência – Alaya – última a deixar o corpo); na perspectiva judaica o homem decide para onde vai após a morte na Terra, através da

obediência (ou não) aos ensinamentos da Torá; no Cristianismo a morte é concebida como passagem para uma vida eterna e feliz, para obter a salvação da sua alma após a morte o indivíduo deve arrepender-se dos seus pecados e aceitar os ensinamentos de Jesus Cristo, assim, o céu/paraíso é a recompensa para os que amaram e obedeceram a vontade de Deus, enquanto o inferno é reservado para os que morreram em pecado. Essa religião prega a vida eterna e a ressurreição dos mortos. O espiritismo, por sua vez, considera a morte como uma ilusão, o espírito evolui através de progressivas reencarnações (Diniz & Aquino, 2009).

Como podemos observar e como afirmam Peres *et al.* (2007) a crença na vida após a morte é componente central de muitos sistemas religiosos, sendo presente na maioria das religiões. Ela fornece significado à vida atual devido à sua continuidade. Três quartos dos americanos e 92% dos brasileiros afirmam acreditar na vida após a morte (Peres *et al.* 2007).

3.2. Visões de Morte: Alguns estudos

Na literatura pesquisada, foram encontrados alguns estudos que procuraram identificar crenças e ideias dos participantes sobre a morte e outros aspectos. Esses estudos estão descritos a seguir.

Diniz e Aquino (2009) investigaram as relações entre a religiosidade e as concepções acerca da morte em um grupo de cento e noventa (190) estudantes universitários. Utilizaram como instrumentos a Escala de Atitude Religiosa (EAR), o Questionário sobre Diversas Perspectivas de Morte e um questionário sócio-demográfico. O estudo verificou uma existência de correlações entre as escalas utilizadas, apresentando correlação positiva entre a religiosidade e morte como vida do além, religiosidade e morte como coragem e religiosidade e morte como fim natural, além de correlação negativa entre religiosidade e morte como fracasso.

Barros-Oliveira e Neto (2004) analisaram as propriedades psicométricas do instrumento Questionário sobre Diversas Perspectivas de Morte, constituído por oito (08) subescalas a respeito de visões da morte: morte como sofrimento e solidão, além-vida de recompensa, indiferença perante a morte, morte como desconhecido, morte como abandono dos que dependem de nós com a conseqüente culpa, morte como coragem, morte como fracasso e morte como fim natural. Utilizaram 387 participantes pertencentes a quatro subamostras: 102 freiras, 77 estudantes de teologia, 110 estudantes de outras ciências e 98 professores do ensino básico e secundário. As características psicométricas das escalas foram verificadas na amostra total, sem diferença significativa nas subamostras. A análise fatorial da escala demonstrou oito componentes distintos, apresentando boa estrutura fatorial. A consistência interna das escalas também foi aferida, e foram apresentados alfas de Cronbach elevados.

O estudo de Aquino et al. (2010) teve como objetivo identificar as relações entre visões de morte com o nível de ansiedade perante a morte, bem como de vazio existencial. Participaram da pesquisa 400 estudantes universitários. Os instrumentos utilizados foram: *Pil-Test* (Teste Propósito de Vida), o Questionário sobre Diversas Perspectivas de Morte, a Escala Temper de Ansiedade Perante a Morte e um questionário sócio-demográfico. O estudo verificou a existência de correlações entre a ansiedade perante a morte com quatro dimensões da escala de perspectivas de morte, sendo correlações positivas com morte como desconhecido, morte como dor e solidão e morte como fracasso; e correlação negativa fraca com morte como um fenômeno pelo qual se deve ter indiferença. O estudo mediu ainda as relações entre as perspectivas de morte e o vazio existencial. Novamente foram verificadas correlações, sendo correlações positivas entre o grau de vazio existencial e as visões de morte como fracasso, dor e solidão e fim natural. Verificou ainda correlação negativa entre o grau de vazio existencial e a visão de morte como fim natural.

Nogueira e Pereira (2006) procuraram compreender a influência da religiosidade nas perspectivas de morte, através de um estudo comparativo. A amostra foi composta por 277 participantes e foram utilizados os instrumentos: *The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* e Questionário sobre Diversas Perspectivas de Morte. O estudo verificou correlação positiva entre a religiosidade e a crença na vida após a morte. Demonstrou que a religiosidade foi mais observada em mulheres, comparativamente aos homens e também que a religiosidade foi afetada pela religião, sendo o grupo de católicos o que apresentou maior nível de religiosidade. Nas relações entre a religiosidade e as visões de morte, o estudo comprovou correlações entre religiosidade e quatro visões de morte: correlação positiva entre religiosidade e morte como “além da vida e recompensa” e “morte como coragem”; e correlação negativa entre religiosidade e morte como indiferença e morte como fracasso.

Campelos (2006) investigou a ansiedade e medo diante da morte em profissionais de saúde que mais frequentemente e diretamente convivem com a morte. Pretendeu analisar possíveis variáveis relacionadas com uma maior ou menor ansiedade frente à morte sentida por estes profissionais. Utilizou um questionário sócio demográfico, a *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ) e Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas de Morte. Concluiu que há uma diferença significativa nos níveis de ansiedade conforme o sexo do participante, sendo que as mulheres apresentam níveis mais elevados. As variáveis idade, local de trabalho e anos de experiência profissional não apresentaram diferenças significativas quanto ao nível de ansiedade. Também não foram verificadas diferenças de gênero quanto às perspectivas de morte. Em relação a idade e tempo de experiência verificou-se uma correlação positiva de ambas variáveis com a percepção de morte como sofrimento e solidão, morte como fracasso e morte como abandono.

4. *Coping*/ Enfrentamento

Panzini (2004) define o *coping* como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes e aponta, a partir de uma perspectiva cognitivista, que este processo refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga que excede os recursos pessoais. Essa autora baseia-se no modelo de Folkman e Lazarus (1980), no qual o *coping* é “um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, assim, sua função é a de administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) a situação estressora, mais do que controlá-la ou dominá-la” (Panzini, 2004, p.22).

Observa-se que na literatura o conceito utilizado por Panzini (2004) é amplamente aceito e compartilhado por diversos autores como Gobatto e Araújo (2010), Valcanti et al. (2012), Mesquita et al. (2013), Veit e Castro (2013) e Gobatto e Araújo (2013).

Stroppa e Moreira-Almeida (2009) afirmam que o termo *coping* pode significar lidar, manejar, adaptar-se ou enfrentar. Trata-se, portanto, de “um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, com a função de reduzir ou suportar uma situação estressora que exceda os recursos do indivíduo” (Stroppa & Moreira-Almeida, 2009, p. 208).

São quatro os pressupostos que sustentam o conceito de *coping*, sendo eles: existência de ameaça, dano ou desafio; avaliação que a pessoa faz da situação; recursos disponíveis para lidar com o estresse e responsabilidade ao lidar com determinada experiência (Schleder et al., 2013).

O *coping* é um processo situacional que tem por objetivo preservar a saúde mental e física dos sujeitos perante as adversidades (Veit & Castro, 2013). Seu objetivo constitui-se na intenção de uma resposta, geralmente, orientada para a redução do estresse (Schleder et al., 2013). A partir da avaliação de uma situação como ameaçadora, o indivíduo pode manifestar

respostas comportamentais e/ou cognitivas a fim de administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) a situação. As respostas de *Coping*/ Enfrentamento são as alternativas onde o elemento negativo e de estresse do ambiente é controlado (Santos et al., 2013). Essas respostas podem ser classificadas em duas categorias: o enfrentamento centrado no problema e o enfrentamento centrado na emoção.

Panzini (2004) define o *coping* focado no problema como as estratégias dirigidas para a definição do problema, geração de soluções alternativas, balanço do custo-benefício das alternativas, escolha entre elas e a ação sobre o problema. Para a autora a sua função é agir na origem do estresse, tentando alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente, causador de tensão. Para Santos et al., (2013) o *coping* focado no problema compreende os esforços para administrar ou alterar os problemas, ou melhorar o relacionamento entre as pessoas e o seu meio, sendo estratégias adaptativas voltadas para a realidade e que buscam o manejo ou a modificação da situação causadora de estresse, na tentativa de remover ou abrandar a fonte estressora e de controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio.

Por sua vez, o *coping* focado na emoção é definido por Panzini (2004) como um esforço dirigido à regulação da resposta emocional associada ao estresse ou resultante de eventos estressantes, tendo como função a redução da sensação desagradável do estado de estresse modificando o estado emocional. Santos et al., (2013) define o *coping* focado na emoção como a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, atuando com o objetivo de regular a resposta emocional causada pela situação problema com a qual a pessoa se depara.

4.1. Coping Religioso-Espiritual

O *coping* religioso acontece quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, sendo definido como “o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes” (Panzini, 2004, p.23).

Encontram-se na literatura várias definições, de diferentes autores, para o *coping* religioso-espiritual (CRE). Gobatto & Araújo (2010) referem-se ao CRE como o uso de estratégias religiosas e/ou espirituais para manejar o estresse diário e/ou advindo das crises que ocorrem ao longo da vida e apontam o CRE como fonte de equilíbrio e fortalecimento, que promove serenidade e favorece a luta pela vida. Também é definido como o modo como as pessoas utilizam a fé em situações de estresse e dificuldade em suas vidas (Stroppa & Moreira-Almeida, 2009), como o uso das crenças religiosas para compreender e lidar com os agentes estressores da vida (Valcanti et al., 2012) e como a utilização da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida (Veit & Castro, 2013). Schleder et al. (2013) definem o CRE como o uso de crenças e comportamentos religiosos que buscam facilitar a solução de problemas, prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas. Gobatto e Araújo (2013) simplificam a definição afirmando o CRE ocorre quando o indivíduo utiliza a religião ou a fé como estratégia de manejo de estresse.

Panzini (2004) aponta que os objetivos do *coping* religioso se coadunam com os cinco objetivos-chave da religião, que são: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, transformação da vida e bem-estar físico, psicológico e emocional. Panzini (2004) afirma ainda que o CRE pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema, quanto a estratégias orientadas para a emoção.

Os indivíduos tendem a desenvolver formas habituais de lidar com o estresse, chamadas estilos de *coping*, que podem influenciar suas reações em novas situações, sendo relacionadas a resultados de *coping* ou a características da personalidade (Panzini, 2004). Os estilos de *coping* não são definidos em termos de preferências, mas de tendência a usar uma reação de *coping* em maior ou menor grau frente a situações de estresse. A autora propõe cinco estilos de *coping* religioso que são: autodireção, delegação, colaboração, súplica e renúncia.

O estilo autodireção é um ponto de vista no qual Deus dá às pessoas a liberdade e os recursos para dirigirem suas próprias vidas, desta maneira, o indivíduo é considerado como ativamente responsável na resolução dos problemas, delegando a Deus um papel passivo. No estilo delegação, por sua vez, o indivíduo outorga a responsabilidade na solução dos problemas a Deus e assim, passivamente espera que Ele resolva tudo. O estilo colaboração prevê uma co-responsabilidade entre Deus e o indivíduo na resolução dos problemas. O indivíduo trabalha em ativa parceria com Deus no processo de *coping*. O estilo súplica é caracterizado pela tentativa do indivíduo de influenciar a vontade de Deus através de rogos e petições por sua divina intervenção. E, no estilo renúncia o indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor de Deus. Ambos (Deus e o indivíduo) são ativos na solução dos problemas (Panzini, 2004).

Taunay et al. (2012) refere-se ao CRE como as diversas estratégias cognitivas utilizadas por indivíduos para lidar com adversidades dentro da perspectiva da religiosidade/ espiritualidade, podendo ser estratégias adaptativas (positivas) ou mal-adaptativas (negativas).

As estratégias do CRE positivo (CREP) congregam medidas que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo, enquanto estratégias do CRE negativo (CREN) estão relacionadas a medidas que geram consequências prejudiciais ao indivíduo (Valcanti et al., 2012; Mesquita et al., 2013).

Panzini e Bandeira (2007) afirmam que os estilos Autodireção, Colaboração e Renúncia constituem-se em estratégias de CREP, e o estilo Delegação em estratégia de CREN. O estilo súplica pode apresentar-se como estratégia positiva, quando o indivíduo suplica pelo apoio de Deus, respeitando a Sua vontade, em detrimento da vontade individual; ou como estratégia negativa, quando pede pelo apoio de Deus, tentando modificar a vontade Dele conforme sua própria.

Panzini (2004) aponta os métodos/estratégias de CREP como sendo: Reavaliação Religiosa Benevolente, *Coping* religioso colaboração, Foco Religioso, Ajuda através da religião, Apoio Espiritual, Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa, Perdão religioso, Conexão Espiritual; e as CREN: Reavaliação de Deus como punitivo, Reavaliação demoníaca ou malévola, Reavaliação dos poderes de Deus, *Coping* religioso delegação, Descontentamento espiritual, Descontentamento religioso interpessoal, Descontentamento religioso interpessoal e Intervenção Divina.

Através dos métodos/estratégias de CREP o indivíduo busca redefinir o estressor através da religião como benevolente e potencialmente benéfico (Reavaliação Religiosa Benevolente), tenta controlar e resolver os problemas em parceria com Deus (*Coping* religioso colaboração), busca alívio da situação estressante focando-se na religião (Foco Religioso), esforça-se para promover conforto e suporte espiritual a outros (Ajuda através da religião), procura por conforto e segurança renovada através do amor e do cuidado de Deus (Apoio Espiritual), procura por conforto e renovação da confiança através do amor e cuidado dos membros e frequentadores da instituição religiosa (Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa), busca ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa para a paz (Perdão religioso) e busca conexão com forças transcendentais (Conexão Espiritual) (Panzini, 2004).

Por outro lado, através dos métodos/estratégias de CREN o indivíduo redefine o estressor como punição divina aos pecados individuais (Reavaliação de Deus como punitivo), redefine o estressor como fenômeno do mal ou atos do demônio (Reavaliação demoníaca ou malévola), redefine os poderes de Deus para influenciar a situação estressante (Reavaliação dos poderes de Deus), espera passivamente que Deus resolva seus problemas (*Coping* religioso delegação), expressa confusão e descontentamento com Deus (Descontentamento espiritual), expressa de confusão e descontentamento com membros e frequentadores da instituição religiosa (Descontentamento religioso interpessoal) e súplica por intervenção divina (Intervenção Divina) (Panzini, 2004).

4.2. Investigações sobre o CRE no Brasil: uma revisão

Carvalho *et al.* (2012) identificaram os instrumentos disponíveis e validados para uso em amostras brasileiras para a mensuração da religiosidade. São eles: Inventário de Religiosidade de Duke, Inventário de Religiosidade Intrínseca, Escala de Bem-Estar Espiritual e Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE).

A Escala CRE é uma medida multidimensional de *coping* religioso espiritual. A escala CRE foi traduzida, adaptada e validada para a utilização no Brasil por Panzini e Bandeira (2004), a partir da escala americana RCOPE de Pargament e cols. (2000). Sua versão brasileira conta com um conjunto de 87 afirmações que contemplam as dimensões positiva e negativa do CRE, das quais 66 itens distribuídos em oito fatores avaliam a dimensão do CRE Positivo, enquanto 21 itens avaliam o CRE negativo, distribuídos em quatro fatores (Panzini, 2004).

Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira e Fleck (2011) utilizaram a Escala CRE-Breve para avaliar a validade convergente/discriminante do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e CRENças Pessoais

(WHOQOL-SRPB), em estudo cujo objetivo foi analisar propriedades psicométricas do Instrumento WHOQOL-SRPB. Para tanto, utilizaram uma amostra de 404 pacientes e funcionários de hospital universitário e funcionários de universidade. Verificaram que o WHOQOL-SRPB em português brasileiro apresentou validade convergente/ discriminante com Escala CRE-Breve e apresentou boas qualidades psicométricas, sendo válido e fidedigno para uso no Brasil.

Uma série de estudos brasileiros vem investigando o CRE, em diferentes amostras populacionais, como veremos a seguir.

Strelhow (2013) investigou a relação entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso em crianças, com idades entre 8 e 12 anos, através dos instrumentos Escala de *Coping* Religioso Infantil e o Índice de Bem-estar pessoal para crianças. Verificou que as estratégias de CREP são preditoras de maior bem-estar e as CREN de menor bem-estar.

A utilização de estratégias de *coping* religioso-espiritual por idosos foi utilizada por Santos (2012) para investigar o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento da incapacidade funcional nessa população, utilizando para tal entrevistas semi-estruturadas. O autor verificou que o enfrentamento religioso “tampona sofrimentos individuais, minimiza a solidão e regula a resposta emocional causada pela incapacidade funcional experimentada pela pessoa idosa” (p.76).

Brito (2011) investigou o *coping* religioso de pessoas em psicoterapia diante de situações de estresse e verificou ser a religião um importante recurso de *coping* na vida dos participantes, que os ajuda a lidar com situações estressantes, apesar deste não ser a única estratégia utilizada pelos mesmos. Nesse estudo não foi utilizada um instrumento validado e sim um roteiro de entrevista semi-estruturado.

Schleder et al. (2013) investigaram o CRE de 45 familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), através da Escala CRE, concluindo:

Os familiares utilizam mais estratégias de CRE positivas do que negativas durante o processo de hospitalização de um ente querido em uma UTI, buscando apoio na espiritualidade, afastando-se do problema, aproximando-se de Deus e alcançando a transformação pessoal por meio da experiência vivida. Portanto, pode-se considerar que a espiritualidade nesta situação clínica produz efeito benéfico e positivo ao praticante e, conseqüentemente, pode resultar em melhor qualidade de vida e bem-estar dos familiares (Schleder et al., 2013, p.75).

Martins, Ribeiro, Feital, Baracho e Ribeiro (2012) procuraram avaliar uso do *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) e verificar suas possíveis modulações com o padrão de consumo de alcoólicos em pacientes atendidos em ambulatório de hepatologia. Utilizaram os seguintes instrumentos: 1 - Questionário CAGE de rastreamento de possível Síndrome de Dependência a alcoólicos na vida, instrumento padronizado e validado no Brasil; 2 - *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde como um método para investigação de uso disfuncional de alcoólicos no último ano, traduzido e validado no Brasil e 3 - Escala de *coping* religioso/espiritual (Escala CRE). Os autores verificaram: diferenças no padrão de uso do *coping* religioso-espiritual entre denominações religiosas distintas bem como sua melhor utilização por indivíduos que frequentam regularmente serviços religiosos; menor utilização de mecanismos religiosos e espirituais no enfrentamento de eventos estressantes por participantes com faixa etária entre 20 a 29 anos; mobilização do uso do CRE positivo e negativo por eventos vitais estressantes; e menor padrão de uso de *coping* religioso-espiritual pelos pacientes identificados como prováveis não dependentes de álcool.

Veit (2012) utilizou a Escala CRE na investigação do *coping* religioso-espiritual em mulheres com câncer de mama. Identificou a importância da religião e espiritualidade na vida das participantes, e a existência de uma forte relação entre elas e um poder superior (DEUS), através da apresentação de uma imagem positiva de Deus. Verificou também que a fé auxiliou na elaboração de um significado para o câncer de mama, o que favoreceu um maior controle da doença e a mobilização de um senso de esperança em direção à cura.

Amoroso (2009) utilizou a Escala CRE para conhecer a crença religiosa de portadores de Esclerose Múltipla. Encontrou uma relação significativa entre as escalas Functional Assessment of Multiple Sclerosis (FAMS) e CRE. Verificou que a crença religiosa de pessoas portadoras de Esclerose Múltipla é variável, rica e significativa e que a maneira como a crença religiosa é utilizada no dia-a-dia para lidar com situações estressantes pode influenciar a qualidade de vida das pessoas.

Marcelino (2013) utilizou CRE para avaliar se as mães de crianças com cardiopatia congênita utilizam a espiritualidade/religiosidade como estratégia de enfrentamento do estresse relacionado a ser mãe de criança com cardiopatia congênita e se utilizam de forma negativa ou positiva. Demonstrou que ser mãe de uma criança portadora de doença crônica, assim como a cardiopatia congênita, é um fato estressante devido às freqüentes internações, mudança na rotina, ansiedade com a cirurgia, medo da perda, entre outros; que estas mães diante desses eventos utilizam estratégias religiosas positivas e que estas estão correlacionadas com qualidade de vida.

Valcanti et al. (2012) utilizaram a Escala CRE-Breve para investigar o uso do *coping* religioso/espiritual em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. A amostra foi constituída por 123 pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. O autores confirmaram que os pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise entrevistados no estudo utilizavam o *coping* religioso/espiritual de forma significativa e

positiva, da mesma maneira que consideravam importante a religião/ espiritualidade em suas vidas.

O estudo de Mesquita *et al.* (2013) investigou o uso do enfrentamento religioso/espiritual por pessoas com câncer, em quimioterapia. A utilização de estratégias religiosas e espirituais para lidar com estressores importantes da vida foi verificada pela Escala CRE-Breve. A amostra foi composta por 101 pacientes com câncer, em quimioterapia endovenosa. Os resultados encontrados foram que o *coping* religioso/ espiritual é importante estratégia de enfrentamento do câncer. Os resultados também indicaram que os pacientes com câncer em tratamento quimioterápico eram religiosos, consideraram importante a espiritualidade/religião em suas vidas e gostariam que os profissionais de saúde abordassem tal questão por meio da oferta do cuidado espiritual.

5. As crenças centrais em Terapia Cognitivo-Comportamental

As análises qualitativas dessa pesquisa terão como fundamentação teórica a teoria Beckiana clássica, por essa razão apresentaremos em linhas gerais os conceitos que nortearão as análises das entrevistas realizadas. De acordo com Beck (1979), “a abordagem cognitiva está preocupada com os significados consciente bem como com eventos externos. Os relatos da pessoa de suas idéias, sentimentos, desejos fornecem a matéria-prima para o modelo cognitivo” (p. 51).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron Beck a partir da década de 1960, nos Estados Unidos, sendo concebida como uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 2013).

Esta abordagem teórica é caracterizada pela importância dada ao processamento da informação pelo indivíduo, assegurando que a maneira como cada sujeito percebe e processa

a realidade gera uma influencia direta na forma como estes se sentem e se comportam (Knapp & Beck, 2008).

O modelo cognitivo pressupõe que o pensamento disfuncional provoca uma influência sobre o humor e o pensamento do paciente, o que é comum a todos os transtornos psicológicos (Beck, 2013). O tratamento é baseado na conceituação de cada paciente, através da verificação de crenças específicas e padrões de comportamento próprios do sujeito (Beck, 2013). O objetivo terapêutico da TCC é, portanto, a reestruturação e a correção de pensamentos distorcidos, desenvolvendo soluções de forma pragmática a fim de produzir e melhorar transtornos emocionais (Knapp & Beck, 2008).

Beck (2013) descreve três níveis de cognição presentes nos indivíduos, sendo: Pensamentos Automáticos (PA), Crenças condicionais (CC) e Crenças Nucleares/ Centrais (CN).

Os pensamentos automáticos são pensamentos que emergem em situações específicas (Wenzel, Brown & Beck, 2010). Estes pensamentos ocorrem na fronteira da consciência, de forma espontânea e rapidamente, sendo, portanto, uma interpretação imediata de qualquer situação (Knapp & Beck, 2008). Desta maneira, as pessoas não estão totalmente conscientes de sua ocorrência e podem não se dar conta das consequências comportamentais e emocionais dos mesmos, uma vez que estes podem estar associados a mudanças negativas de humor (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

Wenzel, Brown e Beck (2010) descrevem a segunda classe de cognições, as crenças intermediárias, como estruturas cognitivas que formam pontes entre as crenças centrais e os pensamentos automáticos experimentados em uma situação particular. Afirmam que essas cognições são identificadas com maior facilidade que as crenças centrais, assim como também são mais articuláveis e mais amenas. Podem assumir a forma de atitudes rígidas ou regras e pressupostos sobre o funcionamento do mundo, mas muitas vezes assumem a forma de

afirmações condicionais, o que pode levar a padrões irrealistas que o indivíduo não consegue atingir (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

O nível mais profundo de funcionamento cognitivo de um indivíduo são as crenças centrais, também denominadas crenças nucleares. Essas cognições referem-se a concepções fundamentais que as pessoas tem de si mesmas, do mundo e/ou do futuro (tríade cognitiva) (Wenzel, Brown & Beck, 2010). Pretzer e Beck (2010) referem-se às crenças nucleares como incondicionais que operam fora da consciência e não são claramente verbalizadas.

Segundo Pretzer e Beck (2010) na literatura da área diversos autores utilizam os termos esquemas, crenças nucleares, hipótese subjacente e/ou crença disfuncional como sinônimos. Knapp e Beck (2008) afirmam que os esquemas também poderiam ser denominados como crenças nucleares e seriam as raízes das interpretações automáticas distorcidas, pois agiriam como filtros que processam as informações e experiências.

No entanto, Pretzer e Beck (2010) apontam distinções entre os mesmos, apesar de os considerem intimamente relacionados. Estes autores descrevem as crenças nucleares como incondicionais, enquanto definem os esquemas como estruturas cognitivas que servem como base para classificar, categorizar e interpretar as experiências. Além disso, segundo Oliveira e Pereira (2004) afirmam que as crenças disfuncionais tem origem na interação entre fatores genéticos e exposição ao ambiente e acontecimentos traumáticos. Apesar disso, o contato com pessoas e contextos saudáveis e acolhedores podem gerar padrões mais funcionais, mesmo depois de experiências traumáticas. Nesse sentido o convívio em instituições religiosas (igreja, centro, templo) com pessoas e ambiente acolhedor pode transformar crenças nucleares desadaptadas por meio de *coping* religioso positivo. Beck (2013), por sua vez, diferencia os termos afirmando que as crenças nucleares são as ideias mais centrais que o indivíduo tem sobre si enquanto os esquemas são estruturas cognitivas dentro da mente cujo conteúdo específico são as crenças nucleares.

As crenças nucleares podem vir à tona apenas durante momentos de sofrimento psicológico e apresentarem conteúdo negativo (Beck, 2013). Essa autora afirma que as crenças nucleares negativas podem ser classificadas em três categorias, sendo: desamparo, desamor (incapacidade de ser amado) e desvalor. Wenzel, Brown e Beck (2010) apontam essas categorias como as crenças centrais mais comuns em pacientes suicidas e deprimidos.

Beck (2013) descreve os temas típicos das crenças nucleares negativas que as pessoas tendem a apresentar. Nas crenças nucleares da categoria desamparo os temas típicos presentes incluem ser ineficiente em conseguir fazer as coisas (“Eu sou inadequado”, “eu sou incompetente”, “eu não consigo fazer nada direito”), proteger-se (“Eu sou vulnerável, fraco”) e/ou realizações (“eu sou um fracasso”, “eu sou um perdedor”). As crenças nucleares da categoria desamor incluem tipicamente temas como não ser gostado, não ser desejável/atraente ou ser defeituoso (“Eu não sou querido”, “Eu sou mau – então os outros não vão me amar”, “eu vou ser abandonado”). Na categoria de crenças de desvalor o paciente acredita que é ruim, sem valor ou mesmo perigoso para outras pessoas (“Eu sou intolerável”, “Eu sou inútil”, “Eu sou ruim”). O grau de dificuldade na identificação e modificação de crenças nucleares varia de paciente para paciente. Em geral aquele que está em sofrimento emocional significativo consegue expressar suas crenças nucleares mais facilmente que outros (Beck, 2013).

Finalmente, outro conceito central da TCC para as análises das entrevistas que procedemos nessa pesquisa foi o de domínio pessoal. Segundo Beck (1979):

No centro do domínio pessoal está é o conceito de “pessoa”, o conceito de si mesmo, seus atributos físicos e características pessoais, seus objetivos e valores. Agrupado em torno do auto-conceito estão objetos animados e inanimados sob os quais faz um investimento. Os objetos normalmente incluem a sua família, amigos, posses materiais. Os outros componentes do seu domínio variam em grau de abstração: a qual

escola pertence, grupo social e nacionalidade além de valores intangíveis ou ideais sobre a liberdade, a justiça, a moralidade (Beck, 1979, p.56).

O conceito de domínio pessoal ajuda a explicar como uma pessoa pode ser fortemente afetada, quando ela percebe os eventos como adições ao seu domínio (dando origem a emoções e sentimentos positivos, como alegria, conforto, amparo) ou subtrações ao domínio (dando origem a emoções e sentimentos negativos como o medo, a ansiedade, a raiva, a tristeza, o desamparo, uma vez que tais eventos põem em risco ou colidem com o seu domínio pessoal) (Beck, 1979). Nesse caso a ideia da morte e o sofrimento do adoecimento são subtrações do domínio pessoal. Por sua vez o uso do coping religioso pode ser compreendido como um mecanismo de incremento ao domínio pessoal.

II. Objetivo:

1. Objetivo Geral

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a relação entre as visões sobre a morte e o *coping* religioso em pacientes portadores de doenças crônicas hospitalizados.

2. Objetivos Específicos

Identificar no discurso dos participantes as crenças centrais referentes ao adoecimento tendo como base o contexto da espiritualidade e religiosidade e a teoria cognitivo-comportamental.

Identificar no discurso dos participantes as crenças centrais referentes à visão dos mesmos sobre a morte, tendo como base o contexto da espiritualidade e religiosidade e a teoria cognitivo-comportamental.

III. Metodologia

1. Participantes

A amostra da pesquisa foi escolhida por conveniência. Participaram deste estudo dez pacientes com idade média de 43,2 anos (DP= 20,09), sendo seis homens (M= 55 anos; DP= 14,91) e quatro mulheres (F= 25,5 anos; DP= 7,26). Como não há interesse nessa pesquisa em relação ao tipo de doença crônica, mas sim em relação ao adoecimento crônico, *coping* religioso-espiritual e visões de morte, o número de participantes é suficiente para uma análise exploratória dos dados que se pretende proceder.

1.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes portadores de doenças crônicas, hospitalizados e que ainda tivessem, pelo menos, 03 (três) dias de internação provável depois de estabilizado, para que pudesse escolher data e horário de realização das duas sessões que constituíram a pesquisa. Os participantes foram contatados durante a internação, quando estavam estabilizados, do ponto de vista da equipe médica e psicológica que os atendiam, a fim de que pudessem decidir sobre sua adesão a pesquisa. O paciente devia ser alfabetizado.

1.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos como participantes os pacientes internados por outras condições que não doença crônica, ou que não estivessem hospitalizados. Também foram excluídos pacientes não considerados estabilizados do ponto de vista da equipe médica e psicológica que os atendia. Foram excluídos pacientes que não tinham, pelo menos, 3 dias de internação provável depois de estabilizados. Será excluído o paciente não alfabetizado.

2. Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos neste estudo, que foram aplicados em duas sessões. Em uma sessão realizou-se a entrevista audiogravada e na outra as escalas CRE e Morte foram auto-aplicadas pelo participante.

2.1. Entrevista estruturada (ANEXO A):

Instrumento composto pelos os seguintes dados gerais: sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, motivo da internação, tempo de adoecimento e internação em Unidade de Terapia Intensiva. Estes dados foram seguidos de 10 perguntas abertas. Realizou-se gravações e transcrições na íntegra do conteúdo das entrevistas. As gravações foram eliminadas após o término da pesquisa.

2.2. Escala de *Coping* religioso-espiritual breve (CRE/Breve) (ANEXO B):

Constitui-se em uma escala de 49 itens que avaliam *coping* religioso-espiritual. Seu alpha de Cronbach é de 0,93. O instrumento possui 2 dimensões: CRE Positivo (CREP) (7 fatores, 34 itens) e CRE Negativo (CREN) (4 fatores, 15 itens). Os itens tratam-se de afirmações como "*Procurei o amor e a proteção de Deus*" que devem ser julgadas numa escala likert de 5 itens: (1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo (Panzini, 2004).

Os fatores positivos da escala CRE-Breve constituem o fator CRE positivo (CREP). Define-se o CREP como os comportamentos de *coping* religioso-espiritual que abrangem estratégias que proporcionem efeito benéfico ou positivo ao praticante que variam desde procurar amor e proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais até definir o estressor como benéfico (Mizumoto, 2012).

Os sete (07) fatores positivos da escala CRE-breve são: transformação de si e/ou de sua vida (Fator P1), ações em busca de ajuda espiritual (Fator P2), oferta de ajuda ao outro (Fator P3), posição positiva frente à Deus (Fator P4), ações em busca do outro institucional (Fator P6) e busca pessoal de conhecimento espiritual (Fator P7). As definições operacionais destes fatores serão descritos a seguir.

- 1) Fator P1 – Transformação de si e/ou de sua vida: refere-se a toda transformação pessoal, uma mudança, que pode ser uma modificação interna, dada pela revisão de atitudes e comportamentos, ou externa, que inclui mudanças de direção, objetivos ou circunstâncias pessoais de vida. Esse fator avalia se a pessoa modificou a si mesmo ou à sua própria vida praticando CRE já com o objetivo de transformação ou este acontece como consequência de sua prática (Panzini, 2004).
- 2) Fator P2 – Ações em busca de ajuda espiritual: relaciona-se a todo o comportamento de *coping* religioso-espiritual realizado pela pessoa como uma procura de ajuda espiritual. Refere-se à busca no outro, seja ele indivíduo, família, instituição, de todo tipo de auxílio, como orações, tratamentos espirituais, orientações de entidades espirituais. O indivíduo procura e pratica ações em busca de maior espiritualidade ou maior conexão com o sagrado (Panzini, 2004).
- 3) Fator P3 – Oferta de ajuda ao outro: Relacionado à todo comportamento de *coping* religioso-espiritual no qual a pessoa procura ajudar outro, seja ele indivíduo, instituição, família ou sociedade. A ajuda pode manifestar-se em orações, orientação espiritual, ou atos de caridade e trabalho voluntário (Panzini, 2004).
- 4) Fator P4 – Posicionamento positivo frente à Deus: Refere-se à todo comportamento de *coping* religioso-espiritual que expõe um posicionamento

pessoal positivo frente à Deus em relação à situação, podendo manifestar-se como a busca de apoio em Deus ou de uma maior conexão com Ele (Panzini, 2004).

- 5) Fator P6 – Ações em busca do outro institucional: Relaciona-se com todo comportamento de *coping* religioso-espiritual que realiza um movimento de aproximação com o elemento institucional, referindo-se à aproximação com locais, representantes religiosos e manifestações formais e institucionalizadas das religiões (Panzini, 2004).
- 6) Fator P7 – Busca pessoal de conhecimento espiritual: Manifesta-se em todo comportamento de *coping* religioso-espiritual no qual a pessoa procura maior conhecimento religioso-espiritual, motivada por objetivos como fortalecimento espiritual em relação a um problema, ao mundo e/ou aos desígnios divinos, incremento da prática religiosa ou das próprias atitudes; procura de auxílio para lidar/ entender uma situação ou ainda a simples busca de acréscimo intelectual (Panzini, 2004).
- 7) Fator P8 – Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade: Refere-se à mudança de perspectiva pessoal em relação à situação, na qual a pessoa afasta-se do problema aproximando-se de Deus e/ou das questões religiosas/espirituais. Assim, relaciona-se a todo comportamento de *coping* religioso-espiritual realizado na busca de uma aproximação de Deus, da religião ou da espiritualidade e tem como consequência um afastamento do problema ou da situação de estresse vivenciada. No caso, trata-se de um afastamento positivo, pois a pessoa encontra um alívio temporário do problema, sem negar ou fugir do problema (Panzini, 2004).

A escala CRE-breve conta ainda como quinze itens e quatro fatores referentes ao CRE Negativo (CREN). O CREN pode ser definido como os comportamentos de *coping* religioso

espiritual que envolvem estratégias que geram consequências prejudiciais ou negativas ao indivíduo (Mizumoto, 2012). Os fatores do CREN são assim denominados: reavaliação negativa de Deus (Fator N1), posicionamento negativo frente à Deus (Fator N2), reavaliação negativa do significado (Fator N3) e insatisfação com o outro institucional (Fator N4). As definições operacionais destes fatores serão descritos a seguir.

- 1) Fator N1 – Reavaliação negativa de Deus: refere-se a todo comportamento de *coping* religioso espiritual que configura uma reavaliação cognitiva negativa da ideia que a pessoa faz de Deus, seja de suas características, comportamentos, etc, levando a questionamentos em relação a Deus e seus desígnios. Em geral, acontece acompanhado da expressão de sentimentos negativos como revolta, culpa, desamparo e mágoa contra Deus (Panzini, 2004).
- 2) Fator N2 – Posicionamento negativo frente a Deus: trata do comportamento de *coping* religioso espiritual no qual o indivíduo pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a necessidade de sua participação individual (Panzini, 2004).
- 3) Fator N3 – Reavaliação Negativa do Significado: Comportamento de *coping* religioso-espiritual que ocorre quando a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como ato e/ou consequência do Mal ou como uma punição por seus próprios atos, estilo de vida, pecados (Panzini, 2004).
- 4) Fator N4 – Insatisfação com o outro institucional: Refere-se ao comportamento de *coping* religioso espiritual através do qual o indivíduo revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional (membro, representante, líder), ou ao conjunto de crenças religiosas ou espirituais que possui (Panzini, 2004).

A Escala CRE-Breve é avaliada a partir dos Índices de Avaliação, criados a partir da análise fatorial dos itens, sendo: CRE Positivo (CREP), CRE Negativo (CREN), CRE Total e Razão CREN/CREP (Mizumoto, 2012). A avaliação dos índices é dada da seguinte forma:

- 1) CREP: indica o nível de CRE positivo praticado pelo indivíduo e é medida através das médias das questões da dimensão CREP.
- 2) CREN: indica o nível de CRE negativo praticado pelo indivíduo e é medida através das médias das questões da dimensão CREN.
- 3) CRE Total: indica o nível total de CRE praticado pelo indivíduo, é calculado através da média entre o Índice CREP e a média das respostas invertidas aos itens CREN.
- 4) Razão CREN/CREP: revela a porcentagem de CRE negativo utilizado em relação do CRE positivo, calculado pela divisão simples entre os índices (Mizumoto, 2012).

2.3. Escala Breve sobre diversas perspectivas de Morte (ANEXO C)

Foi originalmente construído por Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1977) adaptado por Barros-Oliveira e Neto (2004), possuindo 43 itens que variam segundo o grau de valorado pelo participante de: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = discordo um pouco; 4 = nem concordo nem discordo; 5 = concordo um pouco; 6 = concordo e 7 = concordo totalmente (Diniz & Aquino, 2009). A escala possui oito fatores/ dimensões com os seus respectivos alfa de Cronbach, que são: morte como sofrimento e solidão ($\alpha = 0,83$); morte como além da vida e recompensa ($\alpha = 0,94$); indiferença em face da morte ($\alpha = 0,84$); morte como desconhecido ($\alpha = 0,86$); morte como abandono ($\alpha = 0,83$); morte como coragem ($\alpha = 0,83$); morte como fracasso ($\alpha = 0,87$) e morte como um fim natural ($\alpha = 0,78$) (Diniz & Aquino, 2009). Esse instrumento apresenta as seguintes dimensões (Aquino et al., 2010):

- 1) M1 – Morte como Dor e solidão: representa a morte como um momento de agonia, isolamento, miséria, angústia e solidão;
- 2) M2 – Vida do além: aponta uma imagem da morte como uma nova vida, com satisfação, felicidade, recompensa e união com Deus;
- 3) M3 – Indiferença: indica a morte como um fenômeno indiferente ao ser humano;
- 4) M4 – Desconhecida: apresenta a perspectiva da morte como incerteza, mistério e desconhecimento;
- 5) M5 – Abandono: imagina a morte como o abandono de entes queridos e como um momento para se sentir culpado;
- 6) M6 – Coragem: concebe a morte como oportunidade para demonstrar virtudes, como enfrentar o último teste da vida;
- 7) M7 – Fracasso: indica a morte como algo que impede a realização do potencial pessoal, como por exemplo a realização de objetivos e sentido da vida;
- 8) M8 – Fim natural: sugere a morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida.

3. Procedimentos

O local da realização da pesquisa foi o leito do paciente ou uma sala disponibilizada pelo Hospital Maternidade Municipal de Uberlândia. Os pacientes foram contatados durante sua internação, quando já estavam estabilizados, do ponto de vista da equipe médica e psicológica que o atendiam, a fim de que pudessem decidir sobre sua adesão a pesquisa, em um momento que tinham condições físicas e mentais para isso. Foram selecionados participantes internados na unidade de clínica médica do referido hospital, que contava com 45 (quarenta e cinco) leitos.

A pesquisadora selecionou os pacientes internados por complicações de doenças crônicas a partir de uma primeira análise feita através do prontuário multiprofissional do paciente, que propiciou a identificação dos casos. A partir de então os pacientes foram abordados nos leitos e convidados a participar da pesquisa. Aqueles que concordaram com a participação tiveram data e hora agendados com a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, audiogravadas e depois transcritas. Ao final da pesquisa os arquivos de áudio (gravações) foram destruídos. As escalas utilizadas, Escala CRE e Escala Breve sobre diversas perspectivas de morte (Escala Morte) foram auto-aplicadas e também foram descartadas após o término da pesquisa.

Os participantes apenas responderam aos instrumentos ou foram entrevistados após os esclarecimentos sobre a pesquisa, feitos pela pesquisadora, concordância na participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

4. Aspectos Éticos

Em conformidade com a Resolução 196 do Ministério da Saúde, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta as normas a serem seguidas e observadas na pesquisa envolvendo seres humanos, cada participante foi informado sobre objetivos, métodos, benefícios potenciais advindos da participação no estudo e também foi esclarecido do resguardo de sua liberdade de participar ou não da pesquisa ou dela se retirar a qualquer momento, sendo garantidos o sigilo e o anonimato. Dessa forma, mediante a concordância dos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias, no qual foi especificado os aspectos anteriormente ressaltados, ficando o participante com uma via e a outra com a pesquisadora.

IV. Resultados

1. Análise e Descrição da Amostra

A amostra foi selecionada entre os pacientes adultos, de ambos os sexos, alfabetizados, portadores de qualquer tipo de doença crônica, hospitalizados em função de complicação da doença que portam. Na Figura 1, pode-se observar a caracterização da amostra em função da patologia principal motivadora da internação hospitalar (doença crônica).

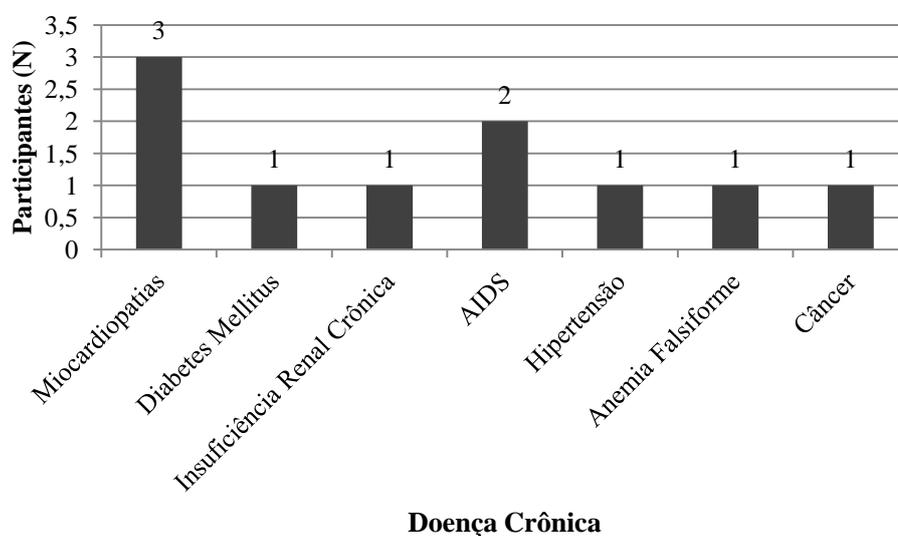


Figura 01: Caracterização da Amostra conforme doença crônica

A caracterização dos participantes conforme perfil da internação hospitalar, apresentado na Figura 1, indicou 30% (N=3) de internados por miocardiopatias e 20% (N= 2) hospitalizados por complicações da AIDS. Os 50% restantes (N=5) foram hospitalizados por doenças crônicas diversas, sendo: 10% (N=1) por diabetes *mellitus*, 10% (N=1) por insuficiência renal crônica dialítica, 10% (N=1) por hipertensão e obesidade, 10% (N=1) por anemia falsiforme e os 10% restantes (N=1) devido a um quadro de câncer.

As tabelas apresentadas a seguir pretendem fazer uma descrição/ caracterização mais detalhada da amostra.

Tabela 1: Caracterização Geral da Amostra

PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	ENTREVISTA	ESCALA CRE	ESCALA MORTE
Participante 1	M	57	Ens. Fundamental	Solteiro	Sem religião	NÃO	SIM	SIM
Participante 2	M	67	Ens. Fundamental	Casado	Católico	NÃO	SIM	SIM
Participante 3	M	42	Ens. Fundamental	Solteiro/ amasiado	Católico	SIM	SIM	SIM
Participante 4	F	20	Ens. Médio incompleto	Amasiada	Católico	SIM	SIM	SIM
Participante 5	M	33	Ens. Médio incompleto	Solteiro	Sem religião	SIM	SIM	SIM
Participante 6	F	38	Superior incompleto	União estável	Espírita	SIM	SIM	SIM
Participante 7	M	53	Ens. Fundamental	Casado	Católico	SIM	SIM	NÃO
Participante 8	F	22	Ens. Médio	Casada	Católico	NÃO	SIM	SIM
Participante 9	F	22	Ens. Médio	Solteira	Evangélica - congregação cristã	NÃO	SIM	SIM
Participante 10 (líder religioso)	M	78	Ens. Médio	Casado	Testemunha de Jeová	SIM	SIM	NÃO

Tabela 2: Caracterização da Amostra conforme Doença Crônica

PARTICIPANTE	Diagnóstico Principal	Motivo da internação/ Histórico	Tempo de Adoecimento
Participante 1	Diabetes Mellitus	Insuficiência renal crônica dialítica. Paciente portador de diabetes <i>mellitus</i> , evoluiu com insuficiência renal dialítica, descoberta na internação. Aguardava vaga de hemodiálise.	30 dias
Participante 2	Insuficiência Renal Crônica Dialítica	Perda de possibilidade de diálise peritoneal (realizava em domicílio). Hipertensão e insuficiência renal crônica em hemodiálise há 2 anos.	2 anos
Participante 3	Miocardiopatia Chagásica	Edema Pulmonar e pneumonia.	30 dias
Participante 4	Miocardiopatia Puerperal	Dispneia causada por insuficiência cardíaca, com origem gestacional. Diabetes <i>mellitus</i> há 10 anos.	30 dias
Participante 5	AIDS	Pneumocistose.	5 anos
Participante 6	AIDS	Insuficiência Renal Aguda provocada por reação adversa a terapia antirretroviral.	60 dias
Participante 7	Hipertensão e Obesidade	Infarto agudo do miocárdio	4 anos
Participante 8	Miocardiopatia Periparto	Dispneia e insuficiência respiratória aguda. Doença hipertensiva específica da gestação. Gestação de gemelares. Miocardiopatia periparto.	15 dias
Participante 9	Anemia Falciforme	Crise falcêmica, pneumonia comunitária grave e infecção de urina.	18 anos
Participante 10 (líder)	Câncer	Dor abdominal que evoluiu com Insuficiência respiratória e septicemia. História de câncer gástrico. Insuficiência renal crônica e diabetes <i>mellitus</i> .	5 anos

A Tabela 1 apresenta a caracterização Geral da Amostra, contendo dados gerais, como sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, tipo de instrumento respondido (Entrevista, Escala CRE e Escala Morte) e se houve necessidade de internação em UTI. Por sua vez, a Tabela 2 demonstra a caracterização da amostra conforme motivos da internação hospitalar e relata o histórico hospitalar de cada participante.

Pode-se observar que 40% da amostra (N=4) apresenta como nível de instrução o nível Fundamental, 20% (N=2) apresenta Ensino Médio Incompleto, 30% (N=3) Ensino Médio Completo e 10% (N=1) Superior Incompleto. Em relação ao estado civil, 30% são solteiros (N=3), 40% casados (N=4) e 30% referiram união estável/ amasios (N=3).

A amostra também pode ser caracterizada conforme a religião dos participantes. Católicos constituíram 50% da amostra (N=5), 20% (N=2) referiram-se como sem religião. Dos 30% restantes, 10% (N=1) declararam-se espíritas, 10% (N=1) evangélicos e outros 10% (N=1) Testemunha de Jeová. A caracterização dos participantes conforme confissão religiosa está apresentada na Tabela 01.

Esse estudo questionou ainda o tempo de adoecimento em relação à doença crônica que motivou a internação hospitalar. Para o cálculo aqui apresentado o tempo de adoecimento dos participantes foi convertido em meses. O tempo médio de adoecimento foi de 41,35 meses (DP = 66,37 meses), com mediana de 3 meses.

Durante a internação, 70% dos participantes (N=7) passaram por internação na Unidade de Terapia Intensiva, antes do contato com o entrevistador. Os 30% (N=3) restantes tiveram internação apenas na unidade de Clínica Médica (enfermaria).

Em relação à participação nesse estudo, todos os participantes responderam à Escala CRE (100%, N=10), nove responderam à Escala Morte, no entanto, uma escala foi devolvida incompleta, o que constituiu um total de oito respondentes para essa escala (80%, N=8). Em relação à entrevista, ela foi aplicada a apenas seis participantes (60%, N=6). A perda dos

participantes deu-se em função de altas hospitalares ou piora clínica. A distribuição dos participantes conforme instrumento está ilustrado na Tabela 01.

2. Análise e Descrição das Escalas

2.1. Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Breve (CRE-Breve)

Constitui-se em uma escala de 49 itens que avaliam *coping* religioso-espiritual, divididos em duas dimensões: CRE Positivo (CREP), composta por sete fatores (34 itens) e CRE Negativo (CREN), com quatro fatores (15 itens). A escala CRE Breve foi respondida por todos os dez (10) participantes da amostra. Os escores de cada participante em relação aos fatores positivos e negativos da escala estão apresentados na Tabela 03. Para cada fator foram calculados a média e desvio padrão (DP) referentes aos participantes pesquisados, de modo que o comportamento da amostra pudesse ser analisado em relação aos fatores.

Tabela 3: Comportamento da Amostra quanto aos Fatores da Escala CRE-breve

Participante	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P8	N1	N2	N3	N4
1	2,444	2	2,2	3,2	3,25	2,667	1,667	3,4	3	2,667	3
2	4,333	3,6	4	3,4	4	2,333	5	1	5	2,333	1,5
3	2,667	1,8	1,8	2,8	1,75	1,667	3	1	2,667	1,667	1,5
4	3,889	1,2	3,2	3	2,75	3,333	3,667	2	3	3,667	1
5	4,889	4,2	2,4	3,4	3,5	3,333	5	1,6	1	5	1,75
6	4,556	5	2,8	3,2	2	1	4,667	1	2	5	1
7	3,889	1,6	2,6	3,2	1,5	1	4,333	1,2	2,667	2,667	1
8	3,556	2	1,2	3	1	1,667	5	1,4	3,333	2,333	2,75
9	4,111	1,4	1,4	3,4	2,75	2	4,667	2	4,667	3,667	2,25
10	3,222	1,6	4,4	3,4	1,5	4,667	4,333	1	4	3	1
Média	3,756	2,44	2,6	3,2	2,4	2,367	4,133	1,56	3,133	3,2	1,675
Desvio Padrão	0,792	1,326	1,046	0,211	0,994	1,16	1,08	0,759	1,199	1,124	0,755

Para a análise dos escores médios de cada fator foram utilizados os parâmetros propostos por Valcanti et al. (2012), sendo: irrisório (1,00 a 1,50), baixo (1,51 a 2,50), médio (2,51 a 3,50), alto (3,51 a 4,50) e altíssimo (4,51 a 5,00).

Assim, pode-se observar na amostra escores médios baixos nos fatores P2 (\bar{X} = 2,44 e DP = 1,326), P6 (\bar{X} = 2,4 e DP = 0,999), P7 (\bar{X} = 2,367 e DP = 1,16), N1 (\bar{X} = 1,56 e DP = 0,759) e N4 (\bar{X} = 1,675 e DP = 0,755); escores médios nos fatores P3 (\bar{X} = 2,6 e DP = 1,046), P4 (\bar{X} = 3,2 e DP = 0,211), N2 (\bar{X} = 3,133 e DP = 1,199) e N3 (\bar{X} = 3,2 e DP = 1,1124); além de escores altos para os fatores P1 (\bar{X} = 3,756 e DP = 0,792) e P8 (\bar{X} = 4,133 e DP = 1,08). Na amostra analisada não foram encontrados escores médios irrisórios ou altíssimos para nenhum fator, apesar destes resultados serem encontrados individualmente.

Os baixos escores nos fatores positivos P2, P6 e P7 evidenciam a pouca prática de ações em busca de ajuda espiritual (P2), de busca/ aproximação da instituição religiosa (P6), ou de procura pessoal por conhecimento espiritual (P7).

Os baixos escores nos fatores negativos N1 e N4 apontam também que o adoecimento e internação hospitalar não provocaram uma reavaliação cognitiva negativa da ideia que a pessoa faz de Deus, ou questionamento de seus desígnios, assim como não houve a demonstração de sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com representantes institucionais ou mesmo com suas próprias crenças religiosas ou espirituais.

O parâmetro médio verificado para os fatores positivos P3 e P4 indicam que os houve a realização de comportamentos de oferta de ajuda ao outro (P3) e posicionamento positivo frente a Deus, manifesto na busca de apoio em Deus ou maior conexão com Ele (P4). O parâmetro médio verificado para os fatores N2 e N3 indicam também a presença de comportamentos de *coping* religioso espiritual nos quais o indivíduo pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a necessidade de sua participação individual (N2), assim como há, em certa medida, a

reavaliação negativa do significado da situação como ato e/ou consequência do Mal ou como uma punição por seus próprios atos, estilo de vida, pecados (N3).

Por sua vez, foram verificados escores altos para os fatores positivos P1 e P8, evidenciando a elevada utilização de comportamentos de coping religioso-espiritual relacionados com um processo de transformação pessoal, que pode ser uma modificação interna, dada pela revisão de atitudes e comportamentos, ou externa, que inclui mudanças de direção, objetivos ou circunstâncias pessoais de vida (P1). Evidencia, ainda, uma mudança de perspectiva pessoal em relação à situação, na qual a pessoa afasta-se do problema aproximando-se de Deus e/ou das questões religiosas/espirituais, tratando-se de um afastamento positivo, pois a pessoa encontra um alívio temporário do problema, sem negar ou fugir do mesmo (P8).

Para os índices CREP, CREN, razão CREN/CREP e CRE Total da escala também foram calculados a média e desvio padrão (DP) referentes aos participantes pesquisados, de modo que o comportamento da amostra pudesse ser analisado em relação a esses índices. Os escores de cada participante em relação aos índices CREP, CREN, razão CREN/CREP e CRE Total da escala, assim como as médias e desvio padrão, estão apresentados na Tabela 04.

Tabela 4: Comportamento da Amostra quanto aos Índices da Escala CRE-breve

	CREP	CREN	CREN/ CREP	CRE Total
Participante 1	2,5	3,067	0,541	2,683
Participante 2	3,882	2,2	0,25	3,675
Participante 3	2,265	1,6	0,312	3,466
Participante 4	3,059	2,267	0,327	3,496
Participante 5	3,912	2,2	0,248	3,923
Participante 6	3,559	2	0,248	3,779
Participante 7	2,765	1,733	0,277	3,616
Participante 8	2,559	2,333	0,402	3,179
Participante 9	2,912	2,933	0,444	3,023
Participante 10	3,206	2	0,275	3,703
Média	3,062	2,233	0,332	3,454
Desvio Padrão	0,575	0,466	0,099	0,383

Os mesmos parâmetros adotados para a análise e comportamento da amostra para os fatores do instrumento também foram utilizados para a análise dos índices CREP, CREN e CRE Total. Assim, observamos uma baixa utilização de CREN (média = 2,233 e DP = 0,466), utilização média de CREP (média = 3,062 e DP = 0,575) e CRE Total (média = 3,454 e DP = 0,383).

Em relação ao comportamento individual dos participantes, observa-se que em relação ao índice CREP 20% da amostra (N = 2) apresentou escore baixo; 50% (N=5) apresentou escore médio e 30% (N= 3) apresentou escore alto.

No índice CREN, no entanto, o comportamento da amostra concentrou-se no escore baixo - 90% (N=9) dos participantes atingindo este índice, sendo que apenas 10% (N=1) apresentou escore médio para este índice, indicando a baixa utilização de CRE negativo pelos indivíduos durante a internação hospitalar, como estratégia de coping.

Em relação ao CRE Total, podemos observar que 50% dos participantes (N = 5) apresentaram escores médios para este índice, e os demais 50% (N = 5) apresentaram escores altos, sugerindo a utilização de CRE pelos indivíduos durante a internação hospitalar, como estratégia de coping.

Como a razão CREN/CREP revela a porcentagem de CRE negativo utilizado em relação do CRE positivo, calculado pela divisão simples entre os índices, não se aplicando a este os parâmetros acima descritos. O valor médio encontrado ($CREN/CREP = 0,332$) aponta para a maior utilização de CREP em relação ao CREN pelos participantes da pesquisa.

2.2. Escala Breve sobre diversas perspectivas de Morte

Constitui-se em uma escala de 43 itens, divididos em oito dimensões. Nesse estudo, foi respondida por oito (8) dos participantes da amostra. Os escores de cada participante em relação às dimensões da escala estão apresentados na tabela 05 (valores absolutos). Para cada

dimensão foram calculados a média e desvio padrão (DP), referentes aos participantes pesquisados.

Tabela 5: Dimensões da Escala Breve sobre Diversas Perspectivas de Morte por participante.

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Participante 1	22	20	14	20	8	20	20	13
Participante 2	35	24	30	33	26	36	26	22
Participante 3	22	20	21	24	16	24	20	22
Participante 4	39	32	17	32	24	30	19	24
Participante 5	9	16	19	30	5	17	6	22
Participante 6	9	17	10	37	11	16	9	28
Participante 8	38	21	13	29	31	34	35	20
Participante 9	20	31	17	24	16	19	18	22
Média	24,25	22,63	17,63	28,63	17,13	24,5	19,13	21,63
Desvio Padrão	12,04	5,999	6,093	5,605	9,172	7,856	9,078	4,207
Média/ Itens	4,04	3,78	3,53	4,77	3,43	4,08	3,83	5,41

Verificou-se que as dimensões que apresentaram as maiores somatórias dos itens foram, em ordem decrescente: M4 (28,63), M6 (24,50), M1 (24,25) e M2 (22,63). No entanto, as dimensões da referida escala apresentam um número de itens diferente, portanto, calculou-se a médias pelo número de itens da escala, o que alterou a ordem dos fatores referentes à somatória dos itens/número de item, tendo sido encontrada a seguinte classificação: M8 (\bar{X} = 5,41), M4 (\bar{X} = 4,77), M6 (\bar{X} = 4,08), M1 (\bar{X} = 4,04), M7 (\bar{X} = 3,83), M2 (\bar{X} = 3,78), M3 (\bar{X} = 3,53) e M5 (\bar{X} = 3,43). Assim, as dimensões M8 – Morte como fim natural, M4 – Morte como desconhecida, M6 – Morte como coragem e M1 – Morte como dor e solidão foram as dimensões que obtiveram maiores médias na amostra pesquisada.

Em relação ao desvio padrão, as dimensões que apresentaram menor desvio e, portanto, apresentaram uma distribuição mais homogênea entre os participantes foram: M8- morte como fim natural (DP = 4,207), M4 – morte como desconhecida (DP = 5,605) e M2 morte como passagem para uma nova vida no além (DP = 5,999).

Nota-se, portanto, que as dimensões M8 – Morte como fim natural e M4 – Morte como desconhecida são as dimensões que apresentaram maior média e menor desvio padrão, o que sugere que esta amostra apresenta uma percepção da morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida, porém vislumbrada da perspectiva incerteza, mistério e desconhecimento. Assim, apesar da visão de morte como natural, ou seja, como algo que faz parte do ciclo vital, ela também é vista da perspectiva do desconhecido e misterioso.

2.3. Análise da Correlação entre as Escalas

As escalas CRE-Breve e Escala Morte foram submetidas a análise de correlação de Spearman, sendo utilizado para tal o programa Microsoft Office Excel.. Através da análise correlacional realizada observou-se a existência de diversas correlações entre os fatores e índices da Escala CRE-Breve e as dimensões da Escala Morte, conforme ilustrado na tabela 06 e descrito na sequência. Os resultados encontrados estão discriminados na Tabela 06 a seguir.

Tabela 6: Correlações entre as Escalas CRE-Breve e Escala Morte

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
P1	n/s	n/s	n/s	0,755634	n/s	n/s	n/s	0,677993
P2	-0,59	-0,69	n/s	0,650171	n/s	n/s	n/s	n/s
P3	n/s	n/s	0,53	0,588642	n/s	n/s	n/s	n/s
P4	n/s							
P6	n/s	n/s	0,59	n/s	n/s	n/s	n/s	n/s
P7	n/s							
P8	n/s	n/s	n/s	0,674772	n/s	n/s	n/s	0,629523
N1	n/s	n/s	n/s	-0,65704	n/s	n/s	n/s	-0,76685
N2	0,59	0,65	n/s	n/s	0,611082	0,566127	0,641499	n/s
N3	0,63	n/s	n/s	n/s	n/s	-0,63627	n/s	0,502614
N4	n/s	n/s	n/s	-0,72463	n/s	n/s	n/s	-0,85299
CREP	n/s	n/s	n/s	0,714951	n/s	n/s	n/s	n/s
CREN	n/s	n/s	n/s	-0,50826	n/s	n/s	n/s	-0,62483
CREN/ CREP	n/s	n/s	n/s	-0,80592	n/s	n/s	n/s	-0,7878
CRE								
Total	n/s	n/s	n/s	0,794473	n/s	n/s	n/s	0,765045

Legenda: n/s = Não Significativo

De acordo com a tabela, verificou-se a existência das seguintes correlações:

- Correlação positiva do fator P1 (Transformação de si e/ou de sua vida) com dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como Fim natural), indicando que quanto mais a pessoa busca modificar a si mesmo ou à sua própria vida praticando CRE, mais percebe a morte como incerteza, mistério e desconhecimento ou como algo que faz parte do ciclo natural da vida.
- Correlação negativa do fator P2 (Ações em busca de ajuda espiritual) com as dimensões M1 (Morte como Dor e solidão) e M2 (Morte como Vida do além), indicando que quanto mais o indivíduo procura e pratica ações em busca de maior espiritualidade ou maior conexão com o sagrado, buscando no outro, (família, instituição religiosa, qualquer tipo de auxílio, como orações, tratamentos espirituais, menos percebe a morte como um momento de agonia, isolamento, miséria, angústia e solidão. Verifica-se ainda que quanto mais ele busca apoio e ajuda espiritual, menos percebe da morte como uma nova vida, que proporcionaria satisfação, felicidade, recompensa e união com Deus. Possivelmente essas experiências positivas já estão asseguradas pela conexão com o sagrado e com os outros que lhe são significativos.
- Correlação positiva do fator P2 (Ações em busca de ajuda espiritual) com a dimensão M4 (Morte como Desconhecida) indica que quanto mais o indivíduo procura e pratica ações em busca de maior espiritualidade ou maior conexão com o sagrado, buscando no outro, (família, instituição, qualquer tipo de auxílio, como orações, tratamentos espirituais), mais enxerga a morte como incerteza, mistério e desconhecimento. Logo, o mistério da morte, por sua vez, parece favorecer a busca pela conexão com o sagrado e com os “outros” significativos, possivelmente como um mecanismo de compensação.

- Correlação positiva do fator P3 (Oferta de ajuda ao outro) com as dimensões M3 (Morte como Indiferença) e M4 (Morte como Desconhecida) indica que quanto mais presentes os comportamentos de coping relacionados com a oferta de auxílio à outra pessoa, seja em forma de orações, atos de caridade ou participação em ações institucionais relacionadas ao auxílio ao próximo, maior a visão da morte como um fenômeno indiferente. Assim como maior é a visão da morte como mistério ou incerteza. Ao que parece o auxílio concreto do outro significativo favorece uma indiferença em relação a morte e ao morrer, bem como fortalece a visão da morte como algo misterioso e desconhecido.
- Correlação positiva do fator P6 (Ações em busca do outro institucional) com a dimensão M3 (Morte como Indiferença) indica que quanto maior a presença de comportamentos de coping relacionados com aproximação institucional, seja com locais, líderes religiosos ou manifestações formais da religião maior é a visão da morte como um fenômeno indiferente ao ser humano. Assim a conexão com o grupo e com a prática religiosa institucionalizada favorece sentimentos de indiferença em relação a morte e o morrer.
- Correlação positiva do fator P8 (Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade) com as dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como fim natural) demonstra que quanto maior a presença dos comportamentos de coping realizados na busca de aproximação com Deus, com a religião ou espiritualidade e que afastam o indivíduo do problema, maior a visão da morte como algo que faz parte do ciclo da vida.
- Correlação negativa do fator N1 (Reavaliação negativa de Deus) com as dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como Fim natural) indica que quanto maior a presença de comportamentos de coping que provoquem uma reavaliação

negativa de Deus menor é a percepção da morte como incerteza, mistério ou desconhecimento. Esta correlação sugere que quando Deus é a fonte da dor e do mal na percepção da pessoa, o que a espera é algo certamente indesejado.

- Correlação positiva do fator N2 (Posicionamento negativo frente a Deus) com as dimensões M1 (Morte como Dor e solidão), M2 (Morte como Vida do além), M5 (Morte como Abandono), M6 (Morte como Coragem) e M7 (Morte como Fracasso). O Fator N2 trata do comportamento de coping religioso espiritual no qual o indivíduo pede ou simplesmente espera que Deus tome o controle da situação e se responsabilize por resolvê-la, sem a necessidade de sua participação individual. Observou-se que a utilização deste comportamento de coping correlaciona-se positivamente com a representação a morte como um momento de agonia, isolamento, miséria, angústia e solidão; com a crença da morte como uma nova vida, com satisfação, felicidade, recompensa e união com Deus, assim como a imagem da morte como o abandono de entes queridos e como um momento para se sentir culpado. Este comportamento também está ligado à visão da morte como oportunidade para demonstrar virtudes, como enfrentar o último teste da vida e ainda pode indicar a morte como algo que impede a realização do potencial pessoal, como por exemplo, a realização de objetivos e sentido da vida. Essas associações podem significar que se Deus determina o destino do indivíduo, pode determiná-lo para o bem ou para o mal dado que a pessoa permaneceria passiva frente aos acontecimentos controlados por Deus.
- Correlação positiva do fator N3 (Reavaliação Negativa do Significado) com as dimensões M1 (Morte como Dor e solidão), M8 (Morte como Fim natural) indica uma relação diretamente proporcional dos comportamentos de coping religioso-espiritual que ocorrem quando a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como ato e/ou consequência do Mal ou como uma punição por seus próprios atos, estilo de

vida e pecados com a ideia da morte como um momento de agonia, isolamento, miséria, angústia e solidão e ainda com a ideia da morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida. Essa associação indica que quando a pessoa interpreta a doença como consequência do Mal ou como punição por ações passadas que julgou nocivas a morte é um agente punidor esperado.

- Correlação negativa do fator N3 (Reavaliação Negativa do Significado) com a dimensão M6 (Morte como Coragem) demonstra associação inversa entre comportamentos de coping religioso-espiritual que ocorrem quando a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como ato e/ou consequência do Mal ou como uma punição por seus próprios atos, estilo de vida, pecados com a percepção da morte como oportunidade para demonstrar virtudes, como enfrentar o último teste da vida. Trata-se de uma relação na qual se julga que se a pessoa adoeceu (situação) em consequência de seu mal comportamento é porque tem pouca virtude para enfrentar situações decisivas e irreversíveis como a morte.
- Correlação negativa do fator N4 (Insatisfação com o outro institucional) com as dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como Fim natural) demonstrando uma associação entre os comportamentos de coping religioso espiritual através dos quais o indivíduo revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional (membro, representante, líder), ou ao conjunto de crenças religiosas ou espirituais que possui com as perspectivas da morte como incerteza, mistério e desconhecimento e da morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida. Essa relação indica que quanto mais insatisfeito com o aspecto formal de sua religião, que inclusive passa pela educação na fé maior a incerteza quanto a morte como um fim natural e seus aspectos escatológicos.

- Correlação positiva do índice CREP (coping religioso positivo) com a dimensão M4 (Morte como Desconhecida) indicando que a prática do CREP pelo indivíduo relaciona-se com uma perspectiva da morte como incerteza, mistério e desconhecimento. Essa relação indica que o uso frequente de estratégias religiosas positivas implica em uma visão igualmente intensa da morte como um mistério. Logo se é algo desconhecido melhor ampliar o uso das estratégias saudáveis conhecidas.
- Correlação negativa do índice CREN com a dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como Fim natural) indicando que a prática do CREN pelo indivíduo relaciona-se negativamente com as perspectivas da morte como incerteza, mistério e desconhecimento e ainda como algo que faz parte do ciclo natural da vida. Essa relação indica que o uso frequente de estratégias religiosas negativas implica em uma menor intensidade da visão da morte como um mistério. Logo se a morte é algo desconhecido parece melhor não usar estratégias negativas de enfrentamento.
- Correlação negativa do índice CREN/CREP com a dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como Fim natural) demonstrando que quanto maior a prevalência do CREP em relação ao CREN menor a visão da morte como incerteza, mistério e desconhecimento e também como algo que faz parte do ciclo natural da vida.
- Correlação positiva do índice CREt com as dimensões M4 (Morte como Desconhecida) e M8 (Morte como Fim natural) indicam que quanto maior a utilização de comportamentos de coping religioso-espiritual pelo indivíduo mais este possui a perspectiva da morte como como incerteza, mistério e desconhecimento, mas também como como algo que faz parte do ciclo natural da vida. Deste modo, os comportamentos de coping não excluem a visão da morte como mistério e incerteza, mas apesar dessa perspectiva a morte é vista também como parte do ciclo da vida.

3. Análise da Entrevista

Os participantes da pesquisa também foram submetidos a uma entrevista sobre os temas morte e *coping* religioso-espiritual. Este instrumento foi composto por dados gerais dos participantes (sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, motivo da internação, tempo de adoecimento e internação em Unidade de Terapia Intensiva), seguidos de 10 perguntas abertas (ANEXO A). Foram realizadas gravações e transcrições na íntegra do conteúdo das entrevistas. As entrevistas transcritas estão disponíveis no Anexo D. As gravações serão eliminadas após o término da pesquisa.

Para a análise do conteúdo das entrevistas optou-se por uma análise cognitiva Beckiana das respostas de cada participante ao invés da perspectiva da Análise Comportamental do Discurso (ACD). Se tomássemos a perspectiva da Análise Comportamental do Discurso (ACD), notaríamos uma prevalência de comportamentos de tato aos demais operantes verbais do discurso. A análise comportamental do discurso pressupõe que o discurso é um conjunto de operantes verbais com certas propriedades, sendo os operantes verbais as próprias ações dos falantes em interação com ouvintes e as consequências providas por ouvintes desta interação. Os operantes verbais do discurso podem ser definidos operacionalmente e são: mandos, tatos, intraverbais e autoclíticos (Borloti, Iglesias, Dalvi & Silva, 2008).

A análise Beckiana pareceu oferecer mais recursos para a compreensão do fenômeno *coping* religioso-espiritual, pois, conforme será apresentado há uma prevalência de crenças de desamparo com ênfase na vulnerabilidade nas cinco questões relativas ao CRE. Analisou-se a presença de crenças nucleares adaptadas e desadaptadas : crenças de amor/desamor, valor/desvalor e amparo/desamparo.

Em relação às cinco questões cujo tema é a morte, a análise teve como base as dimensões da Escala breve sobre diversas perspectivas de morte, também utilizada nesse

estudo, buscando-se identificar as crenças dos participantes e associá-las a alguma dimensão da escala citada.

Com relação à primeira pergunta “Em sua opinião sua espiritualidade pode influenciar sua saúde para melhor, como?” apenas um participante nega acreditar na influência da religiosidade/ espiritualidade na saúde e reforça do papel das emoções e sentimentos no enfrentamento da situação apresentada, citando explicitamente o modelo cognitivo beckiano no qual se pressupõe que a natureza do pensamento influencia o comportamento e as emoções:

“Eu acho que não... porque eu sou muito emocional e dependendo do que eu tiver pensando, do que eu vê ou se eu tiver nervosa acaba comigo... eu me desmancho em lágrima, eu grito, eu brigo, eu me escondo, aí eu caço qualquer buraco pra me infia eu acho que isso não é bom pra mim não” (Participante 04).

Os demais participantes salientam a influência positiva da religiosidade/ espiritualidade na saúde, ficando evidente nas respostas o amparo promovido pela religião:

“Tem sim, pra melhor, né. Eu creio e tenho muita fé. Eu creio muito”. (Participante 03).

“ Sim, pode influenciar sim. A gente que tá debilitado, com ... a gente fica assim muito ... muito sensível em relação à espiritualidade mesmo. Eu acho assim que eu no meu caso eu acredito que eu fui salva pela espiritualidade”. (Participante 06).

“Pra melhor, isso. Pode”. (Participante 10).

Dentre os participantes que reforçaram a influência positiva e a religiosidade como fonte de amparo, dois deles também fazem referência à participação em atividades religiosas como fonte de amparo, assim como a ausência destas é percebida como fonte de desamparo:

“A minha doença no caso todos os males que me causaram foi porque eu tava muito distante de muita coisa da espiritualidade e isso como na minha religião que eu acredito foi acarretando muita coisa ruim, muita negatividade, por isso que eu vim pará aqui no hospital” (Participante 06).

“Que a gente deixa muito a desejar, é isso mas não frequenta, não segue não faz nada” (Participante 07).

A segunda questão questionou a influência da espiritualidade na piora da saúde física: “Em sua opinião sua espiritualidade pode influenciar sua saúde para pior, como?”. A maioria dos participantes entrevistados negaram a influência da religiosidade no comprometimento da saúde física, reforçando a religiosidade e espiritualidade como fonte de amparo e segurança.

“Não. Pra melhor!” (Participante 03).

“Não, pra pior também não” (Participante 04).

“Pra melhor também. (E para pior?). Não, acho que não” (Participante 10).

Apenas um participante refere acreditar na influência negativa da espiritualidade/religiosidade na saúde:

“Pode. Pode sim. É ... Eu acho que quem usa a espiritualidade pra ... pás pessoas que desejam mal pros outros, as pessoas que tem alguma mágoa e deseja, é isso ai, desejam mal, que num qué vê uma pessoa bem. Isso tudo, isso tudo, isso tudo emana muita energia negativa, eu penso. Então ela te prejudica sim (Participante 06).

A terceira questão foi: “Durante esse período de internação você realiza/ realizou alguma prática religiosa ou espiritual? Conte-me”. A pergunta visava investigar as práticas religiosas durante a internação, em uma tentativa de identificar as estratégias de *coping*

religioso espiritual utilizadas pelos entrevistados. Em sua resposta apenas um participante negou a utilização de práticas religiosas e espirituais durante a internação:

“Eu fui 39 anos ancião. Ancião é de, é que colida a humanidade, né. Mas tenho 43 anos de batizado. (E aqui, nessa internação no hospital você faz alguma coisa da religião?) Não, não faço” (Participante 10).

Os demais participantes referiram o uso da oração e demonstram a fé como fonte de amparo:

“Eu sempre carregava um terço comigo na minha cama do hospital. Então é pra melhor. (...) Eu rezo, rezo sim, eu rezo do meu jeito, eu peço a Deus, Jesus Cristo, né, é, pra correr tudo bem comigo, pra iluminar meus passos aonde eu ‘tô” (Participante 03).

“Oração. Eu peço sempre a Deus, eu oro todos os dias” (Participante 04).

“Só as orações mesmo, muita fé em Deus. Pratica espiritual não, só as minhas orações, mesmo” (Participante 06).

“Eu rezo, rezo sempre né, comigo só e com Deus” (Participante 07).

A quarta pergunta questionava a crença da pessoa sobre a influência das orações e boas energias na melhora do próprio paciente: “Você acredita que as orações e as boas energias das pessoas podem influenciar sua melhora, como?”. Aqui todos os pacientes entrevistados afirmaram acreditar na influência das orações e energias positivas em sua recuperação, porém, quanto à fonte dessa energia os participantes ficam divididos pois metade deles refere acreditar na influência da fé pessoal para a recuperação, enquanto a outra metade cita o papel positivo da fé e das orações de terceiros na sua recuperação, conforme exemplos a seguir:

“Com certeza. Porque eu acho assim, que a própria Bíblia fala que aquele que pedires com fé tudo acontece, então como eu falei que eu acredito na Bíblia, eu creio que acontece sim. E oração é uma coisa assim, tão forte, que a partir do momento que você crê realmente em Deus e pede com fé, acontece, com aquele que crê”
(Participante 05).

“Pode e influenciou, né. Por isso que eu tô aqui te dando essa entrevista. Energia, as energias boas, os bons fluidos, todo mundo com o mesmo pensamento. Foi uma, foi todo mundo pedindo, todo mundo. Eu senti isso, entendeu, eu senti que eu fui salva”
(Participante 06).

A quinta questão, por sua vez, avaliou a crença da pessoa sobre a influência das maldições e más energias na piora do próprio paciente: “Você acredita que as maldições e as más energias das pessoas podem influenciar sua piora, como?”. Nessa questão apenas um participante nega a influência das más energias na sua piora. Ele faz referência a Deus como fonte de proteção e amparo, como pode ser notado em sua fala:

“De jeito nenhum. Não tenho. Não existe maldições, não existe as más, esse negócio não existe. Você tem que crer. Você tem que ter fé. Então é esse negócio de você chegar achar que o vizinho “tá” te olhando com olho, isso não é verdade, né. É só por nas mãos de Deus e eu não acredito nisso não” (Participante 03).

Todos os outros cinco entrevistados acreditam na influência negativa de maldições e más energias:

“Pode. Eu acredito que pode. Ah! Eu não sei explicar como mas as pessoas jogam muita praga, é igual eles fala praga de mãe pega né? Praga de outras pessoas

também, olho gordo, inveja, isso tudo pode destruir. Eu acredito que sim”
(Participante 04).

“Com certeza sim. Tem muita gente que finge ser seu amigo, finge gostar de você mas só pelo que você tem, só pelo que você tem pra oferecer” (Participante 05).

“Pode. Se você ‘tive’, se você não ‘tive’ com seu, sua energia, você não ‘tiver’ consciente de que você está bem, você tem que ‘tá’ firme. É o orai e vigiai. Porque é um ‘pouquim’, é uma brechinha que você ‘deixá’. Eu creio sim. A energia negativa afeta sim” (Participante 06).

“Também, pode também. Existe muitas pessoas más, às vezes gosta de fazer o mal aos outros” (Participante 07).

“Pode. ‘Vamo’ supor uma pessoa macumbeira, ou uma pessoa que meche com essas coisas que a Bíblia condena, ‘atrapaia’ a nossa vida. Se ‘nóis deixá, atrapaiá”
(Participante 10).

Nas respostas dadas a essa questão podemos identificar a presença de crenças de influência de “pragas e maldições”. Percebe-se também a visão negativa do outro como ruim/malvado/ falso (tríade cognitiva – visão do outro). Esse outro é visto como alguém que finge uma boa intenção, como alguém que tem prazer em fazer o mal ou como alguém que “escolhe” fazer o mal por optar por práticas religiosas supostamente condenadas pela Bíblia, numa clara alusão ao preconceito e intolerância religiosa. A fala dos participantes também reforça que para que esse mal acarrete um prejuízo para o indivíduo que o “recebe” precisa de certa forma permitir que isso aconteça, assim a influência da maldade estaria ligada à fraqueza do indivíduo (crença de desamparo).

As questões seguintes visavam identificar as crenças sobre a morte e o morrer dos participantes entrevistados. A questão seis questionava ao participante: “Como você encara a

ideia da morte?”. A análise das respostas deu-se baseada nas dimensões da Escala de Diversas perspectivas sobre a morte, utilizada também nesse estudo. Os temas presentes nas respostas foram diversos: fracasso, abandono, separação da família, sofrimento, transformação, medo, ressurreição, fim natural, descanso e pecado/ punição. Morte como mistério foi citada por dois participantes, assim como morte como Vida Eterna também foi citada por dois. Analisando os principais temas das respostas verificou-se que as dimensões mais citadas foram M2 – Morte como vida do além, M4 – Morte como desconhecida e M5 – Morte como Abandono:

“Mas eu acredito que quando a gente morre a gente vai pra algum lugar, fica no Céu com Jesus. Jesus vai voltar na Terra e que ‘nóis vai ficá’ todo mundo vivo” (Participante 04) – M2: Morte como vida do além.

“(...) Eu acho assim que a gente passa para, transforma de uma vida para outra e só quem morreu para saber, né?” (Participante 07) – M4: Morte como desconhecida.

“Eu já encaro a ideia da morte muito assim... Família. Tenho meus filho, eu queria ver meus filho formada, queria ver, quero né, ver meus filhos, são quatro, meu filhos são tudo pra mim. Eu pensaria só nisso, se eu não poder ver a formação dos meus filhos, só isso” (Participante 03) – M5: Morte como Abandono.

A sétima questão questionava a crença do participante sobre a vida após a morte: “Você acredita na vida após a morte?”. A pergunta também dividiu os participantes, sendo que metade deles afirma acreditar em vida após a morte. A outra metade nega a crença, porém, dois participante citam um “juízo final”, sendo que um deles cita a teoria teológica da dormição:

“Eu não acredito na vida após a morte. Eu acredito que, haverá um julgamento no qual Deus ‘fazerá tipo’ uma reunião com todos, com os mortos, com os vivos, as

peessoas que já morreram e ali a gente vai sê julgado pelos próprios atos da carne, quando a gente era vivo” (Participante 05).

“Acredito? Após a morte não. A pessoa quando morre vai dormir até o dia da ressurreição. Então todos os que morreu tá dormindo. Então a Bíblia fala que Deus e Lázaro, até Moisés e até o último, o Abel, tudo ‘vai ser ressuscitado’. A pessoa vai lembrar do que fez pra ser julgado” (Participante 10).

Para aqueles participantes que afirmaram crer na vida após a morte, a oitava questão pergunta sobre essa crença: “Como você imagina que seja essa experiência?”. As respostas foram divididas. Dois participantes referem à experiência como um mistério (Dimensão M4):

“Não tenho ideia não” (Participante 07).

Destes um refere insegurança frente ao desconhecido devido à conduta na vida, apresentando a crença da vida após a morte como uma punição aos erros e como fonte de medo:

“‘Num deve’ ser fácil pra você acostumar né. Porque a gente não sabe o que que vai encontrar. A gente, cada um conforme a sua obra ‘né’” (Participante 06).

Por outro lado, um dos participantes refere à crença na vida após a morte como um bem supremo, compatível com a dimensão M2:

“Eu acredito que seria um paraíso, onde não tem violência, animais não vai morder e a gente vai viver em harmonia com todos. Extinto de cor, raça e tudo” (Participante 04).

A nona questão buscava a opinião do indivíduo sobre o motivo da existência da morte: “*Na sua opinião, por que ou para que a morte existe?*”. Dentre as respostas dos participantes verificou-se que dois deles partiram para uma resposta judaica-cristã padrão: a “culpa de Adão”.

“Não, como diz a Bíblia né, culpa do Adão ((riso)). Mas se não tivesse acontecido isso creio eu que o mundo não seria assim, ia ser diferente, harmonioso, bastante paz e nós ia viver bem” (Participante 04).

“A morte vem por causa do pecado de Adão e Eva. Eles desobedeceram a lei de Deus e o satanás tomou ação, porque satanás foi um, uma criação de Deus, Deus criou ele perfeito, deu o reino da Terra pra ele. Então ele transformou numa serpente, fez a Eva comer do fruto, deu pro Adão, ele comeu também e os dois foi expulso do paraíso. Porque os dois pecaram contra Deus. Então multiplicou lá fora da maneira deles” (Participante 10).

Na resposta do participante 10 pode-se notar ainda uma denotação da morte como algo maléfico. Nas respostas fica claro que os males da humanidade, a morte inclusive, são uma punição referente ao “pecado original”, cometido por Adão e Eva. Segundo Couto (2014) “o pecado original é a herança pecaminosa que a humanidade adquiriu de Adão. É a propensão para o mal, a inclinação para o pecado. Depois da queda, portanto, o homem passou a viver com tendência intrínseca para o mal, nossa natureza foi corrompida e se tornou propensa para o pecado (Couto, 2014, parag. 07).

Dois participantes apontam ainda uma resposta compatível com a dimensão M8 – Morte como fim natural, pois sugerem a morte como uma consequência natural do ciclo vital, sendo que em uma das respostas há também uma visão religiosa marcante da teoria espírita kardecista.

“A morte é, eu acho que ela existe para o descanso da alma. Porque é como, eu vô dá um exemplo, é como se fosse um carro, você anda, anda, anda, anda, anda nele, ele vai se desgastando, e o momento ele se desgasta ele precisa de que? De manutenção. E o corpo, como é sagrado, como é uma coisa de Deus, quando chega o tempo, Deus recolhe e pronto. E o carro, quando num dá mais, o que que a gente faz? Abandona num ferro velho” (Participante 05).

“Na minha opinião, pelo o que eu acredito, a gente vem prum ciclo. A gente tem um tempo. E quando esse tempo expira a gente volta pra poder, a gente vem prum resgate né. Esse tempo expira, porque tem um tempo. Cê volta, revê tudo outra vez, volta lá pro plano espiritual, revê todos os seus conceitos, o que errou e volta pra cá denovo, pra outro mundo sei lá que deve ter, isso vai depender do que você fez pra poder resgatar. A gente tem que resgatar o que de mal fez pras pessoas né, e pra gente mesmo” (Participante 06).

A última questão tratava de uma curiosidade pessoal sobre a experiência após a vida de acordo com a religião do participante: *“Em sua religião você já teve curiosidade de pesquisar sobre como será a experiência depois dessa vida?”*. Dentre os participantes três (50%) negaram que já houvessem procurado na religião uma resposta sobre a experiência após a vida atual. Dos demais participantes, um deles se omitiu e não respondeu a essa pergunta. Os dois participantes que afirmaram buscar na religião essa explicação trouxeram teorias teológicas relacionadas às religiões de que participam, como se segue:

“Sim. A gente estuda isso e é o que eu tô te falando. Tem que fazer, tem que ser o mais... Pra você ter alguma coisa, pra você ter a certeza eu acho de que vai tê alguma resposta positiva do lado de lá, sem muito sofrimento, porque sofrer a gente sofre por, a gente não é santo né. Todo mundo comete erro. Mas tem que sê o melhor possível

aqui, ajudar o máximo que puder, ser uma pessoa boa, caridosa, pra ver se consegue ir prum lugar melhor, porque se não... E de lá é um aprendizado. Tudo outra vez” (Participante 06).

“Vai ser uma vida eterna aqui na Terra mesmo. Eu sou agrimensor, só vi os outros briga por causa de terra, nunca vi ninguém brigar por causa de Céu. Nem o Papa queria morrer e ir pro Céu. Então todo mundo tem medo da morte. (Você tem medo da morte?) Eu não quero morrer. Eu quero viver. Romanos 6,23 fala que o salário pago pelo pecado é a morte. E Romanos 6,7 fala que o, quem morreu tá absolvido do seu pecado. Então nós vamo prestar conta dali pra frente. Os bandido, os assassino não vai ser levantado, vai levanta, Jesus vai levanta quem presta, não vai levanta ninguém pra mandar pro inferno, não. Porque aqueles já entrou no estado de esquecimento de Deus. Porque a pessoa não pensa, um bandido que mata, assassina, faz tudo de ruim (chorando) ele não merece viver no paraíso” (Participante 10).

Nas respostas citadas acima percebe-se a crença que “a vida após essa vida” será determinada pelo comportamento individual na vida atual, sendo que os atos de bondade e benevolência são bem recompensados enquanto os atos de maldade são punidos. Na resposta o participante 10 também fica explícito o medo da morte demonstrado pelo participante.

V. Discussão

1. Discussão da Amostra

A análise em relação ao credo religioso da amostra indicou que 50% dos participantes referiram-se como pertencentes à religião católica. Os dados dos institutos de pesquisa IBGE e Datafolha apontam que a representatividade dessa religião na população brasileira é de 64,6% e 57%, respectivamente (IBGE, 2010; Folha/UOL, 2013). Dessa forma, a amostra do presente estudo contou com um índice de católicos um pouco menor que o previsto na população geral, porém ainda representativa, pois a religião concentrou pelo menos metade da amostra de entrevistados.

Em relação aos demais participantes, a amostra foi composta em 20% por indivíduos que se declararam sem religião. Esse índice foi alto e distanciou-se dos valores encontrados pelo IBGE e Datafolha, na população geral, que foram respectivamente 8% e 7%. Os 30% restantes da amostra foram compostos por participantes das religiões: Congregação Cristã (Evangélico Pentecostal) (10%), Testemunha de Jeová (10%) e Espírita Kardecista (10%). Esses valores referentes aos outros 50% da amostra diferem numericamente da composição da população brasileira segundo IBGE e Datafolha, porém ainda assim garantiram uma representatividade qualitativa da amostra em relação a pelo menos cinco tipos diferentes de credos religiosos, que foram: Católicos, Evangélicos Pentecostais, Espíritas, outras religiões (Testemunha de Jeová) e “Sem Religião”.

Os dados obtidos a partir da amostra pesquisada permitem também uma análise quanto ao perfil das doenças crônicas encontradas no estudo. A amostra foi composta por pacientes internados por complicações de doenças crônicas, não havendo distinção entre DNCT e doença crônica transmissível o que permitiu a inclusão de pacientes com AIDS na amostra. Verificou-se que 80% da amostra (N=8) foi composta por pacientes internados devido a DCNT, enquanto 20% representaram pacientes com complicações de AIDS. O predomínio na

amostra de internações por DNCT é compatível com os dados sobre a morbidade da população brasileira nos quais as doenças crônicas representam 72% das causas de morte no país e 63% dos óbitos no mundo, além de representarem as principais causas de internações hospitalares no Brasil (Ministério da Saúde, 2011; Schimidt et al., 2011).

Em relação às internações por DNCT percebeu-se que 50% das mesmas (N=4) foram causadas por doenças cardiovasculares (aparelho circulatório), e as 50% restantes (N=4) tiveram causas diversas, sendo: câncer (12,5%, n=1), anemia falsiforme (12,5%, n=1), insuficiência renal crônica (12,5%, n=1), e diabetes *mellitus* (12,5%, n=1), conforme demonstrado na Figura 01. Segundo o Ministério da Saúde (2011) as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de internações hospitalares no Brasil, o que explica a prevalência dessas doenças na amostra.

Ressalta-se que amostra desta pesquisa foi de conveniência, sem preocupação com a representatividade da mesma segundo parâmetros preestabelecidos, sejam de religião ou doença crônica, devido à natureza exploratória do estudo. No entanto de forma geral é representativa tanto do ponto de vista dos credos religiosos da população brasileira e quanto às DNCTs mais comuns no nosso país.

2. Discussão acerca dos resultados das Escalas e suas Correlações

A análise dos resultados das escalas utilizadas na pesquisa permitiu traçar um perfil do comportamento de *coping* apresentado pelos participantes e das crenças dos mesmos sobre a morte.

Analisando-se os resultados da Escala CRE-Breve, ressalta-se a utilização de estratégias de *coping* religioso-espiritual pelos participantes durante o período de internação hospitalar em que ocorreu a aplicação dos instrumentos, pois em relação ao CRE Total, todos os participantes estudados apresentaram escores médios ou altos para este índice. Estes dados

confirmam pesquisas como a de Nunes et al. (2012), na qual o autor afirma que a religiosidade e espiritualidade constituem importante estratégia de enfrentamento pelos humanos ao se depararem com situações limítrofes, como uma internação hospitalar no caso desse estudo.

As análises realizadas também permitiram observar uma baixa utilização de CREN e utilização média de CREP. Em relação ao comportamento individual dos participantes verificou-se que 80% da amostra (N=8) apresentaram escores médio ou alto para o índice CREP e, no índice CREN o comportamento da amostra concentrou-se no escore baixo com 90% dos participantes (N=9) atingindo este índice. Assim, verificou-se o predomínio de utilização de estratégias de CRE positivas na amostra pesquisada. Estes dados estão alinhados aos de Oliveira et al. (2012) que afirmam que as pessoas que utilizam a fé e a espiritualidade para lidar com quadros emocionais negativos obtém melhores resultados no enfrentamento de algum problema.

Resultados semelhantes aos demonstrados neste estudo em relação ao uso frequente de CREP em situações de hospitalização também foram observados por Schleder et al. (2013), Marcelino (2013) e Mesquita *et al.* (2013). Utilizando-se a Escala CRE Schleder et al. (2013), em um estudo com familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), verificaram a maior utilização de estratégias de CRE positivas do que negativas durante o processo de hospitalização de um ente querido em uma UTI. Marcelino (2013), por sua vez, demonstrou que mães de crianças com cardiopatia congênita utilizam estratégias de *coping* religioso espiritual positivas e que estas estão correlacionadas com a qualidade de vida. No estudo de Mesquita *et al.* (2013) a utilização de estratégias religiosas e espirituais para lidar com estressores importantes da vida foi verificada pela Escala CRE-Breve, apontando que o *coping* religioso/ espiritual é importante estratégia de enfrentamento do câncer.

A partir dos resultados obtidos nesse estudo pelos parâmetros da escala CRE-Breve traçou-se um perfil das estratégias de CRE utilizadas pelos participantes. O CRE constitui-se em estratégias cognitivas que os indivíduos utilizam para lidar com adversidades dentro da perspectiva da religiosidade e espiritualidade (Taunay et al., 2012). Panzini (2004) aponta quinze métodos/ estratégias de CRE, sendo oito positivas (Reavaliação Religiosa Benevolente, *Coping* religioso colaboração, Foco Religioso, Ajuda através da religião, Apoio Espiritual, Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa, Perdão religioso, Conexão Espiritual) e sete negativas (Reavaliação de Deus como punitivo, Reavaliação demoníaca ou malévola, Reavaliação dos poderes de Deus, *Coping* religioso delegação, Descontentamento espiritual, Descontentamento religioso interpessoal e Intervenção Divina).

Apontamos que o CRE no que tange ao apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa ou busca pela instituição foi pouco utilizado pelos participantes como estratégia de apoio espiritual, pois em virtude da situação de internação os participantes manifestaram poucos comportamentos em busca de ajuda espiritual, ou de participação/ aproximação com instituição religiosa, ou ainda de busca pessoal por conhecimento espiritual.

Os resultados também indicam não ter havido a utilização da estratégia de reavaliação de Deus como punitivo apesar da situação vivida (adoecimento e internação) ser percebida como punição ou consequência do Mal. Verificou-se que a situação não provocou descontentamento religioso interpessoal, uma vez que não houve a demonstração de sentimentos de insatisfação ou mágoa com representantes ou crenças religiosas.

Verificou-se ainda que houve a utilização das estratégias ajuda através da religião e conexão espiritual, pois foram manifestados pelos participantes comportamentos de oferta de ajuda ao outro e busca de apoio em Deus com posicionamento positivo frente a Ele. A estratégia de *coping* religioso delegação também foi evidenciada na medida em que os participantes assumiram pedir e simplesmente esperar pela resolução da situação por Deus.

Talvez essa estratégia tenha sido tão evidente pela situação de internação hospitalar a qual os participantes estavam submetidos, na qual o controle pessoal da situação é bastante limitado.

No entanto, apesar disso, a estratégia de *coping* religioso colaboração foi evidenciada pelo escore alto do parâmetro P8, sendo evidenciada uma mudança de perspectiva pessoal em relação à situação na qual os participantes referiram comportamentos que os afastassem-se do problema aproximando-os de Deus e/ou das questões religiosas/ espirituais, tratando-se de um afastamento positivo, pois a permite um alívio temporário do problema, sem negar ou fugir do mesmo.

Podemos afirmar, portanto, que os resultados dessa pesquisa resumidos acima indicam que a doença não é percebida como punição da divindade, embora haja uma perspectiva ativa de Deus e passiva do homem no que tange a melhora clínica. Deus pode solucionar a situação de adoecimento se ele assim o desejar (onipotência da divindade). Por outro lado a experiência da internação e especialmente da UTI parece ter, na visão dos participantes, um poder catalizador para uma mudança de perspectiva sobre como se pode viver a vida. Esses dados corroboram os de Gobatto e Araujo (2010), segundo os quais religiosidade e espiritualidade representam importante experiência para pessoas acometidas por enfermidades, pois se apresentam como fatores relevantes para o enfrentamento das adversidades aos quais estão expostos ao proporcionarem suporte emocional, instrumental e informativo. Os resultados também concordam com Giovelli et al. (2009) que afirmam que as crenças religiosas e espirituais apresentam-se como recurso auxiliar no enfrentamento de eventos como o processo saúde-doença.

Para a análise das dimensões da Escala Breve sobre diversas perspectivas de morte foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de identificar parâmetros para sua correção e, ainda, uma possível comparação com outras amostras. No entanto, a revisão da literatura apontou para a total ausência de parâmetros que permitissem uma classificação das perspectivas de

morte como: baixa, média ou alta, como se realizou no item anterior. A análise cuidadosa das pesquisas que utilizaram a escala indicou que a mesma foi usada na correlação com outras escalas e não foi encontrada uma análise específica da mesma (estudos de validade convergente). Diante dessa constatação, optou-se pela descrição do comportamento da amostra a partir da análise das médias e desvios padrão respectivos das dimensões da escala.

Os resultados obtidos pela Escala Breve de Diversas Perspectivas sobre a Morte sugerem que esta amostra concorda com a visão de morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida (M8 – Morte como fim natural) e apresenta a perspectiva da morte como incerteza, mistério e desconhecimento (M4 - Morte como Desconhecida). A amostra discorda das visões da morte como Dor e solidão (M1), Vida do além (M2), Indiferença (M3), Abandono (M5), Coragem (M6) e Fracasso (M7).

Diante dessa perspectiva, verificou-se a caracterização da morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida, porém cercada pelo mistério e desconhecido. A visão da morte como desconhecida, misteriosa é apontada por Blank (2000) que a descreve como o grande ou maior mistério do ser humano. Isso indica que visões teológicas da morte como passagem para outra vida coexistem ao lado de visões biológicas como a morte como fenômeno natural e biológico.

Na visão de morte apresentada pela escala, esta não foi associada ao sofrimento, agonia e solidão, ao abandono de entes queridos ou como algo que impede a realização do potencial pessoal. Também não foi vista como oportunidade para demonstrar virtudes ou como uma nova vida no Além. Ressalta-se aqui a não associação da visão da morte como sofrimento, apesar a literatura pesquisada reforçar a ideia da morte como uma tragédia que amedronta e do enfrentamento da morte na sociedade contemporânea estar associada ao sofrimento e aos sentimentos de medo e desamparo (Betinato, 2008; Kubler-Ross, 2002; Blank, 2000; Siqueira-Batista & Schramm, 2004; Barros-Oliveira & Neto, 2004; Diniz &

Aquino, 2009 e Silva et al., 2012). É possível que a internação e os cuidados médicos ao quais essa amostra esteve submetida possam desfavorecer uma visão trágica da morte, nesse contexto, dado que a instituição hospitalar pode ser percebida como um espaço no qual as vidas são salvas e se objetiva com a intervenção médica curar, minimizar a dor e o sofrimento. Logo a morte no hospital, da perspectiva desses participantes, apesar de possível, é algo menos provável e menos propensa a dor e sofrimento.

Apesar de haver disponíveis na literatura estudos que utilizaram a Escala Breve de Diversas Perspectivas sobre a Morte, não foram encontrados dados que enfatizassem as visões de morte prevalentes em tais estudos, sendo estas pesquisas de estudos correlacionais com outros instrumentos.

Nas correlações medidas pelo presente estudo entre os fatores e itens da Escala CRE-Breve e dimensões das Escalas Breves sobre diversas perspectivas de Morte observamos a prevalência de correlações das dimensões M4 – Morte como desconhecida e M8 – Morte como fim natural com a escala CRE-Breve. A dimensão M4 apresentou correlações positivas com os fatores da Escala CRE-Breve: P1, P2, P3 e P8, correlações negativas com os fatores N1 e N4, além da correlação positiva com os índices da escala: CREP e CRE Total e correlação negativa com os índices CREN e razão CREP/CREN. Por sua vez, a dimensão M8 apresentou correlações positivas com os fatores da Escala CRE-Breve: P1, P8 e N3, correlação negativa com os fatores N1 e N4, além da correlação negativa com os índices da escala: CREN, razão CREP/CREN e correlação positiva com o índice CRE Total.

Assim, pode-se afirmar que a visão da morte como desconhecida (M4) associou-se com comportamentos de *coping* religioso-espiritual de transformação de si e/ou de sua vida, a ações em busca de ajuda espiritual, a oferta de ajuda ao outro e de mudança na perspectiva em relação ao problema vivido, afastando-se do problema através da aproximação com Deus. A visão da morte como desconhecida associa-se ainda à maior utilização de CREP e CRE Total

e menor utilização de CREN pelos indivíduos pesquisados. Esses dados geram indagações importantes para o pesquisador. Se de fato a morte é percebida como o encontro com o desconhecido como ela pode afetar transformar a vida do sobrevivente? Como algo que não se sabe o que é pode motivar para uma mudança? Por outro lado, o desconhecimento, o mistério, leva ao incremento de ações que visam buscar o suporte espiritual/religioso e a conexão com Deus. Uma explicação para esses movimentos psíquicos aparentemente contraditórios podem ser encontrada em autores como Blank (2012), que afirma:

De todas as pesquisas sobre o assunto, deduzimos, de forma bastante clara um fato básico: a contradição fundamental, diante da qual o homem se encontra. De um lado ele deve aceitar a própria morte; de outro tem uma vontade imanente de viver... A fé transmite uma imagem de Deus aos fiéis, e estes serão sustentados por ela no momento do morrer. Esta mesma imagem poderá tornar-se um motivo de medo e angústia. (Blank, 2012, p.13).

Assim, é possível que na eminência da morte de alguém que acaba de sair da UTI essa “contradição fundamental” se exacerbe levando algumas pessoas a dois comportamentos específicos: a) transformar a sua própria vida a partir de uma “vontade imanente de viver” e b) procurar conhecer melhor sua fé e a divindade para se sentir menos vulnerável ao medo do desconhecido. Especialmente, se esse desconhecido é apresentado como “uma falsa imagem de Deus (Deus vingador); ameaças metafísicas indiretas; ameaças apocalípticas de um Deus punidor, ameaças de ser seduzido pelo diabo; ameaças de acabar no inferno” (Blank, 2012, p. 14). Frente a essas ameaças frutos de uma “pedagogia centrada na ameaça religiosa” só se pode experimentar o medo. Por outro lado, a experiência religiosa que está na base do CRE é a de que a divindade é fonte inesgotável de Amor (pelo menos para as religiões cristãs), logo parece que a eminência da morte leva a pessoa a procurar experiências religiosas (sejam elas institucionalizadas ou não) que sejam fonte de conexão com Deus que é amor e transformação

benéfica. Essas novas experiências parecem ser uma forma de enfrentamento mais eficaz para a ideia da morte.

Por sua vez, a visão da morte como fim natural (M8) correlaciona-se positivamente à utilização de comportamentos de *coping* religioso-espiritual que busquem transformação de si e/ou de sua vida e mudança na perspectiva em relação ao problema vivido, afastando-se do problema através da aproximação com Deus. Aqui também nota-se o efeito do que Blank (2012) chama de “contradição fundamental” afinal se a morte é “naturalizada” (trata-se de uma morte vital) como pode transformar o viver? Tratando-se do ponto final de um enredo pessoal, porque a eminência desse ponto final pode transformar a vida após uma internação hospitalar? Uma possível explicação é que frente ao que Kierkegaard e Otto Rank citado por Blank (2012) chamaram de “dilema existencial do homem”, ou seja que o homem é “individualidade em finitude” é preciso dar um sentido para a vida que se vive e esse sentido deve incluir uma aproximação com Deus.

Verificou-se que essa visão (morte como fim natural) também se correlaciona positivamente com os comportamentos de *coping* religioso-espiritual que promovem uma reavaliação negativa da situação vivida como ato/ consequência do Mal ou como punição por atos, estilo de vida e pecados do indivíduo. Nesse caso, a contradição fundamental aparentemente se exacerba, afinal se a morte é algo natural e biológico, como pode se relacionar com a ideia de morte como punição. Trata-se entretanto de um exacerbação apenas aparente, pois não se pode negar que as pessoas tenham medo da morte. Logo, se há medo, há a ideia de um perigo, ou mal presente frente a ideia de morte. Essa ideia de perigo ou de mal que há na morte é o elemento que relaciona-se com o mal ou punição como uma das fontes etiológicas da doença.

As visões da morte como desconhecida (M4) e fim natural (M8) correlacionam-se negativamente com comportamentos de *coping* que provoquem uma reavaliação negativa de

Deus ou insatisfação com representantes institucionais ou ao próprio credo religioso. Em outros estudos, Diniz e Aquino (2009) verificaram correlação positiva entre a religiosidade e morte como vida do além (M2), religiosidade e morte como coragem (M6) e religiosidade e morte como fim natural (M8), além de correlação negativa entre religiosidade e morte como fracasso (M7).

O estudo de Aquino et al. (2010) verificou a existência de correlações entre a ansiedade perante a morte com quatro dimensões de perspectivas de morte, sendo correlações positivas com morte como desconhecida (M4), morte como dor e solidão (M1) e morte como fracasso (M7); e correlação negativa fraca com morte como indiferença (M3). O estudo mediu ainda as relações entre as perspectivas de morte e o vazio existencial. Novamente foram verificadas correlações positivas entre o grau de vazio existencial e as visões de morte como fracasso (M7), dor e solidão (M1) e correlação negativa entre o grau de vazio existencial e a visão de morte como fim natural (M8). O estudo de Nogueira e Pereira (2006), por sua vez, comprovou correlações entre religiosidade e quatro visões de morte: correlação positiva entre religiosidade e morte como além da vida e recompensa (M2) e morte como coragem (M6); e correlação negativa entre religiosidade e morte como indiferença (M3) e morte como fracasso (M7).

Logo se conclui que nos diferentes estudos, inclusive nessa pesquisa, a visão da morte como algo desconhecido, ou como fim natural parece promover coping religioso e espiritual. A natureza dessa relação depende da interpretação (atribuição de valor) dada para a experiência de eminência da morte e de sua visão escatológica pessoal (o que virá depois?). De qualquer forma os dados indicam que o CRE é uma forma de enfrentamento frequente e promotora de saúde mental, pelo menos para essa amostra.

3. Discussão Entrevista

Na análise da entrevista realizada com os participantes do estudo evidenciou-se a influência positiva da religiosidade/ espiritualidade sobre a saúde, da perspectiva do entrevistado, com destaque para o amparo promovido pela religião, em conformidade com Mizumoto (2012) para quem a espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas estão associadas à maior resiliência e resistência ao estresse relacionada às doenças, pois a religião e a espiritualidade podem ser percebidas como uma maneira de encontrar sentido para a vida, de ter esperança e estar em paz em meio aos acontecimentos graves, como a doença crônica.

Percebeu-se também a utilização da oração como estratégia de enfrentamento da hospitalização e adoecimento. Novamente a fé assumiu um papel como fonte de amparo, além da influência positiva de orações e boas energias na recuperação do adoecimento, assim como influência das más energias na piora ou adoecimento. Sendo o CRE o uso de estratégias religiosas e/ou espirituais para manejar o estresse diário e/ou advindo das crises que ocorrem ao longo da vida, como afirmam Gobatto e Araújo (2010), nas entrevistas também fica evidente a utilização do CRE como estratégia de enfrentamento do estresse da internação hospitalar. Nunes et. al. (2012) também apontam a religiosidade/ espiritualidade como importante estratégia de enfrentamento de situações limítrofes. A amostra pesquisada foi composta por pacientes com doenças crônicas, abordados no momento de internação hospitalar, situação que tende a ser percebida como amedrontadora e que expõe os pacientes à sua própria finitude e vulnerabilidade. Nesse contexto, conforme Gobatto e Araújo (2010), a religiosidade e espiritualidade assumem um papel de recurso interno individual que favorece a harmonia, a aceitação da doença e as atitudes de valorização do corpo e da saúde como dom sagrado.

No tocante da entrevista acerca do tema da morte, verificou-se o predomínio dos temas ligados à “vida do Além”, “desconhecida” e “abandono”, os quais se associam com as visões da morte como mistério e morte como fim natural. Nas entrevistas há indícios de crenças sobre a morte como um mistério aterrorizante, ligadas, portanto, ao desconhecido e ao sentimento de medo diante da mesma. Esses dados corroboram as ideias de Kubler-Ross (2002) que em seus estudos aponta a morte como um acontecimento medonho, um medo universal dos seres humanos, apesar do conhecimento existente sobre seu domínio. Reis e Bispo (2012) referem-se à morte como o mistério mais aterrorizante que cerca o homem, por ser o temor de deixar de existir.

Assim, pode-se supor que a experiência do adoecimento e internação fez emergir a visão de morte como mistério, associada ao sentimento de medo. Essa dificuldade relatada na entrevista sobre pensar a questão da morte e do morrer foi afirmada por Siqueira-Batista e Schramm (2002), segundo os quais a morte tornou-se impensável nas sociedades contemporâneas, cuja emergência à consciência só seria possível em situações de vulnerabilidade, às custas de sofrimento e a partir da experiência do desamparo.

O conceito cognitivo-comportamental de vulnerabilidade relaciona-se à “percepção pessoal do indivíduo como sujeito a perigos internos ou externos sobre os quais o controle é inexistente ou é insuficiente para dar-lhe uma sensação de segurança” (Beck et al., 2005, p. 67). A experiência do adoecimento, portanto, pode ser analisada como uma fonte de vulnerabilidade, uma vez que nela estão presentes a percepção pessoal do perigo (externo) – o próprio adoecimento e possibilidade da morte, principalmente naqueles pacientes submetidos à internação em UTI – e onde o controle é insuficiente para a sensação de segurança, já que na hospitalização os cuidados dispensados ao paciente são delegados a terceiros e os doentes assumem um papel passivo.

Notou-se ainda alguns relatos acerca da dificuldade e do medo de se separar daqueles a quem se ama. Nesse sentido, Beck (1979) afirma em seu conceito de domínio pessoal associado ao conceito de si (centro do domínio pessoal) estão “objetos” nos quais as pessoas fazem “investimento”, nesse caso, família, amigos, bens materiais. A ideia de perder esses objetos geram sentimentos desagradáveis como tristeza, medo e raiva. É interessante notar que associado a ideia de perda de contato com familiares estejam sentimentos desagradáveis, indicando que a ideia de morte é fortemente associada à perdas no “domínio pessoal”. Por sua vez, falar da morte parece suscitar em alguns uma revisão de todos os “objetos investidos” ao longo da vida, em outras palavras uma revisão dos acréscimos feitos ao domínio pessoal, como dito por um dos participantes (líder religioso):

“Eu sou agrimensor, eu medi terra a vida toda, essas terras, aquele São Jorge, essa terra aqui tudo eu que medi pra Paula Tavares. Então em 82 eu medi essas terras, trabalhei 23 anos em construção de estrada, então a minha experiência é que Jeová cuida de nós. Então o inferno é a sepultura” (Participante 10 – Líder Religioso).

Observou-se ainda o contraponto entre uma visão religiosa e biológica da morte, que foram manifestadas pelos participantes como punição pelo pecado original (visão religiosa) e ainda como fim natural (visão biológica). Essa visão dualista sobre a morte em parte é explicada pelo fato de a morte ser um fenômeno que tenta ser explicado e analisado por diversas ciências, como a medicina, psicologia, filosofia e a própria teologia. Além disso, sabe-se que ao longo da história da humanidade foi na religião que surgiram as primeiras explicações sobre os fenômenos observados pelos seres humanos. Blank (2000) aponta que a reflexão sobre a morte é um desafio para a filosofia e também para a fé, uma vez que essa transmite aos fiéis uma imagem de Deus sustentada no momento do morrer e Nascimento e Roazi (2007) apontam a capacidade da religião em prover a mais valiosa forma das sociedades humanas lidarem com a morte. Silva et al. (2012) afirmam que a aproximação do

homem com a religião se dá na tentativa de desvendar o mistério da morte, na busca de explicações que lhe tragam conforto ou, pelo menos, respostas a suas angústias e medos.

VI. Conclusão:

Diante dos resultados encontrados pôde-se concluir que houve a utilização de CRE positivo pelos indivíduos durante a internação hospitalar, como estratégia de *coping*. Verificou-se que a religiosidade e espiritualidade foram utilizadas de forma positiva pelos participantes da amostra, na busca por amparo e superação da vulnerabilidade percebida na situação de internação hospitalar. Assim, verificou-se também que a religiosidade e espiritualidade constituíram-se em uma importante estratégia de enfrentamento dos pacientes quanto à situação de internação hospitalar vivenciada. A utilização de estratégias de enfrentamento dessa situação (adoecimento e internação) relacionadas a comportamentos e crenças religiosas e espirituais demonstrado pelos participantes reforça o papel do CRE como fonte de amparo.

Acerca das visões de morte, evidenciou-se as crenças de morte como “fim natural” e como “desconhecido”. Assim, apesar da visão de morte associada a uma perspectiva biológica (fim natural), percebe-se também um conteúdo de mistério e temor associado a essa visão (morte como desconhecido). A existência da morte foi explicada, ainda, a partir da compreensão que as pessoas têm das teorias escatológicas de suas religiões. Contudo essa apropriação das noções escatológicas das religiões é superficial e não permitem um *coping* do tipo Busca pessoal de conhecimento espiritual. O uso frequente de estratégias religiosas positivas implicou em uma visão igualmente intensa da morte como um mistério.

Evidenciou-se também as correlações existentes entre a utilização de CRE, especialmente o positivo, com as visões de morte como “fim natural” e como “desconhecido”, predominantes na amostra pesquisada. Assim, apesar da crença da morte como algo biológico, a mesma ainda é cercada pelo mistério do desconhecido e diante do desconhecido e misterioso a estratégia utilizada pelos pacientes centrou-se no amparo ofertado pela religiosidade e espiritualidade. Esse fato é importante e relevante aos profissionais de saúde

que lidam diariamente com pacientes hospitalizados por doenças crônicas, uma vez que ao recorrer à religião e espiritualidade como estratégia de enfrentamento esse movimento psíquico não se constituiu em uma forma de distanciamento negativo ou mesmo de negação da condição de saúde. Ao contrário, refere-se a um movimento de busca por conforto e segurança disponibilizados pela religião e espiritualidade.

Esta pesquisa abre espaço para que novas investigações sejam feitas no sentido de esclarecer o papel do enfrentamento (*coping*) religioso-espiritual e acerca das visões de morte em diferentes etapas da vida, como por exemplo em crianças e adolescentes; em diferentes religiões (budistas, taoístas, hinduístas etc), bem como indica a necessidade de verificar o papel da instrução (catequese) nas diferentes religiões acerca das últimas coisas que acontecem com as pessoas (estar *na morte*, como dizem os fenomenologistas) e como isso influencia a regulação emocional de pessoas hospitalizadas com quadros que implicam em risco de morte.

VII. Referências

- Alencar, T.M.D.; Nemes, M.I.B. & Velloso, M.A. (2008). Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (6), 1841-1849.
- Amoroso, C. G. (2009). *Esclerose Múltipla e Imagens de Deus: A influência da crença na qualidade de vida de portadores/as da doença*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/7/TDE-2010-01-06T14:05:06Z-8943/Publico/Gina%20Corsi%20Amoroso.pdf.
- Aquino, T. A. A. D., Gouveia, V. V., Silva, S. D. S., & Aguiar, A. A. D. (2013). Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 109-119.
- Aquino, T. A. A., Serafim, T. D. B., Barbosa, E. L., Cirne, E. A., Ferreira, F. R., & Dantas, P. R. S. (2010). Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia Argumento*, 28(63).
- Azevedo, R. (29 de junho de 2012). O IBGE e a religião – Cristãos são 86,8% do Brasil; católicos caem para 64,6%; evangélicos já são 22,2%. *Revista Veja*. Acesso em 24 de junho de 2015, disponível em <http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/o-ibge-e-a-religiao-%E2%80%93-cristaos-sao-868-do-brasil-catolicos-caem-para-646-evangelicos-ja-sao-222/>.
- Barbosa, L. N. F. & Francisco, A. L. (2007). A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10 (2), 9-24.
- Barbosa, L. N. F., Pereira, J. A., Alves, V., Ragozini, C. A. & Ismael, S. M. C. (2007). Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10 (2), 73-81.
- Barricelli, I. D. L. F. O., Sakamoto, I. K. Y., Silva, L. H. M. D., & Araujo, C. V. D. (2012). Influence of religious orientation in the quality of life of active elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 505-515.
- Barros-Oliveira, J. P. & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas de morte. *Análise Psicológica*, 22 (2), 355-367.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy and emotional disorders*. New York. Meridian Books.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (2005). *Vulnerability: The core of anxiety disorders*. In: Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre. Artmed.
- Betiato, M. A. (2008). *Escatologia Cristã: entre ameaças e a esperança*. 2ª edição. Petrópolis: Vozes.

- Blank, R. J. (2012). *Escatologia da Pessoa – Vida, Morte e Ressurreição (Escatologia I)*. São Paulo: Paulus.
- Borloti, E., Iglesias, A., Dalvi, C.M. & Silva, R.D.M. (2008). Análise Comportamental do Discurso: Fundamentos e Método. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (1), 101 – 110.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2011). *Plano de Ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) no Brasil (2011-2022)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, H. L. (2011). *Coping religioso: Implicações para a prática clínica*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2012-01-18T103956Z-867/Publico/Herica%20Landi%20de%20Brito.pdf.
- Campelos, I.C.S.F. (2006). *A ansiedade e o medo da morte em profissionais de saúde*. Monografia. Recuperado de <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1012>.
- Carvalho, A. F., Taunay, T. C., & Gondim, F. D. A. A. (2012). Disponibilidade de instrumentos validados para o estudo da religiosidade em amostras Brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 208-208.
- Casado, L., Vianna, L. M. & Thuler, L. C. S. (2009). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55 (4), 379-388.
- Couto, V. (2014, 09 de setembro). *O que é pecado original? Saber em Fé*. Acesso em 04 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.saberefe.com/blog/o-que-e-pecado-original/>.
- Datafolha. (22 de julho de 2013). *Fatia de católicos no Brasil é a menor em duas décadas*. Acesso em 24 de junho de 2015, disponível em UOL: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2013/07/1314857-fatia-de-catolicos-e-a-menor-em-duas-decadas.shtml>
- Diniz, A. C. & Aquino, T. A. A. (2009). A relação da religiosidade com as visões de morte. *RELIGARE: Revista de ciências das religiões*, 6 (2), 101-113.
- Duarte, M. B. & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 691-700.
- Elias, A. C. A. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte: Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21 (3), 92-97.
- Giovelli, G., Lühring, G., Gauer, G. J. C., Calvetti, P. Ü., Gastal, R., Trevisan, C., & Silva, L. (2009). *Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética*. Recuperado de <http://www.sorbi.org.br/revista/5/Espiritualidade.pdf>.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. D. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da SBPH*, 13(1), 52-63.
- Gobatto, C. A., & de Araujo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24(1), 11-34.

- Henning, M. C., & Moré, C. L. (2009). Religião e Psicologia: análise das interfaces temáticas. *REVER: Revista de Estudos da Religião*, 9, 84-114.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010). *Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- Knapp, P. & Beck, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30 (Supl. II), 54-64.
- Kovács, M.J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 14 (2), 115-167.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Leite, I. S., & Seminotti, E. P. (2013). A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(2), 189-196.
- Lindolpho, M.C., Sá, S. P. C. & Robers, L. M. V. (2009). Espiritualidade/Religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. *Em Extensão*, 8(1).
- Malta, C. D. & Silva, J. B. (2013). O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição de metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22 (1), 151-164.
- Marcelino, C. (2013). *Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em mães de crianças com cardiopatia congênita pré-operatórias*. Tese de Doutorado. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-09082013-111712/pt-br.php>.
- Marques, L. F., Sarriera, J. C., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação Psicológica*, 8(2), 179-186.
- Martins, L. M., França, A. P. D. & Kimura, M. (1996). Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 05-18.
- Martins, M. E., Ribeiro, L. C., Feital, T. J., Baracho, R. A., & Ribeiro, M. S. (2012). Religious-spiritual coping and the consumption of alcoholic beverages in male patients with liver disease. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1340-1347.
- Medeiros, B. (2010). *A relação entre religiosidade, culpa e avaliação da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1203.
- Medeiros, B., & Saldanha, A. A. W. (2012). The relationship between religiousness and quality of life in people living with HIV. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 53-61.

- Mesquita, A. C., Chaves, É. D. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & de Carvalho, E. C. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (2), 539-545.
- Mizumoto, S. A. (2012). *Dissociação, Religiosidade e Saúde: um estudo no Santo Daime e na Umbanda*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19072012-102245/pt-br.php>.
- Nascimento, A. M. & Roazzi, A. (2007). A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 435-443.
- Nepomuceno, F. C. L. (2011). *Religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2035.
- Nogueira, D. & Pereira, L. (2006). Perspectivas da morte de acordo com a religiosidade: Estudo comparativo. *Psicologia.com.pt*. 1-71. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0058.pdf>
- Nunes, F. A., Almeida, A. M., Sampaio, P. A. C. F., & Schnaider, T. B. (2012). Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. *Revista do Médico Residente*, 14(3).
- Oliveira, K. L., Pascalicchio, M. L. & Primi, R. (2012). A inteligência espiritual e os raciocínios abstrato, verbal e numérico. *Estudos de Psicologia*, 29 (1), 13-22.
- Oliveira, M. C. M., Cotrim, L., Novo, N. F., Juliano, Y., & Schnaider, T. B. (2013). Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadectomia axilar. *Revista do Médico Residente*, 15(3), 170-180.
- Oliveira, M. C. M., Guimarães, I. A., Novo, N. F., & Schnaider, T. B. (2011). Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. *Revista do Médico Residente*, 13(4); 261-266.
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (1); 126-135.
- Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/7100>.
- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-165.

- Pereira, F., & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde*, 4(2), 37-45.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P. & Naselo, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (1); 136-145.
- Pretzer, J. & Beck, J.S. (2010). A terapia cognitiva dos transtornos da personalidade: vinte anos de progresso. Em: Leahy, R. L. *Terapia Cognitiva Contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Rocha, N. S. & Fleck, M. P. A. (2004). Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão de literatura. In Teixeira, E. F. B., Müller, M. C. & Silva, J. D. T., *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Santos, W. J. D. (2012). *A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/5497>.
- Santos, W. J., Giacomini, K. C., Pereira, J. K., & Firmo, J. D. O. A. (2013). Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8); 2319-2328.
- Santos, W. S. D., Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Coutinho, M. D. L., & Fernandes, D. P. (2012). Religious Commitment Index (RCI): elaboration and psychometric evidences. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 523-531.
- Schmidt, M. I., Ducan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S.M., Chor, D. & Menezes, P. R. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Revista Veja: Série Saúde no Brasil*, 4. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- Schleder, L. P., Parejo, L. S., Puggina, A. C., & Silva, M. J. P. (2013). Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 71-78.
- Schramm, F. R. (2002). Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1); 17-20.
- Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 538-542.
- Siegel, S. & Castellan, J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: ARTMED.
- Silva, C. R., Portella, S. D.C., Reis, L. R. & Bispo, T. C. F. (2012). Religião e morte: qual a relação existente? *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1 (1).
- Silva, J. A. (2012). *Os constructos religiosidade, espiritualidade e saúde mental sob a luz das terapias cognitivo-comportamentais*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de <http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/3739>.

- Siqueira-Batista, R. & Schramm, F. R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 31-41.
- Strelhow, M. R. W. (2013). *Bem-estar pessoal e coping religioso em crianças*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/80121>.
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(5), 190-196.
- Taunay, T. C. D., Gondim, F. D. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(4), 130-5.
- Último Segundo (29 de junho de 2012). *Censo: católicos perdem espaço, mas seguem maior grupo religioso do País*. Acesso em 24 de junho de 2015, disponível em Portal IG: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2012-06-29/censo-catolicos-perdem-espaco-mas-seguem-maior-grupo-religioso-do-pais.html>
- Valcanti, C. C., Chaves, E. D. C. L., Mesquita, A. C., Nogueira, D. A., & Carvalho, E. C. (2012). *Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 838-845.
- Veit, C. M. (2012). *“Deus não dá uma cruz maior do que podemos carregar”*: *Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama*. Dissertação de Mestrado. Recuperado de <http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/000000/00000076.pdf>
- Veit, C. M., & Castro, E. K. D. (2013). *Coping Religioso/Espiritual Positivo em Mulheres com Câncer de Mama: Um Estudo Qualitativo*. *Psico*, 44(3), 331-341.
- Wenzel, A.; Brown, G. K. & Beck, A.T. (2010). *Terapia Cognitiva: princípios gerais*. Em: Wenzel, A.; Brown, G. K. & Beck, A.T.. *Terapia Cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed.

VIII. Anexos

Anexo A: Entrevista

Dados Gerais:

Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Estado Civil: _____ Religião: _____

Motivo da Internação: _____

Tempo de adoecimento: _____

- 1- Em sua opinião sua espiritualidade pode influenciar sua saúde para melhor, como?
- 2- Em sua opinião sua espiritualidade pode influenciar sua saúde para pior, como?
- 3- Durante esse período de internação você realiza/ realizou alguma prática religiosa ou espiritual? Conte-me.
- 4- Você acredita que as orações e as boas energias das pessoas podem influenciar sua melhora, como?
- 5- Você acredita que as maldições e as más energias das pessoas podem influenciar sua piora, como?
- 6- Como você encara a ideia da morte?
- 7- Você acredita na vida após a morte?
- 8- Como você imagina que seja essa experiência? (Caso responda afirmativamente à 7ª).
- 9- Na sua opinião, por que ou para que a morte existe?
- 10- Em sua religião você já teve curiosidade de pesquisar sobre como será a experiência depois dessa vida?
- 11- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

ANEXO B: ESCALA CRE-BREVE

ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO E ESPIRITUAL/ BREVE

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Pense na situação que você está vivendo neste momento (internação hospitalar).

As frases a seguir descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante (internação hospitalar).**

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

- (1) nem um pouco
- (2) um pouco
- (3) mais ou menos
- (4) bastante
- (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1). Se você tentou **um pouco**, circule o (2). Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3). Se você tentou **bastante**, circule o (4). Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5).

Lembre-se: Não há opção certa ou errada Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

	nem um pouco	um pouco	mais ou menos	bastante	muitíssimo
1- Orei pelo bem estar dos outros	1	2	3	4	5
2- Procurei o amor e a proteção em Deus	1	2	3	4	5
3- Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim	1	2	3	4	5
4- Procurei trabalhar pelo bem estar social	1	2	3	4	5
5- Procurei ou realizei tratamentos espirituais	1	2	3	4	5
6- Procurei em Deus força, apoio e orientação	1	2	3	4	5
7- Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição	1	2	3	4	5
8- Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	1	2	3	4	5
9- Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros	1	2	3	4	5
10- Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação	1	2	3	4	5

especificamente relacionada com sua crença, sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)					
11- Tive dificuldade para receber conforto de minhas crenças religiosas	1	2	3	4	5
12- Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	1	2	3	4	5
13- Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer	1	2	3	4	5
14- Pratiquei atos de caridade moral e/ ou espiritual	1	2	3	4	5
15- Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)	1	2	3	4	5
16- Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	1	2	3	4	5
17- Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir ajuda a Deus	1	2	3	4	5
18- Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	1	2	3	4	5
19- Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	1	2	3	4	5
20- Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	1	2	3	4	5
21- Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	1	2	3	4	5
22- Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora	1	2	3	4	5
23- Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus	1	2	3	4	5
24- Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	1	2	3	4	5
25- Orei para descobrir o objetivo de minha vida	1	2	3	4	5
26- Fui a um templo religioso	1	2	3	4	5
27- Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)	1	2	3	4	5
28- Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado	1	2	3	4	5
29- Procurei por um total re-despertar espiritual	1	2	3	4	5
30- Confiei que deus estava comigo	1	2	3	4	5
31- Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam de Deus e questões espirituais	1	2	3	4	5
32- Pensei que Deus não existia	1	2	3	4	5
33- Questionei se até Deus tem limites	1	2	3	4	5
34- Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa	1	2	3	4	5
35- Pedi perdão pelos meus erros	1	2	3	4	5
36- Participei de sessões de cura espiritual	1	2	3	4	5
37- Questionei se Deus realmente se importava	1	2	3	4	5
38- Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto	1	2	3	4	5
39-Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo	1	2	3	4	5
40- Ouvi e/ou cantei músicas religiosas	1	2	3	4	5
41- Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle	1	2	3	4	5

42- Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)	1	2	3	4	5
43- Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	1	2	3	4	5
44- Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou ignorando	1	2	3	4	5
45- Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	1	2	3	4	5
46- Procurei auxílio nos livros sagrados	1	2	3	4	5
47- Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo: o caminho de Deus	1	2	3	4	5
48- Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	1	2	3	4	5
49- Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude	1	2	3	4	5

ANEXO C: ESCALA BREVE SOBRE DIVERSAS PERSPECTIVAS DE MORTE**ESCALA BREVE SOBRE DIVERSAS PERSPECTIVAS DE MORTE**

Apresento-lhe algumas escalas sobre situações da vida e da morte para serem preenchidas. O questionário é anônimo e por isso pode você usar toda sua sinceridade. Responda a todas as perguntas conforme aquilo que realmente se adapta ao seu caso e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más, todas são boas, desde que sinceras. Marque a resposta que melhor corresponda a seu caso, conforme este significado:

- (1) discordo totalmente
- (2) discordo
- (3) discordo um pouco
- (4) nem concordo nem discordo
- (5) concordo um pouco
- (6) concordo
- (7) concordo totalmente

A morte é:	discordo totalmente	discordo	discordo um pouco	nem concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo	concordo totalmente
01. O último momento de agonia.	1	2	3	4	5	6	7
02. O fim de um tempo de isolamento.	1	2	3	4	5	6	7
03. A última miséria.	1	2	3	4	5	6	7
04. O destino de cair na beira da estrada.	1	2	3	4	5	6	7
05. A última angústia e tormento.	1	2	3	4	5	6	7
06. Uma experiência de solidão.	1	2	3	4	5	6	7
07. A entrada num lugar de total satisfação.	1	2	3	4	5	6	7
08. Um limpar e renascer de si mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
09. A própria ressurreição e recompensa.	1	2	3	4	5	6	7
10. União com Deus e eterna ventura.	1	2	3	4	5	6	7
11. Oportunidade de deixar esta vida em troca de outra melhor	1	2	3	4	5	6	7
12. A porta de entrada no céu e felicidade plena.	1	2	3	4	5	6	7
13. Pouco importante tendo em conta todo o resto.	1	2	3	4	5	6	7
14. De poucas consequências.	1	2	3	4	5	6	7
15. Algo pelo que devemos ficar indiferentes e esquecer.	1	2	3	4	5	6	7
16. Nem temida nem bem-vinda.	1	2	3	4	5	6	7
17. Coisa indiferente de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
18. A maior das incertezas.	1	2	3	4	5	6	7
19. O maior dos mistérios.	1	2	3	4	5	6	7
20. O fim do conhecido e o princípio do desconhecido.	1	2	3	4	5	6	7
21. Algo sobre que devemos dizer “não sei”.	1	2	3	4	5	6	7
22. Um ponto de interrogação.	1	2	3	4	5	6	7

23. A maior ambiguidade entre as complexidades da vida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Deixar os que dependem de nós participantes às dificuldades da vida.	1	2	3	4	5	6	7
25. Abandonar aqueles que amamos.	1	2	3	4	5	6	7
26. Razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família.	1	2	3	4	5	6	7
27. Razão para se sentir culpado.	1	2	3	4	5	6	7
28. Deixar a família entregue à sorte.	1	2	3	4	5	6	7
29. Uma oportunidade para provar que lutamos por algo na vida.	1	2	3	4	5	6	7
30. Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida.	1	2	3	4	5	6	7
31. Um grande momento de verdade para si mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
32. Uma oportunidade para uma grande realização.	1	2	3	4	5	6	7
33. Um tempo para recusar a humilhação e a derrota.	1	2	3	4	5	6	7
34. Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida.	1	2	3	4	5	6	7
35. Um acontecimento que impede realização do potencial.	1	2	3	4	5	6	7
36. O fim das nossas esperanças.	1	2	3	4	5	6	7
37. O fracasso pessoal na procura do sentido da vida.	1	2	3	4	5	6	7
38. A destruição da última oportunidade de plena realização.	1	2	3	4	5	6	7
39. A derrota na luta por ser bem sucedido e alcançar os objetivos.	1	2	3	4	5	6	7
40. Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo	1	2	3	4	5	6	7
41. O ato final de harmonia com a existência.	1	2	3	4	5	6	7
42. Um aspecto natural da vida.	1	2	3	4	5	6	7
43. Parte do ciclo da vida	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO D: TRANSCRIÇÃO ENTREVISTAS

1 - Em sua opinião sua espiritualidade pode influenciar sua saúde para melhor, como?

Participante 03	Espiritualidade? Tem sim, pra melhor, né. Eu creio e tenho muita fé. Eu creio muito. E é isso.
Participante 04	Eu acho que não... porque eu sou muito emocional e dependendo do que eu tiver pensando, do que eu vê ou se eu tiver nervosa acaba comigo... eu me desmancho em lágrima, eu grito, eu brigo, eu me escondo, ai eu caço qualquer buraco <i>pra me infia</i> eu acho que isso não é bom pra mim não.
Participante 05	Sim, pela fé.
Participante 06	Sim, pode influenciar sim. A gente que <i>tá</i> debilitado, com ... a gente fica assim muito ... muito sensível em relação à espiritualidade mesmo. Eu acho assim que eu no meu caso eu acredito que eu fui salva pela espiritualidade. Assim, porque eu <i>tava</i> muito... A minha doença no caso todos os males que me causaram foi porque eu <i>tava</i> muito distante de muita coisa da espiritualidade e isso como na minha religião que eu acredito foi acarretando muita coisa ruim, muita negatividade, por isso que eu <i>vim Pará</i> aqui no hospital. E depois que eu tomei consciência disso que eu resolvi ... que eu percebi que <i>tava</i> tudo errado, eu creio demais que se foi, foi pela espiritualidade sim. Claro os médicos ajudaram muito, mas a fé e as orações me ajudaram muito. E eu salvei. Eu escapei.
Participante 07	Pode. Procurando algo que possa concluir alguma coisa, dê, assim, continuidade na (...), em relação à religião. Que a gente deixa muito a desejar, é isso mas não frequenta, não segue não faz nada. Eu acho assim.
Participante 10	Pra melhor, isso. Pode. É porque o seguinte, com esse "problema" que me deu eu fiquei na UTI, eu fiquei inconsciente, sonhando que tinha terminado com os Testemunha de Jeová, aquela coisa toda, mas tudo era sonho. Eu "tava variando". Mas porque "nóis" acredita que a pessoa morre e não vai pro céu, que a Bíblia diz que ninguém vai pro céu a não ser Jesus, que desceu do céu. "Nóis" acredita na ressurreição. Então a pessoa quando morre, vai dormir até o dia da ressurreição. Então esse sistema "nóis" acredita que "tá" findando, porque tudo o que a Bíblia fala já cumpriu.

2 - Em sua opinião sua espiritualidade pode influenciar sua saúde para pior, como?

Participante 03	Não. Pra melhor!
Participante 04	Não, pra pior também não. Ela () nem um tanto pra pior mas também não muito pra melhor. Fica estável.
Participante 05	Não.
Participante 06	Pode. Pode sim. É ... Eu acho que quem usa a espiritualidade pra ... <i>pás</i> pessoas que desejam mal pros outros, as pessoas que tem alguma mágoa e dese, é isso ai, desejam mal, que <i>num qué</i> vê uma pessoa bem. Isso tudo, isso tudo, isso tudo emana muita energia negativa, eu penso. Então ela te prejudica sim.
Participante 07	Não, acho que não. Acho que haja muita coisa para melhor.
Participante 10	Pra melhor também. (E para pior?). Não, acho que não. Não.

3 - Durante esse período de internação você realiza/ realizou alguma prática religiosa ou espiritual? Conte-me.

Participante 03	Religiosa. Eu sempre carregava um terço comigo na minha cama do hospital. Então é pra melhor. (...) Eu rezo, rezo sim, eu rezo do meu jeito, eu peço a Deus, Jesus Cristo, né, é, pra correr tudo bem comigo, pra iluminar meus passos aonde eu "tô". Isso o único que eu faço quando eu "tô" na cama.
Participante 04	Oração. Eu peço sempre a Deus, eu oro todos os dias. Eu oro pedindo proteção pra mim, pra minha família e agradeço, tem dia que eu só agradeço por <i>tá</i> viva, por estar aqui ainda e por eu <i>tá</i> melhorando cada dia mais.
Participante 05	Sim, devido meu irmão ser, participar, ser obreiro de uma igreja, então. E eu também pela minha fé que eu tenho, entendeu? Eu participo assim, eu não sou, é, batizado em nenhuma religião, mas eu gosto de frequentar, de vez em quando, a igreja Monte Sião e eu tenho muita fé em Deus e igreja pra mim é apenas rótulo. Eu acredito, eu acredito apenas na Bíblia e não acredito em Santo, não acredito em nada, somente na palavra de Deus e em Deus.
Participante 06	Só as orações mesmo, muita fé em Deus. Pratica espiritual não, só as minhas orações, mesmo.
Participante 07	Eu rezo, rezo sempre né, comigo só e com Deus.
Participante 10	Eu fui 39 anos ancião. Ancião é de, é que colida a humanidade, né. Mas tenho 43 anos de batizado. (E aqui, nessa internação no hospital você faz alguma coisa da religião?) Não, não faço. (Oração? Como é a oração?) Oração, por exemplo, oração-modelo, oração do pai-nosso: "Pai-Nosso, que estais no céu, santificado seja o teu nome", né? Então Jesus mandou santificar o nome do pai Dele, né? Qual é o nome do pai Dele, você sabe? O nome do pai de Jesus? Tem muito Deuses, então o pai de Jesus é Jeová. Ai você fala "venha Teu reino, faça a Tua vontade, aqui na Terra como no céu", né? O que você acha que é o Reino? ... *** e governa, né? Então "nóis tá" pedindo o governo de Deus para substituir o governo do homem. Porque "cê viu" que cachorrada danada esses políticos. Então, Jesus vai reina sobre a Terra. E "nóis" não acreditamo também no inferno. Inferno de fogo não existe. Porque Deus não criou os filhos Dele "pra judiá", porque Deus é amor.

4 - Você acredita que as orações e as boas energias das pessoas podem influenciar sua melhora, como?

Participante 03	A fé. Eu acredito só em fé, só. Num tem explicação pra poder falar é, pra mim poder explicar. Eu tenho fé do jeito que eu acredito, é isso.
Participante 04	Acredito. Eu acredito porque tem muita gente orando por mim, incluindo eu também, que eu só vou melhorando. Agora se tivessem fazendo mal pra mim eu acredito que eu <i>taria</i> piorando.
Participante 05	Com certeza. Porque eu acho assim, que a própria Bíblia fala que aquele que pedires com fé tudo acontece, então como eu falei que eu acredito na Bíblia, eu creio que acontece sim. E oração é uma coisa assim, tão forte, que a partir do momento que você crê realmente em Deus e pede com fé, acontece, com aquele que crê.
Participante 06	Pode e influenciou, né. Por isso que eu <i>tô</i> aqui te dando essa entrevista. Energia, as energias boas, os bons fluidos, todo mundo com o mesmo pensamento. Foi uma, foi todo mundo pedindo, todo mundo. Eu senti isso,

	entendeu, eu senti que eu fui salva. Eu tenho isso, eu acredito nisso, porque eu quase morri foi assim por um triz.
Participante 07	Acredito sim. (...) É difícil da gente responder, porque a gente não, cada um tem a sua avaliação.
Participante 10	Pode. Me ajuda muito, porque eu peço a Jeová tudo com tanto amor. (chora) ... () Um consolo, pela fé que eu tenho, fiquei delirando, que tinha acabado a organização dos Jeová. Eu tava na UTI, esses computador que salvou a minha vida ... Porque vai reinar sobre a Terra. Eu sou agrimensor, eu medi terra a vida toda, essas terras, aquele São Jorge, essa terra aqui tudo eu que medi pra Paula Tavares. Então em 82 eu medi essas terras, trabalhei 23 anos em construção de estrada, então a minha experiência é que Jeová cuida de nós. Então o inferno é a sepultura.

5- Você acredita que as maldições e as más energias das pessoas podem influenciar sua piora, como?

Participante 03	De jeito nenhum. Não tenho. Não existe maldições, não existe as más, esse negócio não existe. Você tem que crer. Você tem que ter fé. Então é esse negócio de você chegar achar que o vizinho "tá" te olhando com olho, isso não é verdade, né. É só por nas mãos de Deus e eu não acredito nisso não.
Participante 04	Pode. Eu acredito que pode. Ah! Eu não sei explicar como mas as pessoas jogam muita praga, é igual <i>eles fala</i> praga de mãe pega né? Praga de outras pessoas também, olho gordo, inveja, isso tudo pode destruir. Eu acredito que sim.
Participante 05	Com certeza sim. Tem muita gente que finge ser seu amigo, finge gostar de você mas só pelo que você tem, só pelo que você tem pra oferecer. Muita gente às vezes vai "ai boas melhoras" mas é só falar pro falar, no fundo, no fundo não <i>tá</i> nem ai pra você.
Participante 06	Pode. Se você <i>tive</i> , se você não <i>tive</i> com seu, sua energia, você não <i>tiver</i> consciente de que você está bem, você tem que <i>tá</i> firme. É o orai e vigiai. Porque é um <i>pouquim</i> , é uma brechinha que você <i>deixá</i> . Eu creio sim. A energia negativa afeta sim.
Participante 07	Também, pode também. Existe muitas pessoas más, às vezes gosta de fazer o mal aos outros. Sou muito ruim para falar.
Participante 10	Pode. 'Vamo' supor uma pessoa macumbeira, ou uma pessoa que meche com essas coisas que a Bíblia condena, ' <i>atrapaia</i> ' a nossa vida. Se ' <i>nóis deixá, atrapaia</i> '".

6- Como você encara a ideia da morte?

Participante 03	Eu já encaro a ideia da morte muito assim... Família. Tenho meus filho, eu queria ver meus filho formada, queria ver, quero né, ver meus filhos, são quatro, meu filhos são tudo pra mim. Eu pensaria só nisso, se eu não poder ver a formação dos meus filhos, só isso.
Participante 04	A morte pra mim... Eu não sei, nem sei o que que <i>fala</i> da morte. Na verdade eu tenho até medo de morrer. Mas eu acredito que quando a gente morre a gente vai pra algum lugar, fica no Céu com Jesus. Jesus vai voltar na Terra e que <i>nóis vai ficá</i> todo mundo vivo.
Participante 05	Eu encaro a ideia da morte um descanso do corpo e da alma. Porque eu acho que a morte é ... a morte é um término, é um término da carne, porque o que morre mesmo é, para mim o que morre é apenas a carne, porque como nós somos filhos do Espírito Santo, então o espírito não morre. O espírito é

Participante 06	eterno. Então pra mim a morte é... eu nem sei por que o povo chora na morte. Eu nunca chorei em nenhum velório, nem mesmo pelo meu pai que faleceu há seis anos atrás eu num chorei, devido eu sabe que o que morreu mesmo, o que morreu foi somente a carne, o espírito ainda continua vivo.
Participante 07	((SUSPIRO)) Ai ... Quase morri, eu <i>num quero</i> morrer não. Ai olha, eu peço muito a Deus <i>pra tar</i> preparada pra isso, porque é uma, é uma sensação muito ruim. Passei muito mal. Eu quando eu cheguei aqui eu <i>tava</i> muito ruim. Eu achei que fosse morrer, eu fiquei com muito medo. Medo mesmo. Medo. Fiquei com medo.
Participante 10	(...) Eu acho assim que a gente passa para, transforma de uma vida para outra e só quem morreu para saber, né? A morte pra "nóis" é, a Bíblia fala que o salário pago pelo pecado é a morte. Então para todos nós "sermo" pecado, então morreu, pagou aquele pecado. Então quando nós for ressuscitado, a pessoa vai ser ressuscitado vai ser julgada por Jesus, então a humanidade vai ser julgada, porque tudo o que "nóis faiz" tá computado no céu.

7- Você acredita na vida após a morte?

Participante 03	Não.
Participante 04	Acredito.
Participante 05	Eu acredito na vida após a morte? Eu não acredito na vida após a morte. Eu acredito que, haverá um julgamento no qual Deus <i>fazerá tipo</i> uma reunião com todos, com os mortos, com os vivos, as pessoas que já morreram e ali a gente vai <i>sê</i> julgado pelos próprios atos da carne, quando a gente era vivo.
Participante 06	Acredito.
Participante 07	Existe. Eu acho que transforma de uma vida para outra. Você deixa aquela e vai seguir outra.
Participante 10	Acredito? Após a morte não. A pessoa quando morre vai dormir até o dia da ressurreição. Então todos os que morreu tá dormindo. Então a Bíblia fala que Deus e Lázaro, até Moisés e até o último, o Abel, tudo vai ser ressuscitado. A pessoa vai lembrar do que fez pra ser julgado.

8- Como você imagina que seja essa experiência? (Caso responda afirmativamente a 8)

Participante 03	
Participante 04	Eu acredito que seria um paraíso, onde não tem violência, animais não <i>vai</i> morder e a gente vai viver em harmonia com todos. Extinto de cor, raça e tudo.
Participante 05	
Participante 06	Após? ... <i>Num</i> deve ser fácil pra você acostumar né. Porque a gente não sabe o que que vai encontrar. A gente, cada um conforme a sua obra né. Eu nesse tempo que eu fiquei na UTI, que eu passei por essa situação horrorosa, eu tive uma experiência assim de <i>vê eu</i> do outro lado e te confesso que de certo, de certo não, eu fiz muita coisa errada e não era muito bom não mas, daqui pra frente agora como eu vou mudar meu, minha vida, de certo quando eu for, eu creio que a gente renasce de novo. Tem que aprender muita coisa do

Participante 07	outro lado. Aprender tudo de novo.
Participante 10	Não tenho ideia não.

9- Na sua opinião, por que ou para que a morte existe?

Participante 03	Por que ou para que?
Participante 04	Não sei. Não, como diz a Bíblia né, culpa do Adão ((riso)). Mas se não tivesse acontecido isso creio eu que o mundo não seria assim, ia ser diferente, harmonioso, bastante paz e <i>nóis ia</i> viver bem.
Participante 05	A morte é, eu acho que ela existe para o descanso da alma. Porque é como, eu <i>vô dá</i> um exemplo, é como se fosse um carro, você anda, anda, anda, anda, anda nele, ele vai se desgastando, e o momento ele se desgasta ele precisa de que? De manutenção. E o corpo, como é sagrado, como é uma coisa de Deus, quando chega o tempo, Deus recolhe e pronto. E o carro, quando num dá mais, o que que a gente faz? Abandona num ferro velho.
Participante 06	Na minha opinião, pelo o que eu acredito, a gente vem <i>prum</i> ciclo. A gente tem um tempo. E quando esse tempo expira a gente volta pra poder, a gente vem <i>prum</i> resgate né. Esse tempo expira, porque tem um tempo. <i>Cê</i> volta, revê tudo outra vez, volta lá pro plano espiritual, revê todos os seus conceitos, o que errou e volta pra cá de novo, pra outro mundo sei lá que deve ter, isso vai depender do que você fez pra poder resgatar. A gente tem que resgatar o que de mal fez pras pessoas né, e pra gente mesmo.
Participante 07	Isso é muito fato, né. Às vezes a pessoa não serviu pra Deus, não "tá" servindo. Tem que "caçar" algum outro meio, sei lá, é difícil explicar. Mais ou menos a gente entende, sabe, quer falar o motivo, mas não sabe explicar.
Participante 10	A morte vem por causa do pecado de Adão e Eva. Eles desobedeceram à lei de Deus e o satanás tomou ação, porque satanás foi um, uma criação de Deus, Deus criou ele perfeito, deu o reino da Terra pra ele. Então ele transformou numa serpente, fez a Eva comer do fruto, deu pro Adão, ele comeu também e os dois foi expulso do paraíso. Porque os dois pecaram contra Deus. Então multiplicou lá fora da maneira deles.

10- Em sua religião você já teve curiosidade de pesquisar sobre como será a experiência depois dessa vida?

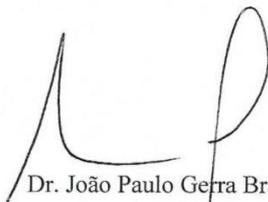
Participante 03	
Participante 04	Não.
Participante 05	Não, ainda não tive essa curiosidade de entender. Eu nunca tive, não.
Participante 06	Sim. A gente estuda isso e é o que eu <i>tô</i> te falando. Tem que fazer, tem que ser o mais... Pra você ter alguma coisa, pra você ter a certeza eu acho de que vai <i>tê</i> alguma resposta positiva do lado de lá, sem muito sofrimento, porque sofrer a gente sofre por, a gente não é santo né. Todo mundo comete erro. Mas tem que <i>sê</i> o melhor possível aqui, ajudar o máximo que puder, ser uma pessoa boa, caridosa, pra ver se consegue ir <i>prum</i> lugar melhor, porque se não... E de lá é um aprendizado. Tudo outra vez.

Participante 07	Não.
Participante 10	Vai ser uma vida eterna aqui na terra mesmo. Eu sou agrimensor, só vi os outros briga por causa de terra, nunca vi ninguém brigar por causa de céu. Nem o papa queria morrer e ir pro céu. Então todo mundo tem medo da morte. (você tem medo da morte?) Eu não quero morrer. Eu quero viver. Romanos 6,23 fala que o salário pago pelo pecado é a morte. E romanos 6,7 fala que o, quem morreu tá absolvido do seu pecado. Então nós vamo prestar conta dali pra frente. Os bandido, os assassino não vai ser levantado, vai levanta, jesus vai levanta quem presta, não vai levanta ninguém pra mandar pro inferno, não. Porque aqueles já entrou no estado de esquecimento de deus. Porque a pessoa não pensa, um bandido que mata, assassina, faz tudo de ruim (chorando) ele não merece viver no paraíso.

ANEXO E: DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

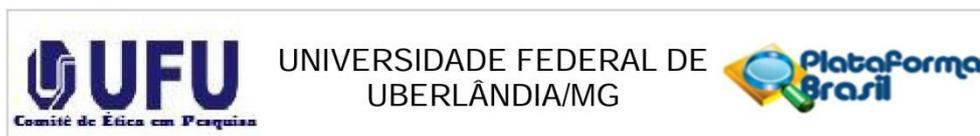
Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “A crença sobre a morte e o enfrentamento religioso da doença crônica em pacientes hospitalizados” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantir tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as) Renata Ferrarez Fernandes Lopes e Virginia Maria Terra Silva a realizarem a(s) etapa(s) entrevista e aplicação de escalas psicológicas em pacientes crônicos hospitalizados utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição, após a devida apreciação e autorização emitida pelo CEP.



Dr. João Paulo Gerra Braga
Diretor Técnico
Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia.

ANEXO F: Parecer do Comitê de Ética (CEP-UFU)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A crença sobre a morte e o enfrentamento religioso da doença crônica em pacientes hospitalizados

Pesquisador: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37610514.2.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 887.511

Data da Relatoria: 13/11/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: "Enfrentamento (Coping) é o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos como o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga que excede os recursos pessoais. Coping Religioso-Espiritual trata-se do uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes, como por exemplo o enfrentamento da hospitalização do doente crônico. O objetivo desse projeto é avaliar a relação entre visões sobre a morte e coping religioso em pacientes portadores de doenças crônicas hospitalizados por meio de entrevista estruturada sobre o tema morte e coping religioso e a aplicação de duas escalas psicológicas: Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE) e escala de visões de morte. Participarão dessa pesquisa 10 pacientes adultos de ambos os sexos, portadores de doenças crônicas há pelo menos 5 anos e que estejam hospitalizados. Os dados das entrevistas serão submetidos ao programa IRAMUTEQ que permite realizar um mapeamento da representação mental dos participantes acerca dos temas morte e coping religioso bem como sobre possíveis relações entre esses constructos por meio de uma análise de similitude que fornece uma árvore de coocorrências que permite identificar a conexão entre as palavras e a estrutura de representação

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 887.511

dos dados textuais advindos das entrevistas. Esse resultado será comparado com as respostas dadas nas escalas aplicadas. As escalas também serão submetidas ao pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social. Sciences, Inc. Chicago, Illinois, SPSS for Windows versão 10.1) a fim de se obter a estatística descritiva dos dados e a um estudo correlacional não paramétrico (coeficiente de correlação de postos de Spearman) entre as escalas."

Informam a METODOLOGIA:

1) Participantes:

A amostra da pesquisa será por conveniência. Serão convidados 10 participantes adultos, de ambos os sexos, portadores de qualquer tipo de doença crônica, hospitalizados em função de complicação da doença que portam. Como não há interesse nessa pesquisa em relação ao tipo de doença crônica, mas sim em relação ao adoecimento crônico, coping religioso-espiritual e visões de morte, o número de participantes é suficiente para a metodologia de análise que se pretende aplicar.

2) Material: Uma entrevista estruturada com os seguintes dados gerais: sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, motivo da internação, tempo de adoecimento seguido de 10 perguntas (ANEXO A). Serão realizadas gravações e transcrições na íntegra das respostas dadas, do conteúdo das entrevistas. As gravações serão eliminadas após o término da pesquisa.

3) Procedimento: O local da realização da pesquisa será o leito do paciente ou uma sala disponibilizada pelo Hospital Maternidade Municipal de Uberlândia.

Os pacientes serão contactados durante sua internação, quando estiverem estabilizados, do ponto de vista da equipe médica e psicológica que o atende, a fim de que possa decidir sobre sua adesão a pesquisa, em um momento que tenha condições físicas e mentais para isso, e quando ainda tenha pelo menos 3 dias de internação provável, para que possa escolher data e horário. A data e a hora para a condução da entrevista e a aplicação das escalas serão acordadas com os participantes durante o período de hospitalização.

-Esse procedimento deve levará duas sessões: uma para a entrevista e outra para as escalas. Na primeira sessão os participantes serão convidados a responder a uma entrevista. O tempo da

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 887.511

entrevista terá duração máxima de 50 minutos. Na segunda, e última sessão, os participantes responderão ainda a duas escalas, a Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE) e a Escala de Visões de Morte. A CRE levará cerca de 30 minutos e a Escala de visão de Morte levará cerca de 20 minutos."

Análise de dados: "Metodologia de análise dos dados:

Os dados das entrevistas serão submetidos ao programa IRAMUTEQ que permite realizar um mapeamento da representação mental dos participantes acerca dos temas morte e coping religioso, bem como, sobre possíveis relações entre esses constructos, por meio de uma análise de similitude, que fornece uma árvore de coocorrências que permite identificar a conexão entre as palavras e a estrutura de representação dos dados textuais advindos das entrevistas. Esse resultado será comparado qualitativamente com as respostas dadas nas escalas aplicadas.

As escalas também serão submetidas ao pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Inc. Chicago, Illinois, SPSS for Windows versão 10.1) a fim de se obter a estatística descritiva dos dados e a um estudo correlacional não paramétrico (coeficiente de correlação de postos de Spearman) entre as escalas.

O número de participantes (10) é suficiente para estabelecer um corpo textual adequado para o IRAMUTEQ (Camargo & Justo, 2013). Também 10 participantes fornecem dados suficientes para um estudo correlacional não-paramétrico, pois este é um método não-paramétrico que usa somente os postos, e não faz quaisquer suposições. (Siegal e Castellan, 2006)."

Objetivo da Pesquisa:

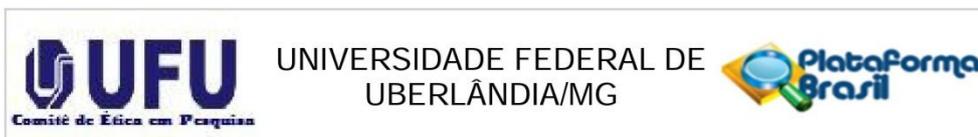
Informam: "Objetivo Primário: O objetivo desse projeto é avaliar a relação entre as visões sobre a morte e o coping religioso em pacientes portadores de doenças crônicas hospitalizados, por meio de entrevista estruturada sobre o tema morte e coping religioso e a aplicação de duas escalas psicológicas: Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE) e Escala de Visões de Morte."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Riscos: Os participantes podem apresentar cansaço ou desconforto emocional durante a entrevista ou durante a aplicação das escalas (CRE e visões de morte). Com relação ao cansaço, o participante poderá remarcar a sessão. Caso algum participante venha

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 887.511

apresentar qualquer desconforto emocional após ou durante a coleta de dados, ele será imediatamente acolhido pelo pesquisador. Caso note-se a necessidade de psicoterapia o pesquisador providenciará o encaminhamento a um atendimento psicológico na rede pública de saúde. Se por algum motivo os participantes desistirem da colaboração, o trabalho será suspenso ou encerrado.

Benefícios: Uma melhor compreensão da relação entre coping religioso-espiritual e visões de morte podem auxiliar intervenções futuras que favoreçam o uso do coping religioso- espiritual positivo como um recurso para auxiliar o paciente crônico em seu leito durante suas internações. Além disso, pode auxiliar o profissional de psicologia a compreender melhor a "psicologia da morte e do morrer" em pacientes crônicos hospitalizados."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Fevereiro de 2016.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 887.511

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 887.511

UBERLANDIA, 26 de Novembro de 2014

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br