



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS –GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA
RELIGIÃO**

ALDEMÁRIO ALVES DE SOUZA

**A REPRESENTAÇÃO DE OBJETOS RELIGIOSOS COMO MITIGADORA DA DOR
E CATALISADORA DA ESPERANÇA PARA OS PAIS E FAMILIARES DE
CRIANÇAS EM TRATAMENTO CLÍNICO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE GOIÁS**

**GOIÂNIA-GO
2017**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS –GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA
RELIGIÃO**

ALDEMÁRIO ALVES DE SOUZA

**A REPRESENTAÇÃO DE OBJETOS RELIGIOSOS COMO MITIGADORA DA DOR
E CATALISADORA DA ESPERANÇA PARA OS PAIS E FAMILIARES DE
CRIANÇAS EM TRATAMENTO CLÍNICO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Como Requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Religião.

**GOIÂNIA-GO
2017**

S729r

Souza, Aldemario Alves de

A representação de objetos religiosos como mitigadora da dor e catalizadora da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico na pediatria do hospital Materno Infantil de Goiás[manuscrito]/ Aldemario Alves de Souza.-- 2017.

124 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião, Goiânia, 2017

Inclui referências f. 104-112

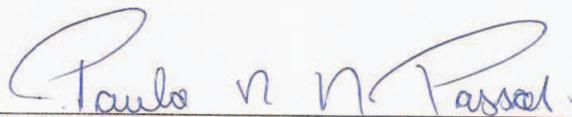
1. Religiosidade. 2. Dor - Aspectos religiosos. 3. Morte - Aspectos religiosos. 4. Simbolismo - Aspectos Religiosos. 5. Enfermagem. 6. Objetos litúrgicos. I. Passos, Paulo Rogério Rodrigues. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 27-526.6(043)

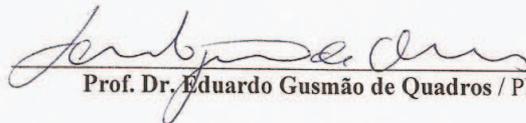
**A REPRESENTAÇÃO DE OBJETOS RELIGIOSOS COMO MITIGADORA DA
DOR E CATALISADORA DA ESPERANÇA PARA OS PAIS E FAMILIARES DE
CRIANÇAS EM TRATAMENTO CLÍNICO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da
Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, aprovada em 30 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Paulo Rogério Rodrigues Passos / PUC Goiás (Presidente)



Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros / PUC Goiás



Profa. Dra. Marciene de Freitas Ribeiro / FESGO

Prof. Dr. Clóvis Ecco / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

A minha família (Pai, Irmãos, Sobrinhas) que sempre estiveram ao meu lado ao longo desta jornada, nas dificuldades, tristezas, alegrias e conquistas.

A minha mamãe Maria do Socorro em especial, o meu carinho, amor e a minha eterna gratidão por sempre acreditar em meus sonhos e caminhar sempre ao meu lado.

À madrinha Maria Alves (*in memoriam*), o meu agradecimento. O tempo foi curto para comemorar comigo esta conquista, mas sei que se alegra onde quer que esteja.

Ao meu querido irmão, companheiro, orientador espiritual, Padre Nilton José Novato (Diocese de São Luiz de Montes Belos – GO), o agradecimento pela força de todos os momentos, sempre presente e disposto a partilhar a árdua missão desta caminhada exaustiva.

Aos familiares, minha eterna gratidão pela compreensão pelo carinho, paciência nas minhas ausências nas reuniões de família.

À minha Virgem Maria, título amável de “Nossa Senhora do Perpétuo Socorro” o meu louvor por tantas vezes à Ela recorrer, nos meus momentos de angústias.

AGRADECIMENTOS

No caminhar da vida, nada podemos fazer sem antes agradecer a Deus por tudo que em cada momento nos concede. A este Deus de Amor Misericordioso, toda a minha adoração, por tantas graças concedidas.

Professor Dr. Paulo Rogério, minha gratidão por ter acolhido a minha proposta de pesquisa desde o início do curso, suas orientações, compreensão diante ao limitado tempo para as orientações. Em diversos momentos as dificuldades estiveram presentes, mas os impasses não foram suficientes para nos desmotivar.

A minha amiga, companheira de profissão Dr^a. Enfermeira Roberta Mayara pela sua dedicação, carinho em ajudar, socorrer-me diante as minhas dificuldades em ausentar do trabalho e estar sempre de prontidão a aguentar as pontas. Você é muito especial, por tudo que passamos juntos.

Serei eternamente grato ao seu gesto de amizade, ao estender as tuas mãos sempre, e se prontificar sem sequer perguntar o porquê.

Às minhas amigas, companheiras de jornada, Professoras: Neusa Santos Mendes, Sizaltina Pereira de Amorim, Dra. Marciclene de Freitas Ribeiro, que tantas vezes na correria do dia e aos finais de semana se prontificaram em ajudar nas correções deste estudo, sem medir esforços, por horas de dedicação. Não poderia jamais esquecer de grandes pedras preciosas em minha vida.

Aos meus amigos, Luiz Fernando (Lulu), Dr. Rafael Lino Rosa, Monsenhor Jamil Alves (CNBB), Padre Daniel Ataídes e Padre Manuel Rejane (Diocese de São Luiz de Montes Belos- GO), Padre José Hailo (Arquidiocese de Goiânia), companheira Dra. Enfermeira Keila Maria, Dr. Enfermeiro Diego Lopes, meu Padrinho William Navarro, Olga de Souza (HMI), Maria Braga (COREN-GO) a minha gratidão pela amizade, apoio, orientações e orações, não poderia deixar de saudá-los neste momento.

Aos colegas, professores, secretários, diretor do departamento em Ciências da Religião, o agradecimento. Com vocês construímos grandes projetos, trilhamos juntos sonhos que se concretizam neste momento. Em particular aos colegas da turma do ano 2015 (Maria Adriana, Maria Júlia), vocês duas são inesquecíveis.

Minha eterna gratidão e carinho a você, companheira Lázara Alzira, que mesmo com tantas dificuldades e contratemplos da vida não negou ajuda, apoio, companheirismo, atenção, quando solicitada a sua colaboração. Esse gesto expressa o valor da amizade.

Aos demais colegas, agradeço pela alegria vivenciada nos nossos momentos de descontração. Mesmo com alguns desentendimentos, conseguimos chegar na reta final. Alguns, infelizmente tiveram que se ausentar pelo caminho, mas deixaram seu capítulo escrito nas páginas dessa nossa história.

Às minhas tias, tios, primos, por não se esquecerem de mim em suas orações. Isto é o mais importante da família, a unidade dos cristãos e a perseverança na Fé.

Às minhas companheiras do Sindicato dos Enfermeiros de Goiás: Nilza Maria, Enfermeira Dr^a.Dionne Hallyson Siqueira e aos demais diretores das gestões 2013/2016, 2016/2019 minha gratidão, por colaborarem no alcance dessa vitória em minha vida acadêmica, e pela confiança e o respeito de cada um, durante o trabalho desenvolvido junto ao SIEG.

Enfim, a todos que estiveram comigo nesta trajetória, agradeço carinhosamente pela colaboração, pois de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo. Sem vocês certamente eu teria dificuldades para concluir com tanto êxito esta pesquisa.

EPIGRAFE

“Assistam aos Enfermos com o Carinho de uma Mãe para com seu único Filho Doente”.

São Camilo de Lellis – Fundador da Ordem dos Ministros dos Enfermos

RESUMO

A representação de objetos religiosos como mitigadores da dor e catalisadores da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico tem a importância de retratar a necessidade da manutenção de práticas que traspassaram os séculos, as quais caracterizaram o ethos de certas comunidade. Esse estudo teve por objetivo identificar o sentido do objeto sagrado e a religiosidade dos cuidadores de pacientes internados em ambiente hospitalar. O problema central foi compreender quais são as representações frente aos objetos considerados sagrados. Os dados revelaram a prática de uma ética social, integrada em regras de convívio, de difícil compreensão na pós-modernidade. Constatou-se a desigualdade social e a dependência de benefícios públicos. A prevalência de uma cultura tradicional relativa ao sentido da vida nos momentos de dor e de eminência da morte foram recorrentes à figura da mulher e o apego à representatividade da segurança na religiosidade e a busca por melhores condições diante as suas aflições. Confirmou-se a manutenção de práticas que traspassaram os séculos, as quais caracterizaram o ethos de certas comunidade. A fragilidade emocional influenciou na busca pelo conforto, esperança, força, via religiosidade: solicitação da oração, uso de imagens, objetos, bíblias, lenços, terços e óleo benzido. Devido o acúmulo da responsabilidade do cuidado pela mãe sugere-se divulgação dos benefícios sócio-assistenciais aos cuidadores do sexo masculino, o que promoverá a sensibilização sobre a importância do seu papel perante o paciente. Torna-se urgente a capacitação para o cuidado aos filhos para essa clientela e concomitantemente o redimensionamento da unidade física hospitalar para que possam colocar seus pertences e sala de integração e multimídia. Para o apoio psicossocial indica-se a disponibilização de bolsa de apoio financeiro durante a hospitalização, para pagamento a terceiros e aumento do quadro de funcionários habilitados ao apoio à cuidadora. Concluiu-se sobre a necessidade da capacitação profissional sobre o processo da assistência psicoespiritual para a compreensão das expressões religiosas, a ser viabilizada mediante o planejamento de estratégias de intervenção, roda de discussão, palestras, implantação e implementação de espaço físico apropriado para a prática individual da religiosidade nos ambientes hospitalares, como medida de prevenção de conflitos e distúrbios de comportamento frente às crianças hospitalizadas, tais como cenas de desespero, aflição, preces repetidas e comportamentos similares, que possam provocar alterações significativas no quadro clínico dos pacientes e acompanhantes.

Palavras Chave: religiosidade, dor, morte, símbolo religioso, enfermagem

ABSTRACT

The representation of religious objects as pain mitigators and hope catalyzers for parents and relatives of children in clinical treatment has the importance of portraying the necessity of maintaining practises that ran through centuries, those that characterize the ethos of certain communities. This study had its aim on identifying the signification of the sacred object and the religiousness of the caretakers of internship patients in hospital environment. The central problem was to understand what was the representations in face of the objects considered as sacrede. The data revealed the practice of a social ethics, integrated in rules of living together, difficult to understand in post-modernity. It was verified the social inequality and dependancy of public benefits. The prevalence of a traditional culture about he life meaning in moments of pain and death proximity were recurrent to the woman figure and the attachment to the security representativeness in religiousness and the search por better conditions facing afflictions. The maintenance of practices that ran through centuries, that confirmed the ethos of certain communities. The emotional fragility influenced on the search for comfort, hpe, strength, through religiousness: asking for prayers, using imagens, objects, bibles, handkerchiefs, chaplets and blessed oils. Due to the amount of responsibility over the mother figure, it is suggested the divulging of the social and assistencial benefits to the masculine caretakers, that would promote sensibilization about the importance of their roles in face of children. It is urgent the training to the caretaking of children to these and at the same time, the resizing of the physical unit of the hospital to receive them and a multimedia and welcome room. To the social and psychological support it is indicated to make available a special fund to support them during hospitalization, and the same to pay other services, including increase the number of employees able to support caretakers. This is to conclude that there is a necessity of training professionals to support caretakers psychologically and spiritually to the comprehension of religiousness expressions, made possible by planning intervention strategies, discussions, lectures and creating and reshaping appropriate physical spaces to religious practeses in hospital environment, as a prevent measure against conflicts and behaviour disturbs in front of internship children, such as despair scenes, affliction, repeated prayers and similar behaviour that would cause significative alteration on the inpatient and companions.

Key words: religiousness, pain, death, religius symbol, nursing.

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO	15
1. CAPÍTULO I: REFERENCIAIS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E RELIGIOSOS, APLICADOS À ENFERMAGEM.....	18
1.1 DOIS HORIZONTES: ENTRE A RELIGIÃO E AS PRÁTICAS DA CIÊNCIA.....	24
1.2 ENFERMAGEM: CONQUISTA DOS HORIZONTES, O NÃO ESQUECIMENTO DO PASSADO.....	31
1.2.1 <i>A formação acadêmica do profissional de enfermagem.....</i>	<i>38</i>
1.3 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE: O DESAFIO A CADA PLANTÃO.....	42
2 CAPÍTULO II: METODOLOGIA	53
2.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.	59
3 CAPÍTULO III: ANÁLISE TEÓRICA E A RELAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA DO ACOMPANHANTE, DURANTE O PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NA CLÍNICA DE PEDIATRIA - HMI - GOIÂNIA/GOIÁS.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICES.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPE – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

CNE – Conselho Nacional de Educação

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

MTE-Ministério do Trabalho e Emprego

NANDA - Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem

PE – Processo de Enfermagem

S.D – Sem data

S.N – Sem nome (da editora)

S.U.S- Sistema Único de Saúde

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A: Aprovação do Projeto pelo Cômite de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil do Estado de Goiás.....	114
APÊNDICE B: Termo de Compromisso.....	117
APÊNDICE C: Carta para Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
APÊNDICE E: Questionário representação.....	124

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- Gráfico 01** - Representação da identidade sexual dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.....**61**
- Gráfico 02**- Referência a Cor/ Raça do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**62**
- Gráfico 03** - Representação do estado civil do acompanhante de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**63**
- Gráfico 04** - Identificação da localização residencial dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016 ... **64**
- Gráfico 05**- Representação do nível de escolaridade dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**65**
- Gráfico 06**- Identificação da renda familiar do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016..... **66**
- Gráfico 07**- Referência de escolha de atendimento hospitalar para atendimento médico do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**67**
- Gráfico 08** - Referência de escolha de atendimento hospitalar para atendimento médico do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**68**
- Gráfico 09**- Identificação quanto a participação do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil em movimentos religiosos. Goiânia-GO, 2016..... **69**
- Gráfico 10** - Identificação do seguimento religioso do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**69**
- Gráfico 11** - Identificação simbólica ou objeto religioso encontrado com o acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**70**
- Gráfico 12** - O sentido do simbólico ou objeto religioso em uso pelo acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016. .**74**
- Tabela 01**- Cruzamento dos dados referente a representação simbólica e o nível de escolaridade dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.**75**

Tabela 02 - Cruzamento dos dados referente ao sentido da representação simbólica e o nível de escolaridade dos acompanhantes de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.	76
Tabela 03 - Cruzamento dos dados referente a renda familiar e a representação simbólica dos acompanhantes de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.	77
Tabela 04 - Cruzamento dos resultados da representação simbólica do objeto com a renda familiar dos acompanhantes de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.	78

INTRODUÇÃO

A prática da nova ética social, integrada em conjunto de novas regras de convívio, torna difícil a compreensão para as pessoas no mundo pós-moderno e atribui ao homem comportamentos que os diferem em sociedade.

Os novos valores sociais e individuais provocam mudanças que marcam de modo profundo a história da humanidade. As práticas assistenciais são necessárias, em todo momento da vida, o que impede o homem de ficar sem receber cuidados, por mais simples que sejam.

Em meio a este cenário tecnológico a humanidade vem sendo surpreendida com novas descobertas. Muitas conquistas não foram suficientes para suprir as necessidades do homem pós-moderno que a cada dia se encontra fragilizado, vazio e refém de suas próprias mazelas.

É necessário utilizar-se meios cognitivos, comportamentais, e permeados por uma aproximação repentina da religião ou espiritualidade. Assim, a doença parece ser vista de tal enfoque, como uma espécie de nivelador sócio-negativo, igualando pessoas das mais diferentes localizações sociais em uma mesma classificação, que as tornará semelhantes, não só nos sintomas comuns, mas também no modo emocional de ser, enquanto pessoa.

Esta busca do homem, neste momento de fragilidade emocional, pode evidenciar um estado de barganha com Deus. Essa troca acontece através da oração, podendo ser considerada como o protótipo da relação face a face com a imagem internalizada de Deus. A relação de proximidade se evidencia quando busca por algum caminho que o norteará a encontrar a resposta para as diversas indagações em meio às tribulações pessoais. Relação de angústia, desespero, fragilidade e medo está representada na figura materna quando um filho adoece ou sofre, com as dores não diagnosticadas. Pode ser vista a todo o momento, acompanhando o tratamento, durante a hospitalização, em processo de entrega total ao filho doente, desencadeando variadas emoções desde os sentimentos reprimidos até a culpa. Destaca-se ainda o sentimento de isolamento social, familiar.

No afã de encontrar forças para ajudar o filho e a família, a mãe recorre a todas as possibilidades racionais e irracionais, na busca da restauração da saúde do filho e do equilíbrio do lar. É um tempo de dedicação, atenção, esperanças, choro e muito cuidado ao filho doente.

O período de hospitalização e acompanhamento são percursos difíceis que nem sempre têm um final esperado. O encontro de soluções, respostas, diante a um sofrimento que desequilibra o homem em seu aspecto natural. A doença transforma a realidade de uma família e de seus agregados. O encontro com o sagrado, revela a busca por auxílio de uma divindade e torna-se clamor fervoroso naquele que precisa de ajuda. A religiosidade, prática de certas crenças torna-se o ponto de encontro para muitos familiares neste momento de aflição.

A busca da divindade através de símbolos, amuletos, orações impressas, imagens, ritos seja a forma para aquele que necessita de auxílio encontrar conforto, esperança, diante as dificuldades ao tempo de hospitalização. Neste cenário que encontramos as mais diversas formas de expressões religiosas. O sofrimento transpassa as razões do senso comum para ir além do imaginário ao encontro do alívio, recuperação, melhora, sobre aquele para o qual se pede uma oração, quando se há uma situação de enfermidade.

Estas práticas religiosas de muitos acompanhantes nortearam o desenvolvimento deste estudo. Por observar as diversas expressões, manifestações, ritos religiosos exercidos por acompanhantes ao longo de alguns anos em que fui supervisor de enfermagem na clínica de pediatria. Para melhor desenvolver este estudo seguiremos o percurso do cuidado do homem a atual realidade praticada entre o cuidado, assistência, religiosidade e os símbolos religioso.

O que norteia este estudo tem por base a realidade do ontem, hoje, e o futuro. Uma história de evolução em todo o processo saúde-doença, das pajelanças, crenças a religiosidade. Uma trajetória entre a religião e as ciências medicas.

Oferecer ao homem uma assistências e uma acolhida e desenvolver métodos e procedimentos que seguem um processo de teorias fundamentadas, que vai de encontro as transformações e descobertas de novos recursos da ciências.

Em meio a pós-modernidade, transformações tecnológicas, a secularidade da sociedade, as atividades laborais dos profissionais de saúde, diante a religiosidade e a espiritualidade expressada por cada paciente e seus familiares nas enfermarias dos hospitais, clinicas e demais espaços, tornando-se a cada dia um desafio para os profissional de enfermagem proporcionar uma assistência comprometida com a segurança e a crença do paciente. Esta seja a forma ou o ato de profissionais comprometidos com a construção da política e da história das práticas de

enfermagem. Ao se situar-se a frente ao reconhecimento de sempre se fazer a protagonista no processo do cuidado.

Os dados, informações, que nortearam esta caminhada, perante a realidade da profissão de enfermagem e seus trabalhadores por uma dedicação de vinte e quatro horas diárias a serviço do cuidado sobre um universo de emoções, sentimentos, que independente das condições sociais, econômicas, etnias presta seus cuidados com prosperidade e respeito. Entretanto, há uma menção especial para a profissão de enfermagem, pois essa é a realidade: em meio a assistência e as diversas práticas religiosas, dos acompanhantes/familiares ao uso de amuletos, símbolos ao tempo em que estão a acompanhar suas crianças. Portar tais símbolos religiosos parece ajudar a contornar as penúrias, amarguras e sofrimentos que prevalecem no período de hospitalização.

Num mundo em que gera para a profissão da enfermagem um caminho inexplicável de emoções e sentimentos, enfermeiros e enfermeiras encontram-se próximos de mães e familiares, seja por esta razão mitigadora, por encontrar uma resposta mais eficaz para a dor, motivo pelo qual esses acompanhantes estejam com tais objetos/símbolos religiosos por distintos momentos nas proximidades da criança hospitalizada.

A tempo, vamos de encontro a uma realidade onde encontramos uma profissão que traz consigo ao longo de sua história a presença da religiosidade. É um desafio de conseguir compreender as crenças, espiritualidade a religiosidade dos pacientes e seus acompanhantes. Já por uma outra vertente as diversas formas de expressões, sentimentos dos familiares concorrem para encontrar o conforto ao tempo de aflições e angústias dentro de uma enfermaria. Uma realidade instigadora, que transcende o homem, na sua concepção, em aparato de sofrimento, trilhando caminhos que até então não tinham sido percebidos. A religião, espiritualidade, barganha, qualquer que seja, pode ser um encontro entre todas as classes sociais quando o fator doença acomete um familiar. Este é o sentido deste estudo, a busca por compreender qual o sentido do objeto religioso para estes acompanhantes no momento da hospitalização da criança, quer sejam uma descoberta de emoções, razões diferentes, quer sejam uma realidade de subversões para os profissionais de enfermagem que atua com estas demonstrações religiosas.

CAPÍTULO I: REFERENCIAL TEÓRICO, HISTÓRICO, CONCEITUAIS E RELIGIOSOS APLICADOS À ENFERMAGEM.

A prática da nova ética social surge e integra o homem a um conjunto de novas regras de convívio que o torna de difícil compreensão para muitos. Os novos valores sociais e individuais provocam mudanças que marcam de modo profundo a história da humanidade. A era pós-moderna vem atribuindo ao homem comportamentos que os diferem em sociedade. Entre todas as transformações sociais, econômicas, familiares e tecnológicas, a presença da religião continua a ter uma importância fundamental no dia a dia das pessoas. Esta integração busca produzir no homem o sentido de nortear a relação da boa convivência social, transformando o mundo desconhecido em uma realidade repleta de sentido, conforto e esperança em todas as suas circunstâncias.

A prática do cuidar na história da humanidade é um exemplo disso, em nenhum momento encontra-se algum ser que não receberá cuidados do nascer ao morrer. Este instinto está enraizado na cultura da humanidade. Oferecer cuidados se considera essencial e necessário para a vida.

Em todo o ciclo vital¹ as práticas assistenciais são necessárias, desde os primitivos até a pós-modernidade. É notável a evolução dessas práticas no tempo, mas o processo de assistência e cuidado neste período não sofre alterações. Ao nascer, as primeiras atenções respiratórias: ao morrer, o preparo do corpo para ser sepultado. Duas grandes vertentes onde são encontrados um ciclo vital correspondente: nascer, crescer, reproduzir e morrer. Atenções diversificadas, práticas alteradas com os anos, mas com os mesmos objetivos de oferecer ao outro os meios para se desenvolver e auto-sustentar. Em nenhum momento da vida, o homem deixa de receber cuidados, por mais simples que sejam (primeiro banho, aleitamento materno, alimentação, até o uso das melhores medicações existentes) é um processo onde estaremos sempre envolvidos, tanto na assistência materna, quanto a familiar ou social:

O cuidado é parte integrante da vida humana, estando relacionado a tudo que faz parte da vivência do ser humano. O cuidado inato e o cuidado adquirido surgem das mais variadas formas, a partir das inter-relações entre os seres. O ser humano desenvolve o potencial pelo cuidado que, normalmente, se constrói de acordo com a cultura, as crenças e os valores

¹**Ciclo vital** é o conjunto de transformações porque podem passar os indivíduos de uma espécie para assegurar a sua continuidade.

advindos do contexto ambiental em que cada ser está inserido. O cuidado acontece em todos os momentos da vida, gerando transformações e crescimento nos participantes desse cuidado. (DIAS; MOTTA, 2004 p.42).

A história da humanidade descreve este percurso. O homem pré-histórico fazia a ligação entre saúde e doença quando se comparava o sentir-se bem e o sentir-se mal, as reações do próprio corpo às práticas físicas da época. Para (Minayo 1998):

[...]relacionar o processo saúde – doença está referenciado como fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas.(MINAYO.1998,p.16)

Reis (*apud* ROUQUAYROL, 2016), ao descrever o processo saúde-doença apresenta um conceito distinto ao anterior, como sendo:

Um conjunto formado pelos fatores vinculados ao ambiente, ao agente etiológico e ao suscetível, dotado de uma organização interna que define as interações determinantes da produção de doença (um sistema epidemiológico) (p.18).

No período paleolítico o uso da magia, da sabedoria feminina diante dos elementos da natureza e do xamã, era muito utilizado. Desta forma “a cura xamânica situa-se a meio caminho, entre a nossa medicina orgânica e as terapias psicológicas”.(STRAUSS, 1989, p. 213).

No período neolítico (4000 a.C), “o uso da mística era predominante usado entre as culturas”, mas algumas ações terapêuticas eram utilizadas por grupos individualizados conforme seus costumes. “O homem da tribo cultivava plantas e aprendeu a extrair dos vegetais, óleo, líquido natural por meio de pressão exercida sobre folhas e troncos das árvores” (ANDREI; PERES; COMUNE, 2005, p. 58), dos quais as substâncias extraídas eram usadas para diversas finalidades terapêuticas entre a comunidade.

Entre os Egípcios na Idade Antiga, o poder dos deuses estava presente pelas invocações específicas a cada necessidade (NEVES, 2011). Para as práticas curativas, enfermidades e males do corpo, Imhotep² era o principal deus da medicina a ser invocado. Os egípcios das primeiras civilizações politeístas cultuavam entre os seus diversos deuses a gratidão e retribuía diversas formas às prosperidades vindas

²Deus egípcio da medicina, teria vivido em torno de 3000 a.C. e trabalhou como grão-vizir, arquiteto, chefe dos leitores sagrados, sábio, escriba e médico. Atribui-se a ele a escrita do papiro de Edwin Smith, uma das grandes relíquias da antiga medicina egípcia (BACARO, 2012, p.15).

das divindades. Osíris era, entre tantos deuses, o principal da civilização egípcia a ser cultuado. Relatos estes encontrados descritos entre os cristãos de forma semelhante.

Para os Gregos, dois grandes nomes são representativos neste período. Na medicina, Pitágoras com seus conceitos e fundamentos mais científicos, e Hipócrates que, por sua vez, delimita o fator “saúde”, ligado às funções fisiológicas do organismo e não às entidades ou credices espirituais.

No período do renascimento, com a revolução científica o organismo humano foi dividido em partes, para melhor ser estudado e compreendido diante dos sintomas apresentados. (NEVES, 2011).

Com a Revolução Industrial³ (1760-1820), não somente surgiram os avanços na indústria. Na medicina, importantes procedimentos foram usados, principalmente na Europa com uso dos Raios X, de medicações (penicilina) e vacina (anti-varíola). As descobertas das funções do organismo humano se desbancavam pela evolução das ciências médicas biológicas, neste período. Aos poucos a relação saúde-doença começou a ser alinhada.

Mas todos os desdobramentos dos avanços científicos, ao despontar do século XX, não foram suficientes para reduzir as ações do processo da mística na saúde-doença, diante do conhecimento da humanidade, por seus costumes e cultura, provocando entre a população conflitos diante das ações do Estado referentes ao uso de medicações. Para muitos, as práticas religiosas e o uso de plantas naturais não foram dispensados. Este costume do homem foi sendo transmitido ao longo do tempo pelas comunidades. Nos primeiros anos do século XXI, prevaleceu a mística da cura pela oração, uso de objetos religiosos, chás de ervas, entre outros costumes. Isto se manteve presente na cultura do povo, onde a doença e o cuidado podem ser tratados de forma natural.

Ao descrever estas práticas da magia, crenças nos costumes da humanidade em tempos pós-modernos, Lévi-Strauss analisa a eficácia existente entre magia e crença:

A crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; depois, a do doente de que ele trata, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e, posteriormente a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam continuamente uma espécie de campo de gravidade, no interior do qual se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (LÉVI-STRAUSS, 1995, p.182).

³ Essa expressão é usada para referir-se a todas as mudanças no trabalho industrial, que se deram a partir dos meados do século XVIII. A mais importante dessas alterações, ocorridas em primeiro lugar na Grã-Bretanha, foi à invenção de máquinas que produziam muito mais que o trabalho manual.

Em meio a este cenário tecnológico pós-moderno, onde a humanidade foi gradualmente surpreendida com novas descobertas, criou-se uma certa utopia em relação a esse período e suas possibilidades. Muitas conquistas não foram suficientes para suprir as necessidades do homem pós-moderno que a cada dia se encontra fragilizado, vazio e refém de suas próprias mazelas.

Notavelmente, são os momentos de dor, angústias, desequilíbrios emocionais, familiares que acabam por levar o homem ao rompimento de seu eixo emocional. São por estas e outras cenas de desespero que a busca de respostas para tantos conflitos, desilusões, sofrimentos nas práticas religiosas, são recorrentes pelo homem (NEVES, 2011).

O homem recorre às práticas religiosas, não somente diante as dificuldades do cotidiano. É necessário utilizar meios cognitivos, comportamentais, aproximação repentina da religião ou espiritualidade, conseqüentemente designados às suas necessidades, o que deflagra uma busca incansável em resolver seus problemas.

Essa busca aflita da religião, decorre quando o homem se vê acometido por alguma doença, feridas, convalescência e necessidade de cuidados, auxílios nos momentos de sofrimento.

Ecco, *et al.* (2016), afirmam que essa mesma prática ocorre quando: “nessa busca de respostas para os sentidos da vida, para as doenças e muitas vezes até mesmo pela cura, o ser humano recorre a religião” (p.78). A “doença é uma quebra do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo e obrigatoriamente remete o paciente à revisão de valores, ações que desencadeiam um mecanismo de resgate da condição humana e de suas relações” (ROMANO; MACIEL, 1994.p.172). E também:

A doença não é mais que um construto que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognósticos e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes, de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. O conhecimento clínico pretende balizar a aplicação apropriada do conhecimento e da tecnologia, o que implica que seja formulado nesses termos. No entanto, do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção individual sobre a saúde é que conta. (EVANS; STODDART, 1994. p. 41).

Assim a doença parece ser vista de tal enfoque, como uma espécie de nivelador sócio negativo, igualando pessoas das mais diferentes localizações sociais em uma mesma classificação que as tornará semelhantes, não somente nos sintomas comuns,

mas também no modo emocional de ser enquanto pessoa (ROMANO; MACIEL, 1994.p.172).

As doenças são o resultado de fatores biopsíquico-social-espiritual que denotam ruptura com o ser e a natureza, o ser e o emocional, e com o ser e a razão, em síntese com o ser e a sua totalidade, gerando, dessa forma, as feridas simbólicas representadas pelos transtornos de ordem físicas, emocionais, psíquicos ou espirituais. (ECCO *et al*, 2016, p.113).

As condições decorrentes dos fatores físico-emocionais com as quais o homem se depara, decorrem a partir dos fatores: familiar, econômico e ocorrem principalmente na doença, o que pode contribuir para evidenciar a necessidade do homem em buscar a Deus, ressurgindo em seu interior o desejo profundo de usufruir da crença, fé, liberdade de consciência, de expressão, na força catalisadora da religião. Essa busca do homem neste momento de fragilidade emocional pode evidenciar um estado de barganhar com Deus. Essa troca acontece através da oração podendo ser considerada como o protótipo da relação face a face com a imagem internalizada de Deus.

Este encontro do sentido religioso para o homem no momento de dificuldade, o motiva a buscar em diversos lugares uma resposta para suas necessidades e aflições, na Igreja, na comunidade religiosa onde ocorre esta aceitação da permanência e integração em Deus, na esperança de alcançar alívio ou a interrupção do seu sofrimento.

A religião alimenta no ser humano a esperança de conseguir concretizar a satisfação dessas necessidades. Fornecendo os elementos que garantem a nomia social, uma vez que ela é um sistema de símbolo que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos seres humanos através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral. (LEMOS, 2009, p.31).

O processo de doença e adoecimento devem ser compreendido pelas pessoas como uma atenção primária aos cuidados com a saúde. Este cuidado se evidencia nos pais/familiares que ao menor sinal de desconforto ou comprometimento com a vida de seu filho, procura imediata assistência médica para o pronto atendimento. Todo o processo de atendimento e avaliação para muitos pais/familiares não é fácil, a situação torna-se mais complexa quanto resultado e aceitação do diagnóstico. Há casos que não há um diagnóstico de imediato para compreender o tratamento e a hospitalização, causando para muitos pais/familiares um momento de dor, angústias, sofrimento e isolamento.

As evidências das dificuldades, aflições, desesperos, angústias, faz com que o homem abandone sua onipotência e torne-se frágil. Tal situação ocorre independentemente de sua posição social, econômica, ocupacional ou escolaridade. O que importa neste momento para ele é simplesmente encontrar a fonte de esperança e respostas para as dificuldades atuais. Ao considerar a religião como uma forma de repetição de suas próprias origens, o indivíduo retorna aos fatos afetivos e reprimidos para enfatizar esta experiência religiosa de modo a suprir as suas necessidades: “É na vida que percebemos e sentimos múltiplas formas de dor, sofrimento, doença, decepções, e são esses momentos privilegiados que nos fazem buscar uma relação com o sagrado [...]” (RAIMER, 2002, p.1233-50).

Ocorrem casos, onde o processo de hospitalização, diagnóstico e tratamento transcorrem em períodos curtos, outros mais longos, dia após dia, meses, podendo chegar a anos, para os familiares é um tempo árduo, doloroso e desgastante, conduzindo em alguns casos ao desgaste emocional mãe-filho. A presença da figura materna a todo o momento acompanhando o tratamento e a hospitalização, acaba por se tornar uma entrega total ao filho, gerando no acompanhante um universo de culpas, emoções e sentimentos reprimidos. Para encontrar forças para ajudar o filho e a família, a mãe recorre a todas as possibilidades racionais e irracionais na busca da restauração da saúde da criança. É um tempo de dedicação, atenção, esperanças, choros e muito cuidado ao filho.

Segundo Waldow (1998), compreender o processo do cuidado envolve: “Ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o status de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental” (p. 21).

Referenciando-se em Costenaro (2002), o *cuidar* tem por objetivo “atender o ser humano em suas necessidades básicas, proporcionar-lhe conforto e bem-estar físico e mental” (p. 41). Como bem detalha Boff (2008): “O cuidado é um conceito amplo incorporado de diversos significados: solicitude, desvelo, zelo, diligência, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade” (p. 33).

E para Ayres (2003, p.73): “Que estranho personagem é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito e nem o espírito para matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele a existência”.

O avanço das novas teorias, métodos de avaliações assistenciais, cuidados paliativos, fármacos de última geração, atendimentos domiciliares, presentes na medicina moderna buscam ofertar ao homem uma ajuda na superação frente à dor, sofrimento, doença, separação e à morte. O mercado, ao inserir todas estas ofertas, acaba por amenizar a doença e aliviar a dor, tornando a assistência ao paciente uma ação mecanicista e uma atenção intempestiva.

No processo de integralidade, a religião e a medicina se evidenciam ao ser humano de uma forma que se deve compreender a dimensão biológica, mental e social, sendo reconhecido por parte da medicina que não somente o paciente e seus familiares estão representados na forma biológica e física, mas também ligados à outros fatores. A presença da religião ao ser repassada por culturas, tradição de família acaba sendo relativamente aceita pelo indivíduo. Em outros momentos a religião torna-se o principal referencial às perguntas que se desejam tornar claras em algum momento da vida.

1.1 DOIS HORIZONTES: ENTRE A RELIGIÃO E AS PRÁTICAS DAS CIÊNCIAS

Da antiguidade ao cristianismo, as práticas dedicadas a um doente consistiam na esperança de um dia o cuidador ganhar a salvação da alma “vida eterna”. Na descrição de Foucault (1979, p.102): “o pessoal do hospital não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação”. Deste modo, compreender a salvação da alma do cuidador seria concedida caso a alma do doente fosse salva pelo seus cuidados e atenção a ele prestada. O autor supracitado descreve este cuidador como:

Uma pessoa caritativa – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (p.102).

Assim, muitos cuidadores deste tempo eram cedidos por pessoas ligadas diretamente à igreja, onde eram orientados pelos sacerdotes a se dedicarem às diversas obras de caridade e aos cuidados paliativos aos enfermos como sinal de salvação. Este gesto de caridade não se tratava de um ato penitencial, mas de um gesto de salvação, a ponto que, quanto mais se dedicavam ao cuidados dos doente, mais se poderia ter a certeza da vida eterna. Ceccarelli (2000), descreve que “nos

hospitais, por volta da metade do terceiro século (313 d.C) a prática da medicina e o tratamento dos doentes estava nas mãos dos padres, assistidos por voluntários que se transformariam, mais tarde, nas irmãs de caridade” (p. 23).

Ao seguir as orientações da Igreja, os cristãos em parte se dedicavam ao cuidado físico e espiritual dos doentes, que se assomavam aos montes pelas ruas e becos das cidades, decorrentes da epidemia de tuberculose entre outras doenças da época. Para estes leigos esta prática compreendia além da obediência aos mandamentos da Igreja e a espera da recompensa da salvação, a converção dos pagãos ao Cristianismo na barganha pela sua recuperação.

O que se vivia neste tempo era o medo e o desprezo da sociedade para com os doentes. Assim, os sanatórios e hospitais se tornaram locais de despejo de pobres, doentes, rejeitados, abandonados, pois todos temiam estar em contato com estes enfermos. Tão grande eram as enfermidades e condições físicas destas pessoas que os tornariam sem as mínimas condições de convivência em comunidade, devido a crise epidemiológica que se registrava com grande número de convalescentes que crescia exponencialmente. Descreve Foucault (1979): “correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer” (p. 101).

Tendo por legado, a Igreja Católica iniciou este marco de acolhida aos enfermos entre outros pormenores, somente foi possível encontrar relatos que demonstrem a presença dos religiosos (frades, monges, freiras) na gerência e construções das instituições de saúde e seus trabalhos desenvolvidos a partir do século XII ao XVI, em diante.

Isto demonstra a dimensão da assistência promovida pela Igreja Católica. Os doentes espalhados por becos, vielas das principais cidades européias não paravam de aumentar (século XVI-XVIII); homens, mulheres em péssimas condições de saúde, dizimados pela degradante epidemia de febre maligna (FOUCAULT, 1979), os quais foram acolhidos e cuidados por leigos e religiosos nos abrigos e casas de acolhidas pertencentes à igreja. Nestes abrigos os doentes recebiam: alimentação, higiene corporal, curativos, em suas chagas, a oração à beira do leito e principalmente o toque humano. Na concepção Sciliar (1996): “Os doentes necessitam de que alguém os toque, pois parte de seu sofrimento é devido a ausência de contato humano. As pessoas, mesmos os familiares e amigos, tendem a se afastar do paciente, tocando-o menos possível” (p.48-49). No percurso histórico entre a enfermagem e a religião, a atenção voltada aos doentes provém de uma convergência de orientações vindas da

igreja para as práticas constantes da caridade e assistência aos abandonados. Ecco *et al.* (2016) dizem que “aproximadamente desde os anos 313 d.C, no início do cristianismo a Igreja Católica, por meio dos religiosos e padres, detinha as práticas da medicina” (p.122). Estas organizações estavam sobre os cuidados das irmãs “freiras”, que tinham como encargos assistenciais promover o conforto físico e espiritual aos doentes.

O ofício da Enfermagem como sendo uma ligação direta com a igreja, surgiu através da organização de freiras católicas para servir em hospitais em 1617, pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, onde o pensamento cristão deu ao cuidado da Enfermagem um caráter de caridade adotado pela Igreja. (KOENIG, 2005, p.18).

Ao final do século XX, encontramos algumas religiosas que fizeram de suas vidas consagradas um exemplo de dedicação aos marginalizados de uma sociedade globalizada: Irmã Dulce dos Pobres, Madre Teresa de Calcutá, mulheres religiosas que testemunharam à humanidade o legado da acolhida do consolo aos desamparados e dos abrigos aos abandonados. Não foram encontrados relatos formais de outros cuidadores a não ser manuscritos de religiosos em séculos anteriores.

As irmãs se dedicavam ao zelo e aos cuidados com os enfermos.

No século XVI foram identificados registros de homens como São Filipe Neri, São Félix Capuchinho, Santo Alexandre de Sauli, homens que por suas santidades dedicavam ao serviço da acolhida, cuidado e atenção aos mais diversos enfermos com as moléstias mais repugnantes, incuráveis, ou de cura difícil encontrados em épocas diferentes. (BRANDÃO.1987,p.27).

Entre os homens, o modelo assistencial aos doentes ficaria a cargo do jovem Padre Camilo de Lellis⁴ por volta do século XVI, homem de profunda piedade com os enfermos, o qual ministrava um carinho para cada doente que pelo seu caminho era encontrado.

Descreve Brandão(1987), que São Camilo de Lellis “assistia aos enfermos com tanto carinho que podia relacionar a assistência dele como a de uma mãe para com seu único filho doente” (p. 67).O amor aos doentes, um cuidado holístico, orações litúrgicas a beira leito, escola de caridade, fariam do carisma de São Camilo de Lellis as primeiras linhas de uma profissão assistencial que desbravaria os séculos, pelo

⁴ Camilo de Lellis foi um religioso italiano, fundador da Ordem dos Ministros dos Enfermos. É venerado como santo da Igreja Católica e é considerado protetor dos enfermos e dos hospitais (BRANDÃO, 1987).

cuidado e a presença de Deus Misericordioso. Uma enfermagem doada pela beleza do amor e da caridade. E afirma: “Servia aos pobres doentes, sempre em atitudes de reverência e amor, lembrando da presença de Deus. Beijava a mão dos miseráveis pedindo-lhes que obtivessem de Nosso Senhor misericórdia para com ele” (BRANDÃO, 1987, p. 67).

Neste período do século XVI-XVII, podem ser relacionadas algumas hipóteses e práticas de enfermagem já utilizadas pelo então Padre Camilo de Lellis em suas atividades assistenciais, cuidados aos enfermos de maneira direcionada e dimensionada. Na prática, ele não buscava considerar somente o ato do cuidado, algumas regras e comportamentos deveriam ser seguidos, para que o enfermo realmente fosse assistido com atenção cabível diante de suas necessidades físicas e espirituais apresentadas. Os escritos deixados pelo padre aos seus confrades, evidenciam as primeiras regras científicas de assistência em enfermagem. São ensinamentos, métodos e práticas que posteriormente se tornarão de fundamental importância para o futuro dos modelos científicos da enfermagem.

As regras para servir aos doentes para São Camilo constituem um verdadeiro manual de Administração Hospitalar. Orientava quanto a importância das anotações de enfermagem e de passagem de plantão, relatando tudo o que se passou e transmitindo cuidadosamente o que se deve providenciar para cada caso. Os horários da medicação deviam ser diligentemente anotados e escrupulosamente observados. Aos pacientes mais graves deviam ser dispensados cuidados intensivos. Outros descritos era a observação e atribuições do pessoal, introduz a educação em serviços, insiste na supervisão, exige serviços de assistência social, indica métodos de limpeza hospitalar, prescreve o uso de avental branco e dita normas para controle de estoque (BRANDÃO, 1987, p.69).

Regras de Padre Camilo foram desenvolvidas ao longo dos tempos, sob a supervisão dos religiosos, tanto para a eficiência da administração hospitalar como para a qualidade da assistência de enfermagem prestadas aos pacientes. Assim, por mais de dois séculos houve a liderança dos religiosos sobre as casas de saúde, hospitais e abrigos. Conforme Foucault (1979) “até em meados do século XVIII quem detinha o poder dos hospitais eram religiosos, raramente leigos, destinados a assegurar a vida cotidiana do hospital, à salvação e à assistência alimentar das pessoas internadas” (p. 109). Atualmente os religiosos se mantêm nas administrações e diretorias de diversas unidades hospitalares. As congregações religiosas masculinas e femininas unem-se por seus carismas em favor da associação de assistência religiosa, com oferta de atendimento médico, terapêutico e de reabilitações. Pode se distinguir a presença dos religiosos nas Santas Casas de Misericórdias (onde se

encontram as Irmãs Filhas da Caridade, mantendo o Carisma de São Vicente de Paula), abrigos e hospitais mantidos por ordens religiosas, asilos em todo mundo, onde se alicerça o cuidado e atenção voltada àqueles que são renegados pela sociedade. Neste elo pode-se registrar a grande dimensão histórica da enfermagem com a religião em seu contexto histórico.

No século XIX, no ano de 1820, uma jovem inglesa batizada com o nome de Florence Nightingale⁵, de família religiosa e bem sucedida, tendo por base uma educação provinda de seus pais, uma inteligência inexplicável, personalidade forte e determinada, conhecimento intelectual fora dos padrões para mulheres de sua época, dedicou-se aos estudos da matemática, geometria e álgebra. Possuía um conhecimento admirável dos grandes clássicos além do domínio das escrituras bíblicas que detinha. Ela sempre enfrentou os desafios de seu tempo na conquista de espaços, muitas vezes não permitidos para mulheres. Em 1845, com aproximadamente 25 anos, decidiu que, por iluminação de Deus, iria se dedicar a doentes em hospitais, um afronto aos seus pais que a proibiram de seguir tal desejo. Mesmo assim ela não desistiu e foi em busca de seus ideais.

Sua trajetória de vida foi marcada por crenças e espiritualidade. “A constante preocupação e o envolvimento com o sofrimento de seus semelhantes foram segundo registro em seu diário, decorrentes dos chamados de Deus” (GOMES, 2007, p.108). Outro grande desafio a ser enfrentado pela jovem seria o de ser enfermeira, carreira que para a época não era bem vista pela sociedade para mulheres de família, por se tratar de um ofício por princípios das religiosas (freiras) e por mulheres vulgares, ignorantes, de má vida, ou por ter algum vício e ali estariam para se redimir de suas atitudes mundanas.

Em 1851 seguiu seus ideais, após diversas viagens pela Europa, conhecendo vários hospitais, tendo contato mais de perto com realidades da prática, conheceu as irmãs da Piedade que gerenciavam o Hospital Saint Germain em Paris, onde teve a sua maior experiência:

Esta foi influenciada diretamente pela sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem, leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade e pelos

⁵Florence Nightingale foi uma enfermeira britânica conhecida por ser pioneira no tratamento aos soldados feridos durante a Guerra da Criméia. Seu nome era pronunciado de forma doce, pela eficiência entre os feridos. O trabalho que realizara durante a guerra teve um impacto muito maior do que simplesmente a ação de reorganizar a enfermagem e salvar vidas. Ela quebrou o preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército e transformou a visão da sociedade em relação à enfermagem e ao estabelecimento de uma ocupação útil para a mulher (OGUISSO; 2005).

preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado. (PADILHA, 2005, p.723).

Após algum tempo, dedicou ao voluntariado em um hospital para senhoras enfermas. Em 1854 na Guerra da Criméia⁶, após tempos de grandes conflitos, ao tratar de diversos soldados feridos, estes foram observados que muitos estavam morrendo de infecção hospitalar, mais do que os que estavam nos campos de batalha e conflitos. Foi neste cenário que Florence, após um convite de um amigo Britânico, Sidney Hebert (Secretário britânico para a guerra neste período) ao fazer o convite à amiga e por ter referências do seu trabalho e dos seus conhecimentos, buscava reverter as inúmeras mortes de soldados feridos. Narra a história que as inúmeras mortes de soldados nos campos de batalha não provinham de fuzilamentos, mas sim de doenças que era propagadas entre os soldados, assim dizimando inúmeras tropas. Ao descrever fato semelhante ocorrido no século XVII, Foucault (1979) diz que o “índice de mortalidade dos soldados era imenso. Que uma tropa de Viena perdeu 5/6 de seus homens antes de chegar ao lugar do combate. Esta perda de homens por motivo de doenças, epidemias ou deserção, era um fenômeno relativamente comum” (p. 104). Assim era notória a preocupação e as providências do secretário britânico em buscar a jovem Florence para colaborar nos campos de batalha.

Em pouco tempo de sua presença nos campos de batalha, colocou suas teorias em prática obtendo resultados satisfatórios diante das suas ações, práticas sanitárias, alimentação saudável, ingestão de água potável e práticas assistenciais por ela organizada e oferecida aos soldados nos campos, cuidados estes que acarretaria em pouco tempo ser obtida uma baixa das altas taxas de mortalidade dos soldados britânicos feridos em combate:

O trabalho que realizara durante a guerra teve um impacto muito maior do que simplesmente a ação de reorganizar a enfermagem e salvar vidas. Ela quebrara o preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército e transformara a visão da sociedade em relação à enfermagem e ao estabelecimento de uma ocupação útil para a mulher. (OGUISSO, 2005. p.59).

⁶A Guerra da Criméia foi um conflito que se desdobrou de 1853 a 1856, na península da Criméia (no mar Negro, ao sul da atual Ucrânia), no sul da Rússia e nos Bálcãs. Envolveu de um lado a Rússia e, de outro, uma coligação integrada pelo Reino Unido, França, Piemonte-Sardenha (na atual Itália) — formando a Aliança Anglo-Franco-Sarda — e o Império Turco-Otomano (atual Turquia). Esta coligação foi formada com o objetivo de conter a expansão russa. (s.d – s.n.).

Na sua prática assistencial em saúde, no período da guerra, Florence não se ateve em caminhar em torno dos leitos, ou a observar os soldados feridos, percorria diversos compartimentos do hospital à luz de uma lamparina, vigiando e cuidando dos soldados feridos e doentes, dedicando a estes, os cuidados diários. Ficou conhecida como “*The Lady With The Lamp*” (A Dama da Lâmpada) ou “*The Angel Of The Crimea*” (O anjo da Criméia) (MALAGUTTI; MIRANDA, 2010).

Ao fim da guerra da Criméia (1853-1856), Florence retornou à França onde passou a dedicar-se aos ensinamentos e cuidados sanitários nos ambientes hospitalares, à formação de novas enfermeiras aplicando suas teorias e disciplinas morais. Foi considerada aprecursora da Enfermagem moderna, reconhecida e premiada por diversos países Europeus e Canadense pelas suas teorias, elevando a cada dia as ações de enfermagem aos países por onde passava, como ocorreu no Canadá, Suíça e Itália. Posteriormente, com a saúde debilitada e acamada por consequência de uma doença adquirida na guerra da Criméia, passou a escrever dezenas de panfletos e livros que contribuíram para nortear as enfermeiras da época e a história da enfermagem, tais como: método de higienização das mãos; anotações e registros de enfermagem, higiene e cuidado com o corpo, deixando para suas sucessoras o caminho a ser trilhado. Faleceu em 13 de agosto de 1910 na cidade inglesa de Hampshire.

Os caminhos entre a enfermagem e a religião transpassam a história. O modelo de assistência e cuidado ensinado por dois grandes personagens que marcam a história da enfermagem entre a prática e a teoria, embora não fossem graduados em enfermagem mas detentores de grandes conhecimentos, souberam aplicar procedimentos aperfeiçoados cada um em sua época. Padre Camilo, pela ação das boas obras o cuidar do próximo, assistir com zelo aquele que fosse rejeitado, tendo por preceito a imagem do Deus caritativo em cada enfermo por ele cuidado. Para Florence, as práticas do cuidado deveriam ser guiadas pelas ações higiênicas e cuidados paliativos que ajudariam a promover a recuperação mais rápida e eficaz dos doentes, diminuindo a propagação de infecções, disseminações das doenças contagiosas, taxas de mortalidade. Além disso, ela pregava uma organização estrutural dos hospitais.

Essas medidas desenvolvidas por Florence em sua trajetória, subsidiaram as práticas descritas por Camilo de Lellis (século XVI) e por FOUCAULT (1979), quando descreveram a construção dos hospitais e o enaltecimento dos médicos diante as

práticas assistenciais e administrativas: “as técnicas de identificação dos pacientes, fichas de transmissão de informações, medicamentos em uso e o tratamento prescrito” (p. 110).

O processo do cuidar na enfermagem sempre esteve ligado às práticas assistenciais, de religiosidade e espiritualidade. A enfermagem e a religião historicamente têm se comunicado de forma direcional ao passo que em alguns momentos foi possível confundir ambas as ciências em suas práticas. O percurso entre a religião, o cuidar e as práticas de enfermagem, chegou ao século XXI com uma enfermagem que determinava suas práticas assistenciais baseadas em teorias, modelos e planejamento, desenvolvendo suas atividades assistenciais com autonomia, independência dentro dos princípios da ética, não de maneira singular, mas envolvendo as demais categorias multiprofissionais em todo o processo do assistir e do cuidar.

A enfermagem registrou a cada dia o seu avanço ao longo da história pelos seus métodos teóricos de uma profissão que busca renovar cientificamente e continuamente suas bases fenomenológicas, sociológicas, religiosas, fundamentadas pelos seus aspectos éticos-moral decorrentes de toda sua trajetória histórica.

1.2 ENFERMAGEM: CONQUISTA DOS HORIZONTES, O NÃO ESQUECIMENTO DO PASSADO.

Ao definir a enfermagem, alguns autores discorrem em diversas concepções (Horta, Perse, Abdellah e Wastuson): “seus conceitos são claros ao descrever que à enfermagem é uma ciência entre todas as outras, mesmo que se depare com os conceitos apresentados pela medicina e psicologia” (LACERDA, 1998, p. 210). Sendo o cuidar do ser humano um processo definido por sua modalidade de assistência básica ou sanitária.

Na descrição de Abdellah (1986), a enfermagem como ciência passa ter a forma descrita, “como um corpo cumulativo de conhecimento científico, derivado das ciências físicas, biológicas e do comportamento” (p. 196). Na concepção de Bottorff (1991) o autor descreveu: “o termo ciência de enfermagem é um ramo ou corpo de conhecimento caracteristicamente diferente do conhecimento que é apontado e obtido por outras disciplinas eruditas” (p.28). Na visão de Lima (s.d., p.30) não foi possível

considerá-lo ambiente da atenção ou da assistência ao doente a ser prestada, pois este será sempre um cuidado provido a um organismo que requer cuidado:

Nos dias de hoje, a enfermagem pode ser definida, enquanto ação social, como a atividade realizada por pessoas que cuidam de outras procurando manter a vida sadia, evitar ou amenizar as doenças, proteger o meio ambiente e distorce – lá para o desenlace da vida perante a morte (LIMA, *s.d.*, p. 30).

Para Horta(1979):

Define a enfermagem como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, procurando torná-lo independente a assistência, quando possível, por meio do ensino do autocuidado, do apoio à recuperação, manutenção e promoção da saúde, prestado em equipe, com outros profissionais da área da saúde (p.99).

Na concepção de Almeida (2000), a Enfermagem:

É uma das profissões da área da saúde cuja essência e a especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família e ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza através do cuidado pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para prestação da assistência e promovendo a autonomia através da educação em saúde (p.97).

Diante de todas as categorias da área de saúde, a profissão de enfermagem está entre as primeiras em todo mundo, com o maior número de trabalhadores atuantes, sendo uma das primeiras a ser lembrada no campo da saúde. Atualmente no Brasil, a enfermagem é uma das 16 profissões no *ranking* de profissionais atuantes. Por se tratar de uma profissão aos termos legais do exercício da profissional, está devidamente regulamentado pela Lei 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências e diante dos dados apresentados pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE, (2000). O órgão relaciona a categoria com 50% do conjunto dos trabalhadores na saúde. Um estudo recente sobre o perfil da Enfermagem no Brasil, em 2015, reafirmou esta inserção da enfermagem no mercado de trabalho.

A equipe soma 1,8 milhões de profissionais, sendo 414 mil enfermeiros e 1,4 milhões de técnicos e auxiliares, ou seja, 65% da equipe de saúde que atua no sistema trazem uma diversidade e complexidade de análises”. (COFEN, 2015, p.35). “De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem (FIOCRUZ, 2015, p.45).

A enfermagem é a única profissão que está presente em todas as instituições assistenciais de saúde (domiciliar, filantrópica, pública e privada), desde a rede de

atenção básica da saúde da família a unidade hospitalar de maior complexidade, ao atendimento assistencial domiciliar onde se encontra um profissional da área, presente durante as 24 horas, nos 365 (trezentos e sessenta e cinco), dias do ano.

Durante toda a trajetória da enfermagem, os enfermeiros buscaram manter-se atualizados diante os avanços das ciências médica e da tecnológica; desenvolveram cientificamente as teorias, métodos assistenciais, protocolos e procedimentos operacionais que colaboram com o perfil de assistência ao cuidado, desbravaram horizontes e barreiras entre as diversas categorias da área da saúde, na busca de manter à frente do modelo biomédico usado como norte por algumas categorias nos dias atuais. As mudanças continuaram, atualizações colaboraram com o desenvolvimento da profissão, mas a cada instante a espiritualidade e todo o processo histórico da profissão foram esquecidos.

O carisma de Padre Camilo: “mais coração nas mãos, irmãos” (BAUTISTA, 1995, p.115), e da jovem francesa Florence: “Acho que sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações que tragam resultados ao transpassarem ao tempo”. São ensinamentos sólidos construídos por precursores que contribuíram para a enfermagem se transformasse num modelo de profissão humana entre outros métodos assistenciais de cuidados.

Com o passar do tempo, a enfermagem deixou de lado seu passado e configurou a sua assistência como uma prática monótona e mecânica, como medicar, ligar e programar máquinas, ter contato direto somente em procedimentos invasivos. O profissional enfermeiro não se detém mais na valorização da espiritualidade e o conforto do paciente. A tecnologia aproximou o mundo por meios de redes tecnológicas, produziu máquinas importantes para uso dos hospitais. A qualidade e o serviço mecanizado promoveram o distanciamento dos profissionais do contato na assistência direta ao paciente ao longo do período de hospitalização.

Sabe-se que a necessidade do cuidar, está além dos poderes da ciência. Mas atualmente, o homem não é visto como um todo, mas como fragmentos fisiológicos, impostos pelas ciências médicas, cujo cuidado assistencial é realizado em momentos específicos e por profissionais especializados.

O tempo influenciou para que a essência do contato direto se tornasse cada vez mais distante, e não mais se apreciasse a concepção *biopsicossocioespiritual* do ser. Em sua descrição, Dawkins (2007), citou um pensamento de Einstein ao referenciar a relação do homem consigo mesmo:

Estranha é nossa situação aqui na Terra. Cada um de nós vem para uma curta passagem, sem saber por que, ainda que algumas vezes tentando adivinhar um propósito. Do ponto de vista da vida cotidiana, porém, de uma coisa sabemos: o homem está aqui pelo bem dos outros homens-acima de tudo daqueles que cujos sorrisos e bem-estar nossa própria felicidade depende (DAWKINS, 2007, p.274).

Encontram-se diante de todo o processo de desenvolvimento da enfermagem em tempos pós-modernos, estudos teóricos, processos inovadores de assistências planejadas, sistematizadas, as quais seguem metodologias institucionais e temáticas, direcionadas por eixos elementares sobre as grades curriculares para a formação dos futuros enfermeiros, que ao final acabarão por formar profissionais direcionados à compreensão e à execução de procedimentos assistenciais mecanicistas.

Como bem detalhou Pessini (2013):

Preparar profissionais qualificados e humanizados para cuidar da saúde dos que adoecem, numa sociedade mercantilista, na qual existe um apelo demasiado ao consumo, significa transcender à essência humana e resgatar os valores humanísticos, como a solidariedade, a alteridade, o amor ao próximo, a compaixão; é cuidar do outro como gostaríamos de ser cuidados, o que suscita a necessidade de formar profissionais competentes, humanizados, críticos e capazes de responder às prerrogativas das demandas do cuidar no processo de saúde-doença (PESSINI,2013, p.376).

O que se propõe não é mudar o norte do processo de formação das práticas de enfermagem, mas sim atribuir o conforto às ações do bem-estar do paciente como se descreveram nas disciplinas relacionadas no século XIX e XX quando este se detinha nas práticas das ações morais, éticas, religiosas e científicas.

É possível compreender o modelo de assistência em enfermagem quando observados os ensinamentos instituídos pelas Irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paula e a difusão das práticas laborais e formativas da profissão como modelo eficaz. Pela constituição reflexiva de Padilha (2005).

As práticas teóricas de enfermagem seguidas pelas irmãs Filhas da Caridade em meados do século XIX detinham-se pela qualidade esperada à formação da Enfermeira, com humildade, abnegações, serviço ao próximo, disciplina, respeito, sendo este modelo de comportamento e ações presente, sobre a influência do pensamento e do imaginário social (p.136-42).

A sociedade atual encontra-se estruturada num mundo globalizado, sob organização competitiva do mercado aos padrões e modelos da ciência positivista que se baseiam no fundamento do modelo biomédico, exposto por Cutolo, (2006): “[...]”

caracterizado pela explicação unicausal da doença, pela fragmentação, mecanicismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (p. 16).

Faz-se necessário a preparação do profissional para as práticas assistenciais, e a aproximação dos ideais de igualdade, justiça social, bem-estar e da felicidade do ser.

No domínio da prática assistencial em saúde, a visão do modelo biomédico atual está defasada ou não mais corresponde à fase do ciclo vital: nascer, adoecer, obter o diagnóstico, realizar o tratamento, obter a cura e posteriormente não conseguir a cura e morrer. Talvez não seja este o caminho a ser compreendido exatamente pelos enfermeiros em suas práticas assistenciais por relacionar o censo comum e hora com dissenso. Na constituição reflexiva, Mussi, (2005) descreve que:

As ações do enfermeiro podem não supor o indivíduo ativo, sua sensibilidade, cultura, moralidade e intimidade. Mas pode ser regida por uma lógica técnico- científica, sem, necessariamente, incluir considerações de ordem ética, quando o uso do conhecimento técnico-científico prescinde das relações humanas, onde o paciente deixa de ser reconhecido como pessoa e passa a ser visto como um quadro patológico (p.80).

Sinalizando esta trajetória da enfermagem presente na cultura, tem-se a observação de restrições na prática do cuidar. Mas o conhecimento científico, emocional e religioso transpassa o limite das diretrizes da profissão. De acordo com Simões (2016), é enaltecido o modelo biopsicossocial para ser usado na área da saúde, no qual a abordagem ao paciente tornou-se uma prática mais próxima.

O modelo, chamado biopsicossocial, trouxe a integralidade do ser e das comunidades, como foco da atenção da prática médica. Em uma visão otimista, essa nova geração de médicos tem o potencial de combinar os imensos avanços tecnológicos do último século, com uma relação médico paciente baseado em princípios éticos e humanísticos (p.198).

Após este percurso histórico e conceitual pode-se deduzir que se constata atualmente que as ciências médicas e a Enfermagem, encontram-se diante de um processo de auto avaliação e transformações nas diversas áreas científicas, tecnológicas e humanas.

Entre todas as áreas da saúde, a do cuidado decorrente do legado da profissão do enfermeiro, estão à frente de uma das mais antigas profissões existentes.

Qualquer que seja a dimensão, social e ou cultural do ser humano, sempre terá alguém que necessite de assistência, e ali estará um profissional de enfermagem, cuidador, capaz de compreender o sentido claro e real do ciclo da vida, preparado

para estar à frente do paciente. Assim o processo de assistência do profissional de enfermagem, tem sido deflagrado em meio à sobrecarga de trabalho e o aparecimento de aparelhos novos a cada dia, tal situação contribuiu para o afastamento dos profissionais, do contato direto com o paciente.

É notável que o enfermeiro tenha se distanciado do cuidado direto com o paciente em muitos momentos da hospitalização. A aproximação ocorre somente por alguns momentos, ou quando solicitado, na administração medicamentosa ou realização de procedimento mais complexo.

Pires (1989), descreve: “é delegado aos enfermeiros a aplicação de medicamentos e aos cuidados básicos [...]” (p. 97). Por ter uma jornada de trabalho maior e uma sobrecarga laboral, entre outras atividades de sua competência, ocorre a dificuldade para se dedicar a assistência de enfermagem, o que acaba por repercutir na ineficiência na assistência, no processo de humanização e no cuidado com o paciente.

Pela observação de Costenaro (1999): “A enfermeira deve ficar mais tempo ao lado do paciente, é ela que domina o conhecimento da enfermagem [...], é ela que tem a competência para dar o exemplo do fazer e do ser na relação com o paciente que atende, frente à equipe multidisciplinar de saúde” (p.8).

A partir deste pressuposto histórico da enfermagem, foram realizados recentemente estudos sobre a atuação do enfermeiro frente à jornada de trabalho, e identificou-se que a assistência e o cuidado prestado ao paciente, e o lidar com a dor e sofrimento, desencadeou dificuldades de cunho emocional e psicológico.

Nas observações apresentadas por Pafaro e Martinho (2004), em sua pesquisa com enfermeiros, os resultados das amostras encontradas foram considerados preocupantes, pois apresentaram elevado nível de estresse entre os profissionais. “Quanto aos níveis de estresse, encontrou-se que do total de 33 enfermeiros, 22 (66,67%) estavam com estresse e 11 (33,33%) não o apresentaram, ou seja, a maioria estava estressada” (p.158).

Com estes dados, outros desafios enfrentados pelos enfermeiros em sua prática laboral, talvez não sejam somente as jornadas exaustivas de trabalho ou a presença avançada da tecnologia nos aparelhos modernos, planos de cuidados direcionados, regras e procedimentos do dia a dia, que assombram os enfermeiros na atualidade.

A realidade que se vive nas clínicas, hospitais, assistência nos cuidados domiciliares, a convivência com o sofrimento, a angústia do paciente hospitalizado e de seus familiares tornam constante o estresse no cotidiano desses profissionais. Diante disso o que se espera dos enfermeiros talvez seja a superação frente dos desafios vivenciados no cotidiano, como a melhor compreensão sobre noções conceituais e práticas do que seja a angústia, a dor e o sofrimento sobre um leito na hospitalização.

O “ser cuidado” por um profissional, envolve teorias ensinadas, orientadas e repassadas aos discentes nas diversas disciplinas da grade curricular, durante o processo de formação acadêmica. Em todos os períodos acadêmicos os processos metodológicos estão voltados à prática do cuidar. Mas o saber lidar diretamente com a dor, sofrimento, alegria, tristeza, nascer e o morrer, farão parte do caminho profissional de todos os profissionais da área da saúde, que compreenderá relacionar toda a teoria na atuação prática profissional.

Entre tantos desafios enfrentados no mundo pós-moderno fica evidente que o principal obstáculo é a dificuldade de lidar com as crenças religiosas dos pacientes e seus acompanhantes no âmbito hospitalar ou nas internações.

Vivenciar estes ritos religiosos no âmbito hospitalar é comum por parte dos acompanhantes, familiares e pacientes. Os enfermeiros, por estarem diretamente ligados aos cuidados mais complexos do paciente, acabam se deparando continuamente com práticas religiosas em meio à assistência e aos ritos religiosos apresentados pelos familiares próximos ao leito, ou coletivamente, com os demais acompanhantes nas enfermarias.

Relacionar religiosidade, espiritualidade, crenças do paciente e assistência na hospitalização, tornam-se uma particularidade, um posicionamento pessoal, por parte desse profissional, o que ainda não é compreendido do ponto de vista científico pela equipe.

Diante essa realidade surge uma inquietação instigadora, frente as experiências vividas na atuação em clínicas médicas, de pediatria, unidades de terapia intensiva, onde as práticas religiosas tornaram-se rotineiras e complexas entre acompanhantes e enfermeiros.

Torna-se possível perceber as dificuldades, receios e insegurança dos enfermeiros quando são abordados ou presenciam alguma manifestação de práticas religiosas nas enfermarias. Nas observações de Salgado *et al* (2007), os autores

destacaram que “são notáveis as dificuldades enfrentadas por enfermeiros e profissionais de saúde, quando se voltam para a questão que aborda espiritualidade, pela impossibilidade de fragmentação das ações assistenciais, no plano do cuidar quando se envolve a religião” (p. 223).

Nesse caso, o profissional procura conviver de forma singular, sem muitas arguições relacionadas com a questão religiosa, na tentativa de evitar conflitos junto ao paciente e seu acompanhante. Em alguns momentos de tensão e eminência de morte, tais manifestações são mais intransigentes, gerando certo constrangimento para a equipe de enfermagem e os familiares. São situações enfrentadas pelos profissionais da enfermagem cotidianamente, nas quais se evidencia a falta de preparo para lidar com as crenças e práticas religiosas dos pacientes.

1.2.1 A formação acadêmica do profissional de enfermagem

No que se refere à formação acadêmica do profissional de enfermagem vale destacar que não faz parte da grade curricular disciplinas específicas a religiosidade, e espiritualidade no exercício da profissão, o que torna desafiador o lidar com esta realidade.

Não é comum nas (IES) Instituições de Ensino Superior, disponibilizarem uma disciplina característica para a parte de formação religiosa e ou espiritual. Estes temas são agregados entre: sociologia, filosofia, psicologia hospitalar, entre eixos temáticos disciplinares que norteiam a compreensão dos aspectos da crença religiosa e espiritualidade diante do processo saúde-doença, no entanto não parecem efetivamente desenvolver nos profissionais as competências necessárias para se lidar com o sagrado e o religioso.

O processo de formação atual da enfermagem é voltado para a prática da assistência (cuidar de forma generalizada) deixando as orientações psicológicas, assistência espiritual a cargo de outras profissões especialistas da área.

Em consonância com Conselho Nacional de Educação (CNE, 2001):

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I – Atenção à saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos

conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e em diferentes grupos da comunidade (p.2).

O processo de formação dos novos enfermeiros passou a contemplar as necessidades do mercado com o uso de práticas específicas, teorias direcionadas, modelo biomédico específico de assistência mecânica e direcional, tornando-se uma profissão de concorrência de livre demanda.

Considerando as novas vertentes da profissão espera-se por parte dos enfermeiros que eles tenham orientação para o processo da organização, desenvolvimento das necessidades humanas básicas, entre as diversas teorias científicas implementadas ao processo do cuidar, o que se configura como avanço na compreensão dos profissionais sobre o processo de qualificação e atualização dos conhecimentos, deixando tal profissão de se configurar como sendo apenas assistencial e cuidadora, tornando-se igualmente científica, como as demais ciências.

Ao se nortear o trabalho do profissional de enfermagem, vale afirmar que este reavalia suas práticas diante das influências religiosas dos pacientes durante o tratamento, hospitalização ou de seus familiares e tem por função no exercício de suas práticas laborais, compreender, a dimensão espiritual do paciente em seu processo saúde/doença.

Partindo deste preposto novas dimensões devem subsidiar a formação dos enfermeiros onde não somente a dimensão espiritual seja relacionada de forma superficial, mas incluir a reflexão sobre os preceitos da ética e bioética, direcionadas a atuação nas unidades de saúde e na relação do fenômeno da espiritualidade do paciente.

Para Jack (1987), os enfermeiros poderão relacionar a assistência espiritual a um paciente, somente se convenientemente questionarem em primeiro momento a si mesmo, sua própria concepção religiosa, tendo a clareza do discernimento, e reconhecendo a origem da vida diante da sua existência, considerando que essa seja uma pré-condição para o auxílio espiritual ao paciente.

Os profissionais de enfermagem acabam por oferecer cuidados contínuos à beira do leito, detêm-se a olhar o doente somente de acordo com a visão técnica e não pelas condições humanas, diante de suas necessidades físicas, psicológicas e principalmente na dimensão espiritual.

Por estas razões, ressalta a importância de uma formação direcionada aos discentes de enfermagem, onde se terá a esperança que para o futuro, os enfermeiros terão um conhecimento direcionado a religiosidade e espiritualidade no âmbito assistencial.

As capacitações e os estudos direcionados aos enigmas das abordagens apresentadas compensariam para os enfermeiros superar suas dificuldades em lidar com as angústias e os anseios dos pacientes. Com base neste contexto, Rodrigues (2002), confirma a importância da interação científica integrada à prática assistencial, “através da produção científica é possível dar visibilidade ao discurso científico e assegurar a credibilidade das práticas” (p. 52).

O “processo do cuidar” na profissão de enfermagem deve ser compreendido e vivenciado desde os primeiros dias de trabalho.

Para se compreender as relações de aceitação do paciente vinculadas às propostas oferecidas como planos de assistência de enfermagem voltadas ao seu tratamento, vale mencionar o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE, 2007), referente ao exercício da profissão e de suas atribuições legais:

Art. 1º - Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos. Art. 6º – Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

[...]

Art. 15 – Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

[...]

Art. 18 – Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.

Art. 19 – Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte (p.1-5).

Com os recentes métodos, modelos de prática das ciências da saúde, nas relações entre crenças, valores e cuidados, o futuro enfermeiro, aos poucos torna-se mais seguro e acessível diante da futura realidade. O que se preza nesse profissional é o fato de considerar as práticas empíricas do paciente e de seus familiares durante o processo assistencial, levando em consideração o “cuidado”, partindo das medidas, procedimentos e ações atribuídas às necessidades pessoais provindas de seus costumes, adquiridos nas comunidades, práticas e costumes familiares.

Caldeira (2009, p.157-164), complementa a citação e afirma que “O reconhecimento do enfermeiro de si próprio é fundamental na atenção à dimensão espiritual dos seus doentes”.

Na análise de Chaves, et al. (2009), considera se sustentável:

Que o enfermeiro compreenda o que significa espiritualidade para o indivíduo e como eventos significativos, como a doença, podem afetá-la, para que, na prática clínica, possa lidar com as alterações que acometem essa dimensão humana, uma vez que a avaliação e a intervenção espiritual devem ser parte do cuidado holístico (CHAVES. 2009, p.269).

No processo do cuidar é importante por parte do enfermeiro adquirir a percepção sobre a importância da elaboração do plano de assistência física, não se esquecendo da dimensão espiritual, práticas religiosas e das crenças do paciente ou de seus familiares diante do plano assistencial.

Na análise complementar Wright e Leahey (2002) descrevem que:

A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem (p.13).

Para o profissional de Enfermagem no processo do cuidar será necessário ter a clareza da compreensão das necessidades apresentadas pelo paciente ou de seu familiar, durante o período de hospitalização. Os momentos mais difíceis encontrados por essa equipes e referem ao cuidado à criança, e a atenção ao acompanhante.

1.3 - RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE: UM DESAFIO EM CADA PLANTÃO

Atuar na área da saúde junto aos doentes e enfermos era um gesto de humildade, amor, caridade, dedicação por parte de pessoas que buscavam a conversão entre outra contra partida, na esperança da salvação da alma após sua morte. Na realidade nos tempos modernos encontramos profissionais da área da saúde⁷ voltados somente para à assistência ao paciente, de forma mecanicista.

⁷ A equipe profissional de assistência à saúde é formada por médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além das recentes inserções de engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos, entre outras que deverão incorporar-se à equipe em breve. Machado (2012).

A quantidade de procedimentos burocráticos, protocolos a serem seguidos e atividades de pacientes por profissionais tendem a produzir um agravamento da assistência sobre os cuidados da enfermagem.

Diante de tantos desafios enfrentados dentro de hospitais, clínicas, postos de saúde, enfermarias, unidade de cuidados intensivos, vivenciar as rotinas pesadas dos hospitais não é fácil. Torna-se evidente as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros ao lidar com o processo cultural, espiritual e religioso do paciente.

Salgado (2007) sugere que a insegurança enfrentada pelo enfermeiro ao lidar com a situação religiosa do paciente é ponderável, uma vez que prevalece a sensibilidade por parte do profissional e o respeito pela crença religiosa do paciente, mediante a avaliação das questões que envolvem a religiosidade.

Alguns estudos com enfermeiros relacionaram a natureza expressiva das dificuldades, quando estes profissionais foram abordados ou presenciaram nas enfermarias, as manifestações, expressões, ritos de cunho religioso e culturais por parte do paciente ou de seus familiares.

Ao citar os resultados destes estudos perceberam que os enfermeiros têm dificuldades em articular a ciência (o saber científico) com a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário, nas suas respectivas atividades profissionais, principalmente na seara educativa (CORTEZ *apud* CORTEZ, 2009, p.170-78).

Pela descrição de Salgado (2007), ao apresentar os resultados de seus estudos com enfermeiros e relacionar o processo de abordagem religiosa diante do paciente, a maioria expressava no princípio, algumas dificuldades.

Os enfermeiros encontram dificuldades em abordar o assunto religiosidade, com os paciente, por razões de ter receios de serem rejeitados pelos pacientes, de agredir a intimidade do mesmo, de não saber abordar as questões espirituais e religiosas se o cliente for ateu, de ser mal interpretado, de não ser compreendido ao falar sobre o cuidado espiritual, de sentir-se incomodado com a crença do outro ou de julgamentos equivocados e, a partir daí, sofrer discriminação.
(SALGADO, 2007, p.223)

Essa realidade é notória. Onde quer que haja pacientes sobre os cuidados de profissionais enfermeiros, haverá divergências entre a prática da assistência religiosa e espiritual. Elucidadas por muitos enfermeiros, as dificuldades enfrentadas nos desafios da profissão no dia a dia, faz com que se desdobrem na assistência, e se distanciem do aconselhamento espiritual e religioso ao paciente e seus acompanhantes. Isto acarretaria mais sobrecarga de trabalho, desgaste físico e

principalmente psicológico, porque não se sentem preparados, seguros para argumentar ou lidar com estes aspectos.

São situação referenciadas anteriormente, quanto à não disposição de disciplinas curriculares que visam ensinar tal prática assistencial na formação universitária.

Outrora, o processo de assistência pessoal do enfermeiro estabelecia relações sensíveis com o paciente. Cortez (2010), sustenta este posicionamento e cita:

É necessário que a enfermagem valorize os pacientes como seres que pensam e sentem e que podem gerenciar suas próprias vidas. Os enfermeiros, como pessoas possuidoras de valores e crenças, apresentam implicações da religiosidade na sua prática do cotidiano (CORTEZ, 2010, p. 119).

As linhas de comunicação são descritas por Salgado (2007), quando o autor afirma a necessidade de existir o entendimento entre acompanhante e o paciente sobre o processo de compreensão de crenças religiosas, as quais poderão ser claramente expostas e respeitadas as posições de cada parte:

O ponto chave para lidar com as situações em que as crenças religiosas do profissional cuidador e do paciente entram em conflitos, ao processo da assistência em seu atendimento, é de aproximar o máximo possível do ponto de vista do paciente e tentar entender a lógica das suas decisões religiosas, mantendo sempre as linhas de comunicação abertas entre as duas partes, podendo desta forma, compreender o quão sério é o assunto, para que haja um auxílio (p.227).

Diante esta realidade torna-se conflituoso e desgastante à toda a equipe de enfermagem a abordagem aos pais ou familiares, especialmente quando estão com filhos hospitalizados, o que desencadeia no processo assistencial, tensões ao elaborar o plano de cuidado diário para a criança, o qual possa contemplar o respeito à religiosidade dos pais e seus acompanhantes.

Estudos atuais apontaram fragilidades por parte dos enfermeiros na compreensão das práticas religiosas manifestadas pelas mães ou acompanhantes à beira do leito da criança, reações estas, para as quais, a equipe de enfermagem não está preparada, pois necessita compreender do ponto de vista ético, aspectos da religiosidade e espiritualidade destes familiares.

Convém lembrar que as raízes da profissão estão sobre os princípios da história da religião, em todos os níveis de assistência, o cuidado, a recuperação e a reabilitação. O que se torna inviável desvincular uma da outra; vínculos estes que por sua vez não são compreendidos por seus profissionais durante o exercício da

profissão nos tempos atuais, os quais se distanciaram dos ensinamentos de amor, caridade, e das práticas ao cuidado para com o próximo.

A presença da religião, ao mesmo tempo em que se torna para o enfermeiro um desafio, reforça a esperança de acreditar que existe a relação entre as práticas religiosas e a assistência de enfermagem.

Na atualidade, busca-se uma compreensão do saber entender a dimensão em que o ser humano se encontra diante do mundo moderno, em que as pessoas estão cada vez mais frias, individualizadas e distantes uma das outras, tornando-se vulneráveis e mais frágeis para enfrentar as dificuldades impostas no momento da dor ou doença. Situações estas que se tornam desconfortáveis e comoventes, quando a doença está relacionada à criança. Distante dessa comoção muitos pais recorrem a todos os métodos para conseguirem a cura ou as respostas à realidade vivenciada.

Entre muitos caminhos enfrentados pelos pais e familiares, encontrar na religião uma opção, seja talvez o primeiro passo a ser percorrido.

Para a ciência é uma discussão urgente, no sentido de compreender as práticas e manifestações religiosas, uso dos símbolos religiosos, à beira do leito da criança hospitalizada.

No processo da sistematização da assistência de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem tem ajudado o enfermeiro a se alicerçar na elaboração de diversos cuidados inclusive no da “angústia espiritual”.

O termo diagnóstico de enfermagem é definido pela *North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA (2008) como:

Um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária (p.575).

Em 2009 após ser aprovado na 9ª Conferência da NANDA, o diagnóstico de enfermagem “passa a constituir a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (p.588). Para melhor elucidar o diagnóstico em enfermagem, Barros *et al* (2015, p.67), enunciam uma reflexão precisa, abrangente de todo o processo que envolve a avaliação do Enfermeiro. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I podem ser reais, os quais explicitam as respostas humanas a aspectos de saúde/processos vitais existentes em um indivíduo, família, grupo ou comunidade e são compostos por título

(nome do diagnóstico), definição do título, características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados (causas).

Os diagnósticos de risco, consistem em julgamentos clínicos a respeito de respostas sobre as condições de saúde e referentes aos processos vitais com a possibilidade de ocorrência sendo compostos por título, definição do título e fatores de risco (fatores que podem tornar o diagnóstico real).

Já os diagnósticos de promoção da saúde, são pautados na motivação e vontade de ampliar o bem-estar e tornar realista o potencial de saúde humana, e são formados por título, definição do título e características definidoras. Os diagnósticos de síndrome compõem-se de análises clínicas que pormenorizam um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que acontecem simultaneamente e são melhor acompanhados em conjunto e através de intervenções similares e são compostos por título, definição do título, características definidoras e fatores relacionados. (BARROS *et al*; 2015, p.67).

Mas nem sempre torna-se eficiente a compreensão destas ferramentas por parte dos enfermeiros. O processo metodológico utilizado não ressignifica a compreensão entre a teoria e a prática diante da realidade do enfermeiro no momento da assistência religiosa e espiritual do paciente ou dos seus acompanhantes.

Para o enfermeiro compreender esta realidade diante do processo da hospitalização e cuidado, há de receber preparo acadêmico para intervenção, mais segurança aos desafios religiosos e espirituais dos acompanhantes e pacientes.

As bases científicas da enfermagem tem por objetivo mostrar uma linha segura e direcional na área da religiosidade.

Ao trabalhar o (PE) processo de enfermagem⁸ na tentativa de apresentar um diagnóstico mais preciso, é considerado correto por parte do enfermeiro, basear-se no NANDA⁹ bcomo a principal fonte encontrada para diagnósticos de enfermagem, o que contribuirá para elaboração do roteiro de tratamento a ser utilizado no processo do cuidado, e avaliar inclusive a efetividade e eficiência. Possibilitará ao enfermeiro a autonomia das decisões locais, nacionais e internacionais, a respeito da saúde da população e da sua qualidade de vida, considerando o processo assistencial e o

⁸ Como preceitua Horta (1999, p. 31), o PE é referenciado como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”.

⁹ “Um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária” (NANDA, 2008).

tecnológico¹⁰, e pautados nos recursos advindos da realidade do paciente em suas condições clínicas apresentadas.

É atribuição do enfermeiro propor a devida assistência com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, esta deverá relacionar as etapas de execução em todo o processo: “histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados (prescrição de enfermagem), evolução e prognóstico de enfermagem”. (HORTA, 2005, p. 35-36).

Após definir a teoria a ser utilizada no plano de assistência o profissional buscará relacionar, descrever o processo da assistência de enfermagem considerando os fatores sistematizados, organizados, documentados com critérios descritivos formais dos registros de todas as ações desenvolvidas, o que oferecerá respaldo e legalidade diante os cuidados e intervenções realizadas, com a veracidade de todo o “processo do cuidado” (CUNHA; BARRO, 2004).

Neste percurso o processo de enfermagem torna-se uma ferramenta eficaz em toda assistência. Na constituição teórica Oliveira (2007), apresenta:

O processo de enfermagem é definido como um conjunto de etapas fundamentadas numa teoria objetivando sistematizar o cuidado de enfermagem ao paciente proporcionando-lhe uma assistência individualizada e de qualidade. Existem várias teorias que fundamentam o processo do cuidar. A mais utilizada é a das necessidades humanas básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta em 1970. (OLIVEIRA, 2007,p.127).

Em todo o processo de assistência conforme proposto por (NANDA, p. 575. 2008), ao relacionar a assistência espiritual e religiosa ao paciente, o enfermeiro encontra a descrição, “angústia espiritual” que é definida como a “capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor”.

Carpenitto (2005), cita possíveis características de diagnósticos a serem utilizados e prescritos por enfermeiros como auxílio na elaboração de assistência de enfermagem, considerando o processo, concepção das ações e as condutas a serem realizadas pelo enfermeiro ao diagnóstico de assistência religiosa e espiritual ao paciente e seus familiares, buscando utilizar os possíveis indicadores descritivos¹¹, conforme a doença e a percepção do enfermeiro assistencialista:

¹⁰“Não é representada na maioria das vezes por equipamentos, mas sim por processos, métodos que subsidiam o alcance de determinados objetivos de cuidado mais subjetivos” (MEIER, 2004, p. 30).

¹¹ É o processo de diagnóstico que consiste na coleta de informações, na interpretação destas informações, no seu agrupamento e na denominação deste agrupamento, que é o diagnóstico de

Maiores: Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus;

Menores: Expressa falta de significado/propósito na vida e da morte; Expressa raiva de Deus; É incapaz de experimentar a transcendência; Expressa alienação ou isolamento; Questiona o sofrimento; Expressa falta de serenidade; desespero; necessidade de assistência espiritual; falta de esperança; falta de amor; sente-se abandonado; Expressa sentimento de culpa; Recusa interagir com pessoas significativas; Expressa alteração do comportamento: tristeza e Choro; Expressa falta de coragem; É incapaz de expressar criatividade; Expressa sentimentos de pesar; Expressa alteração do comportamento: raiva; Não se interessa pela natureza/ambiente; Expressa revolta. (p. 762).

Vale mencionar que a continuidade das percepções socioassistenciais dos fatores relacionados ao estado de saúde e possíveis diagnósticos encontrados, como os sociais e ambientais, devem ser disponibilizadas, mediante reflexão, através de relatórios, assim como os apresentados nas análises de estudos científicos.

São apresentados como fatores fisiopatológicos aqueles relacionados ao desafio ao sistema de crenças ou à desvinculação de aspectos espirituais, decorrentes da perda de função ou parte do corpo, doença terminal ou debilitante, dor ou trauma.

Alguns fatores são relacionados com o tratamento, com o conflito ocasionado entre o regime determinado pelo profissional de saúde e as crenças adotadas no cotidiano, relacionadas ao aborto, cirurgias, transfusão de sangue, restrições dietéticas, isolamento, amputação, uso de medicamentos e procedimentos médicos.

São destacados também os fatores situacionais pertinentes aos aspectos: individual e ou ambiental, referentes à morte, ou à doença de pessoas significativas e em especial relativos ao constrangimento da prática de rituais espirituais ou à barreiras, à prática de rituais espirituais, restrições do atendimento intensivo: confinamento ao leito ou ao quarto; falta de privacidade e de disponibilidade de alimentos/dieta especial, relacionados à crenças que tem oposição da família, amigos ou das pessoas que prestam cuidados, e outros relacionados ao divórcio ou a separação da pessoa amada.

Tendo descrito parte do processo de assistência, cabe ao enfermeiro, promover um diagnóstico que colabore para minimizar a angústia, os anseios, diante a realidade

enfermagem. Ressalta-se que a interpretação das informações se inicia na coleta de dados na medida em que os dados são confrontados com normas e critérios conhecidos e recuperados da memória, sendo realizadas inferências. O agrupamento, por sua vez, consiste na combinação dos dados encontrados. (BARROS, 2015, p.68).

vivida pelo paciente e seus familiares no período de hospitalização, entre outros momentos específicos.

Pela causalidade, o princípio atual é o de colaborar com o todo, e buscar mostrar o sentido para a vida, por meio da integralidade, espiritualidade e religiosidade no plano do cuidado elaborado pelo enfermeiro.

Na atualidade, o conhecimento e a percepção do profissional deve ser intensificado nas expressões da modernidade de um mundo cibernético onde o cuidado não pode deixar de existir e os dogmas e princípios das crenças do paciente devem ser respeitados, seja qual for o nível de sua assistência.

Santos *et al* (2011) *apud* Salgado (2007) afirmam esta atenção ao cuidado do paciente como sendo:

Uma forma de intervir no cuidado ao homem altera-se com a compreensão de mundo de quem cuida e de quem é cuidado, logo, é necessário a compreensão de mundo, crenças religiosas e as diversas formas de expressar a religiosidade, daquele que é cuidado(p.38).

O profissional deve compreender que diante as práticas assistenciais, a motivação, colaboração e afinidade, a realidade do momento deve ser ressaltada, a empatia ao reconhecer qual momento é cabível realizar a abordagem espiritual do paciente. Muitas vezes a realidade pode levar a uma expressividade positiva ou negativa entre o cuidador e o paciente.

Gussi *et al* (2008) escreve a esse respeito e destaca que ocorrem discrepâncias entre um profissional de nível superior, autorizado pelo paradigma científico/positivista, e a religião consolidada pela história do cristianismo nos preceitos dos ensinamentos da Igreja.

O processo da assistência direcionada designa o enfermeiro saber reconhecer as definições entre a religiosidade e espiritualidade, sem que haja uma inversão de conhecimentos particulares no processo. O profissional deve, portanto, compreender todo o processo científico, e não simplesmente conhecer a fragmentação anatômica, a fisiologia, noções de patologias e dos procedimentos das técnicas assépticas e medidas paliativas.

Portanto tal afirmação leva a crer na necessidade do reconhecimento da verdadeira concepção da dignidade humana, seu valor e respeito. A realidade das unidades de saúde entre as considerações descritas, a religiosidade e espiritualidade do paciente e de seus familiares, o que enseja um desafio diário e constante no

trabalho de quem cuida, pois é neste campo do saber que se encontram a individualidade e complexidade de cada pessoa, de acordo com Caldeira (2009).

Lago (1991), ao relacionar a religiosidade e a espiritualidade, considera que ambas estão presentes na história do homem desde o princípio dos tempos:

Desde a criação do mundo, demonstra a sua religiosidade utilizando vários tipos de manifestações, com a finalidade de cultuar Deus ou outros objetos considerados como entidades Divinas, na expectativa de encontrar paz, bem como a cura para os seus males (LAGO. 1991, p. 5).

Segundo Fleck et al.(2003), ao descrever as relações entre religiosidade e espiritualidade é possível considerar duas ideais, necessárias diante a realidade apresentada pelos enfermeiros.

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ ou estão doentes. Entretanto, a medicina ocidental [...] têm tido, essencialmente, duas posturas: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de patologias diversas. A tradição oriental, por outro lado, busca integrar de forma explícita as dimensões religiosas e espirituais ao binômio saúde/doença (p.446).

Notadamente estas considerações devem ser relacionadas ao processo da assistência, aspectos sociais, de um modo geral e aspectos biológicos do processo saúde-doença. A religiosidade, espiritualidade e as práticas religiosas se compõem de costumes familiares, tradições, hábitos, valores. Na expressão da vida social do paciente não deve haver negligência pela sua concepção. De acordo com Vasconcelos (2008) a compreensão da liberdade de expressão do enfermeiro deve valer para compreender que o homem é mais do que mera matéria orgânica e não apenas um corpo físico.

Neste contexto Cortez et. al (2009), explica,

A relação da religião na vida das pessoas é de grande importância podendo mesmo ser considerado raro os casos em que ela não está presente na vida dos sujeitos. Isso ocorre, porque já nascemos em uma sociedade formada e preparada para nos acolher e sofremos influência desta sociedade, principalmente das pessoas que são mais próximas, como os nossos familiares. Querendo ou não, já nascemos com uma religião, não nos perguntam se estamos de acordo, ou não, com a religião que nos foi determinada. Um bom exemplo disto é o batismo, no qual nossos pais nos introduzem na religião, mesmo antes de termos o livre arbítrio (p. 173).

Para Zilles et. al (2004) descreve o termo espiritualidade como um fator:

Extraído de uma filosofia, ideologia ou síntese doutrinal: espiritualidade judaica, espiritualidade cristã, a ortodoxa, a protestante e até a

marxista...Algumas vezes recorreu-se à espiritualidade para designar a reivindicação de homens que se negavam identificar-se com meras máquinas: espiritualidade do trabalho, dos doentes, dos médicos, da ação católica. Outras vezes designa uma demanda religiosa: a espiritualidade dos sacerdotes diocesanos, dos leigos (ZILLES et.al.2004, p.12).

Na descrição de Oliveira (2012) ao mencionar a manifestação da espiritualidade com as ações do homem evidencia uma modificação eficaz em seu íntimo.

A espiritualidade manifesta-se como religiosa, quando essa transcendência repercute de tal forma na transformação da vida da pessoa que o experimentado não se explica apenas por forças contidas na interioridade da pessoa, mas é sentido como a presença de um absoluto, identificado como Deus. Essa forma de espiritualidade foi também chamada de mística (VASCONCELOS, 2006 citado por OLIVEIRA, 2012, p. 470).

A concepção da espiritualidade deve ser considerada diante a assistência ao paciente e aos familiares tendo em conta que existem pessoas as quais não cultuam a religião. De acordo com Vasconcelos (2008) “para o homem moderno é mais importante despertar e aperfeiçoar a sua espiritualidade do que estar atrelado a um determinado movimento religioso” (p. 25).

Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (WHOQOL Group, 1998, p.198-205).

Para muitos enfermeiros o início da jornada de trabalho gera sempre uma expectativa de encontrar uma história diferente, ou reencontro dos mesmos pacientes do plantão anterior, assim considerando que este mesmo paciente possa permanecer semanas ou meses hospitalizado. Esta realidade, em muitas ocasiões tende a influenciar um sentimento emotivo por quase todos os profissionais que atuam na avaliação e assistência, e esperam do enfermeiro que ele no momento das visitas de enfermagem, tenha sobriedade de um gesto concreto e simples de poder olhar no olho do paciente, apertar a sua mão e oferecer lhe um sorriso.

São gestos simples e concretos que amenizam a ansiedade, angústia, os sofrimentos, vivenciados pelo paciente e aos seus acompanhantes, seres humanos que sofrem juntos diante a realidade da hospitalização. São pequenas atitudes, como a atenção, o ouvir, o acalantar, que torna ainda mais humanizado o processo da

assistência e cativam o paciente e seus familiares e que, por fim, refletem nas condições clínicas e na melhora.

A rotina hospitalar torna instigadora a prática da assistência ao paciente em longa permanência de hospitalização. Nesse âmbito, deve ser perceptível a compaixão, a fé e a esperança de formar uma tríade de cuidados a serem oferecidos ao paciente.

Considerando a agitação de uma unidade hospitalar, a tensão na assistência e a busca por relacionar e integrar os cuidados espirituais e as práticas de enfermagem demanda que o enfermeiro saiba compreender e lidar com “a complexidade do conceito de espiritualidade” (BUCK 2006, p. 288-92), mediante a proposta de assistência.

Segundo Vasconcelos (2008), a espiritualidade “é algo que visa ajudar as pessoas a externarem o máximo potencial que há nela, a terem atitudes e comportamentos equilibrados e a desenvolverem relacionamentos sadios” (p. 52). Ao se trilhar até aqui, talvez seja possível considerar a realidade vivenciada pelos enfermeiros diante aos desafios, superações, esperanças encontradas em cada plantão. Desde a chegada (admissão) do paciente até a saída (alta), o processo assistencial lida integralmente com as dores do corpo e a fraqueza da alma, evidenciando as condições espirituais e religiosas do paciente.

Foram descritas as angústias dos enfermeiros, ao se deparar com a realidade, onde não há possibilidade de realizar por completo todo o processo de sistematização.

É evidente, o desbravar dos novos processos de enfermagem, a busca do reconhecimento e da valorização dos enfermeiros por seus conhecimentos científicos e a formação sobre as práticas da assistência religiosa e espiritual, que submergirá ao longo da história dessa profissão. Compreendendo diante da assistência a ligação eminente entre a prática do cuidado e as expressões religiosa do paciente. Isto procede para no âmbito da humanização da assistência voltado para o paciente e seus acompanhantes.

CAPÍTULO II: MÉTODO

O método da pesquisa proposto teve por base os modelos quantitativos e qualitativos.

No modelo quantitativo foi utilizado questionário para a coleta de dados sobre o sentido do objeto religioso e o perfil sociodemográfico do entrevistado. Já para subsidiar a análise qualitativa, foi realizado estudo bibliográfico de pesquisas de campo, as quais, mediante os depoimentos de pacientes expressaram elementos teórico-críticos para subsidiar aprofundamentos reflexivos do problema de pesquisa, que foi o de compreender o significado do uso de objetos religiosos no ambiente hospitalar.

Ao descrever a pesquisa quantitativa, pode-se levar em consideração a proposta do estudo e o cenário de pesquisa.

Na reflexão apresentada por Fonseca (2002):

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. (p. 20).

A necessidade de um fluxo para o desenvolvimento do processo de coleta e análise dos questionários foi realizada, considerando a metodologia da pesquisa, tomando as precauções de suas características fundamentais ao estudo. Na citação de Silveira (2009), estas características foram apresentadas como sendo a:

Objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis (p. 32).

Fonseca (2002), ao avaliar o alcance metodológico aplicado à pesquisa acadêmica descreve um cenário por onde “a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente” (p. 20).

Na análise de Lobiondo (2001, p.98-109):

A prática da observação é um método de avaliação, reconhecimento de movimentos, objetos, manifestações, que possam ajudar o pesquisador a construir suas bases teóricas diante do vivenciar a realidade sobre a área da pesquisa. Estas atitudes do pesquisador não estão simplesmente na

observação, a olhar o que está acontecendo, mas observando com um olho treinado, em busca de certos acontecimentos específicos.

Minayo (2001), ao se referir às práticas metodológicas qualitativas, explica que sejam:

[...] aquelas capazes de incorporar à questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas, tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas(p.22-24).

Na análise da pesquisa qualitativa se faz necessário adentrar as práxis das ações propostas pelo modelo do processo escolhido a subsidiar uma ligação entre fenômenos e a realidade do campo de pesquisa.

Minayo (2001) ressalta que o método de trabalho que leva em conta os aspectos qualitativos deve contemplar uma gama de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondentes ao aprofundamento das relações, dos processos e dos fenômenos sem possibilidade de restrição ao manejo operacional de variáveis.

Após a observação do pesquisador durante a consulta de enfermagem, ou em outros momentos, caso o acompanhante estivesse portando objetos *sagrados* era convidado a participar da entrevista.

Esse estudo teve por objetivo identificar o sentido do objeto *sagrado* e a religiosidade na população de cuidadores de crianças hospitalizadas no HMI/Goiânia. O problema central foi compreender: qual é o sentido do objeto sagrado?

O local estudado foi a Clínica de Pediatria do Hospital Materno Infantil, que está instalada na unidade referência do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Goiás, a qual presta atendimento de alta complexidade para recém-nascidos, crianças e mulheres da região centro-oeste, entre outros estados brasileiros. A sua estrutura física era composta de: 6 (seis) enfermarias, totalizando aproximadamente 31(trinta e um) leitos; 5 (cinco) enfermarias para tratamento clínico; 1 (uma) para atendimento cirúrgico e apoio ao pronto-socorro com 6 (seis) leitos. Os demais leitos eram distribuídos de forma aleatória nas enfermarias, conforme o tamanho delas.

As crianças hospitalizadas foram acompanhadas por equipes médicas constituídas por diversas especialidades na área pediátrica: (Cirurgião Geral Pediátrico, Cardiologistas, Nefrologistas, Pneumologista, Gastroenterologista, Hematologista, Infectologista) conforme o quadro clínico apresentado por

diagnóstico¹². Na ocasião possuíam cadastradas 6 (seis) equipes de enfermagem entre (Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) e outros profissionais que constituíam a equipe multidisciplinar que atendia por especialidades, a clínica de pediatria, com assistência de 24 (vinte e quatro) horas, subdivididas em regime de escalas por plantões de 12x36 (doze por trinta e seis) horas, 12x60 (doze por sessenta) horas.

O tempo de hospitalização variou de forma aleatória e indeterminada. Algumas permaneceram hospitalizadas por semanas, meses e até anos. A rotatividade maior ocorreu na enfermaria cirúrgica com um tempo máximo de 48 (quarenta e oito) horas de hospitalização, por se tratar de cirurgias eletivas¹³, emergência¹⁴ e procedimentos ambulatoriais.

A pesquisa foi realizada no ano de 2016. Esse estudo foi realizado em virtude de o pesquisador exercer atividade profissional no campo da enfermagem e ter observado no cotidiano as constantes manifestações religiosas na instituição, por parte dos pacientes, acompanhantes, pessoas da comunidade (religiosos).

O campo de estudo, a clínica de Pediatria, foi escolhido em virtude de ter sido constatado durante a prática profissional do pesquisador responsável, a atuação no campo da enfermagem, o comportamento dos cuidadores em carregar consigo, pendurar no corpo das crianças ou colocar no leito da criança, os objetos religiosos quando no acompanhamento das crianças durante o período de hospitalização.

O instrumento utilizado no estudo consistiu num questionário elaborado previamente, composto por 12 (doze) questões, sobre três pontos: o primeiro constituído por questões socioeconômicas, o segundo sobre os aspectos familiares e o terceiro sobre o perfil religioso e o sentido dos objetos. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2016.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: maiores de 18 anos, acompanhantes que tivessem familiares cadastrados no ano de 2016 no sistema de internação do HMI e carregasse consigo objeto religioso *sagrado*, e concordasse em

¹² E um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. (CARPENITTO, 2002, p. 33).

¹³ Procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência (BRASIL, 2010).

¹⁴ Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2010).

participar da pesquisa e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, vide Apêndices).

Os critérios de exclusão foram os seguintes: crianças e adolescentes menores de 18 anos, acompanhantes que não tivessem familiares cadastrados no ano de 2016 no sistema de internação do HMI e não carregassem consigo objeto religioso sagrado ou não concordassem em participar da pesquisa e em assinar o TCLE. A abordagem foi realizada respeitando os critérios de inclusão e exclusão na população de acompanhantes, cuidadores e ou responsáveis.

O início da pesquisa ocorreu desde a observação do ambiente no HMI. O pesquisador realizou visitas de enfermagem nas enfermarias, em busca da fonte principal do estudo: o acompanhante que carregasse consigo ou colocasse junto ao leito da criança, o símbolo ou objeto de cunho religioso, durante o período em que estivesse cuidando da criança hospitalizada.

A segunda fase constituiu na abordagem ao acompanhante, onde ele foi informado sobre o estudo, e confirmado o aceite em participar da pesquisa. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndices B e C), e caso concordasse em assinar o TCLE, era aplicado o questionário.

A coleta de dados ocorreu na própria enfermaria, junto ao leito da criança hospitalizada, a fim de que não houvesse a ausência do acompanhante. Foi utilizado um biombo entre os leitos, no ato em que este aceitou participar da entrevista o qual foi colocado pelo pesquisador a fim de resguardar a privacidade e a integridade do acompanhante e a segurança da criança ou lactente. Não foi utilizado nesse estudo nenhum meio eletrônico para gravação de diálogo. Utilizou-se uma câmara fotográfica digital para o registro de imagem, quando encontrado um objeto foco da pesquisa, para fins ilustrativos.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário, com roteiros fechados e flexíveis, aos pais, acompanhantes e cuidadores das crianças hospitalizadas na Clínica de Pediatria do HMI.

Esperava-se aplicar uma média de 100 (cem) questionários (Apêndice D), no cronograma proposto da pesquisa. Como anteriormente descrito as altas hospitalares foram mínimas neste período, foi possível realizar 63 (sessenta e três) entrevistas, de acordo com os critérios da pesquisa. O tempo estimado para aplicação do questionário foi em média de 8 (oito) a 12 (doze) minutos.

Foi realizado estudo das bases teóricas.

Na sequência foram digitados os dados no software *IBM® Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®). Utilizou-se da base de dados online Survey Monkey para a formação da base estatística. A partir dessa fase foram avaliadas a consistência e elaboradas as codificações. Identificou-se o “p” referente a cada categoria individualmente, e ou com o cruzamento de categorias. Após esse passo foi realizada a análise dos dados e elaboradas as tabelas. Ao final foi realizada a análise descritiva dos resultados.

Os resultados possibilitaram obter uma apuração dos dados sobre o perfil sociocultural e o sentido do objeto religioso. Mediante à revisão bibliográfica, via análise dos artigos científicos a respeito da temática proposta foram identificados conceitos sobre estudos quanti qualitativos os quais serviram de referencial teórico para essa pesquisa.

Os dados obtidos após tabulação, possibilitaram referenciar a construção desta dissertação de Mestrado em Ciências da Religião. As informações obtidas na coleta de campo foram mantidas em sigilo e armazenadas em mídia segura, e os formulários dos questionários foram arquivados em arquivo pessoal do pesquisador, de forma a manter os princípios da responsabilidade sobre a restrição de acesso às fichas da pesquisa.

Até o momento não foi solicitado por nenhum dos participantes acesso aos resultados do estudo, mas caso ocorra essa solicitação após ser verificado a veracidade de sua participação no estudo serão garantidos os direitos estabelecidos sobre a Resolução n.º039/11.

A pesquisa como todas as formas de estudos que envolvem o ser humano esteve susceptível aos riscos de diversas naturezas. Neste estudo, a classificação foi no nível de risco mínimo ao participante, na sua integridade física ou moral. Apesar do estudo ser considerado possuidor de nível de risco físico mínimo, foram estabelecidas algumas providências, prévias, caso ocorressem intercorrências inesperadas durante a entrevista.

Foi definida uma unidade de pronto atendimento de imediato e de atenção médica para fins de avaliação; caso necessário, posterior encaminhamento, pelo pesquisador, via condução terceirizada ao Pronto Atendimento da Rede Municipal de Saúde de Goiânia-GO.

Caso houvesse fato de maior gravidade seria acionado o serviço de emergência 192 (SAMU) Serviço Móvel de Urgência. Em ambos os casos o

acompanhante se fosse necessário receberia assistência do pesquisador responsável.

Na coleta de dados caso o acompanhante se sentisse comovido, emocionado, e ou constrangido e optasse por não prosseguir na resposta ao questionário esta seria finalizada imediatamente. Este seria conduzido pelo pesquisador responsável ao atendimento psicológico, à clínica de psicologia previamente designada ao atendimento. Tal estratégia não foi necessária.

Conforme documentos em anexo, a prestação de serviços psicológicos esteve disponível para o entrevistado. Em caso necessário o pesquisador ficou responsável por arcar integralmente com todos os custos de tais atendimentos e procedimento acarretados ao sujeito da pesquisa.

Até o momento da conclusão da pesquisa não houve necessidade de nenhuma ativação dos procedimentos de suporte psicológico e/ou físico, previamente definidos e acima descritos.

Em relação aos benefícios, nessa pesquisa, os participantes obtiveram melhor compreensão do fenômeno religioso e a possibilidade de expressão da religiosidade ao acompanhante de pacientes hospitalizados, o que poderá resultar na ampliação dos processos assistenciais e cuidado com base no processo de construção de uma realidade social, assistencial, hospitalar, melhor integralidade multiprofissional, e para a prática da intersetorialidade entre religiosidade e espiritualidade, no período de hospitalização do paciente em seu tratamento.

Para o meio acadêmico, o desenvolvimento do estudo contribuiu para ampliar a realidade das vivências práticas da religião na realidade contemporânea, no âmbito hospitalar, onde se espera uma atuação mais humana, holística, dos enfermeiros no plano das práticas voltadas ao apoio da assistência espiritual e religiosa de pacientes e acompanhantes em seu período de hospitalização.

A pesquisa foi aplicada conforme as normas da Resolução CNS n.º 466/12, após a aprovação do CEP (Comissão de Ética em Pesquisa) sob o parecer 1.445.411, protocolo da CAAE - 46215515.60000.5080, aprovado em 10 de março do ano de 2016. (Apêndice A), sob as normas internas do HMI (Hospital Materno Infantil)

2.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados tabulados dos questionários das entrevistas com os acompanhantes de crianças em tratamento clínico na clínica de pediatria do Hospital Materno Infantil em Goiânia/Go, no período de março e abril de 2016, foi composta predominantemente por pessoas do sexo feminino (n=59; 93,7%) e por (n=04 ;6,3%) do sexo masculino.

Na categoria grau de parentesco com a criança, a maioria são mães (84,1%; n=53); (n=04; 6,3%) são avós (avôs); (n=03; 4,8%) são pais e (n=03; 4,8%) pertencem à categoria “outros”.

Quanto à categoria raça (n=22;34,9%) se autodeclararam parda; (n=17; 27,0%) branca; (n=08;12,7%) amarela; (n=07;11,1%) preta; (n=02; 3,2%) indígena e alguns não mencionaram (n= 07;11,1%).

No que se refere à moradia, a maioria declarou que morava na periferia das cidades de origem. Desses acompanhantes, (n=29) residem na cidade de Goiânia; (n=08) Aparecida de Goiânia, (n=03) Caldas Novas, (n=02) Senador Canedo, (n=02) Piracanjuba e (n=02) em Goiatuba. Houve cidades do estado de Goiás, representada por apenas um (n=01) acompanhante: Abadia de Goiás, Anápolis, Bela Vista de Goiás, Ceres, Itaberaí, Inaciolândia, Inhumas, Jaraguá, Morrinhos, Niquelândia, Pirenópolis, Trindade e Uruaçu. Dentre esses, 04 acompanhantes declararam origem ou transferência de outro estado (n=01-Bahia-BA), (n= 01-Terezina-PI) e (02-Mato-Grosso- MT).

Na categoria escolaridade identificou-se que (n=08;12,7%) tinham Ensino fundamental incompleto; (n=09;14,3%) Ensino fundamental completo; (n=11;17,5%) Ensino médio incompleto; (n=28;44,4%) Ensino médio completo; (n=06;9,5%) Ensino superior incompleto e (n=01;1,6%) Ensino superior completo.

Quanto à renda em salários mínimos identificou-se que (n=30; 47,7%) recebiam até dois; (n=29; 46,0%) de 03 a 04 e (n=04; 6,3%) de 05 a 10.

No tocante à religião: (n=21;33,3%) se autodeclararam católicos; (n=27;42,9%); evangélicos; (n=01;1,6%) Testemunha de Jeová e (n=14; 22,2%) optaram por omitir esse item.

No item raça, a maioria se autodeclarou: parda (n=22; 34,9%), e o restante: branca (n=17; 27,0%), amarela (n=08;12,7%), preta (n=07;11,1%), indígena (n=02;3,2%) e houve os que se omitiram a responder (n=07;11,1%).

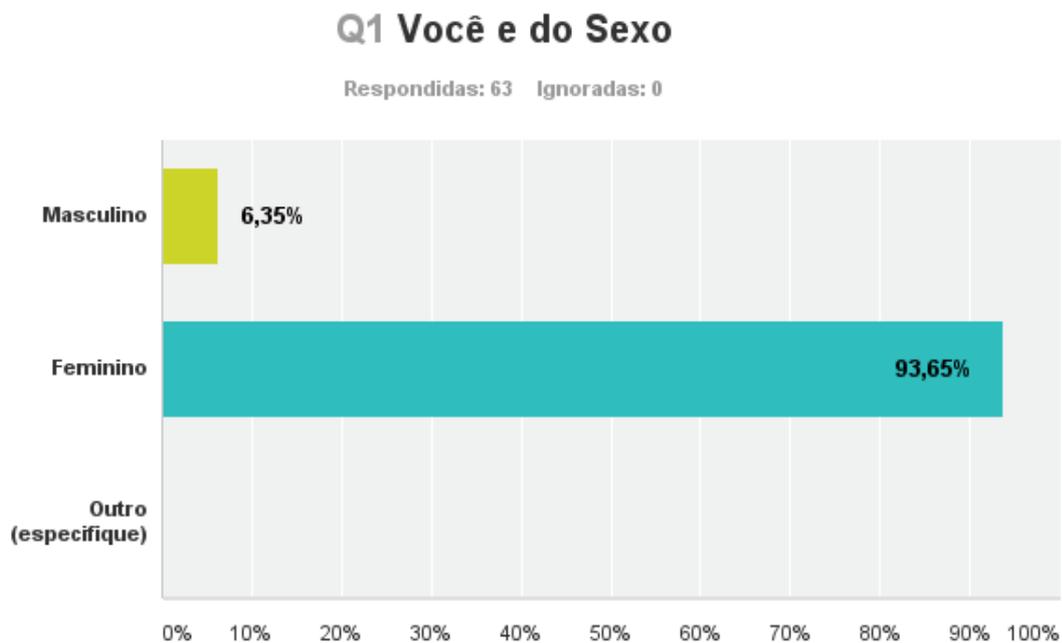
Quanto ao estado civil identificou-se que a maioria (n=26; 41,2%) eram casados (as); e (n=16;25,4%) solteiros (as); (n=11;17,5%) em união estável; (n=07;11,1%) divorciados (as); 02 (3,2%) viúvos e 01 (1,6%) separados (as).

Previamente seja possível considerar nos resultados deparados a busca catalizadora / mitigadora da esperança do homem em manter-se apegado a certos objetos, símbolos que recorrem à representação da religião como forma de superação das tribulações da vida.

Para Greertz (1989) o homem recorre, apega a objetos simbólicos no sentido de amenizar os seus anseios, encontrar refúgio frente a sua necessidade do momento. Possivelmente, arriscaríamos escrever que o silêncio possa ser a forma mais pessoal de encontrar forças, tranquilidade e até mesmo agradecimento. Atualmente podemos encontrar nas igrejas e templos um número cada vez maior de pessoas que busca nas religiões: segurança, conforto e respostas para suas tribulações.

O homem tem uma dependência tão grande em relação aos símbolos e sistema simbólico a ponto de serem eles decisivos para sua visibilidade como criatura e, em função disso, sua sensibilidade à indicação até mesmo mais remota de que são capazes de enfrentar um ou outro aspecto da experiência provocado nele (GREERTZ. 1989.p.73).

Questão 1 - Representação da identidade sexual dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



Elaboração própria.

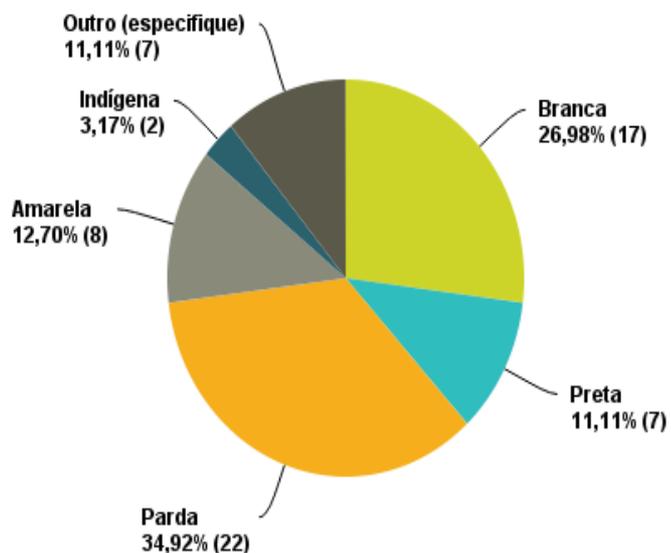
Do total geral dos entrevistados (93,65%) corresponde ao sexo feminino. Isto evidencia a contínua e principal responsabilidade da mulher no processo do cuidado, assistência entre tantas outras funções.

A mulher pode se apresentar a categoria: Sobre o Múltiplo desempenho de papéis sociais: mulher/mãe/cuidadora e o contexto familiar" e suas subcategorias: mulher como principal cuidadora; mulher como principal cuidadora na saúde/doença e alterações no contexto da família (WEGNER. 2010, p.337).

Questão 2- Referência a Cor/ Raça do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

Q2 Você se considera?

Respondidas: 63 Ignoradas: 0



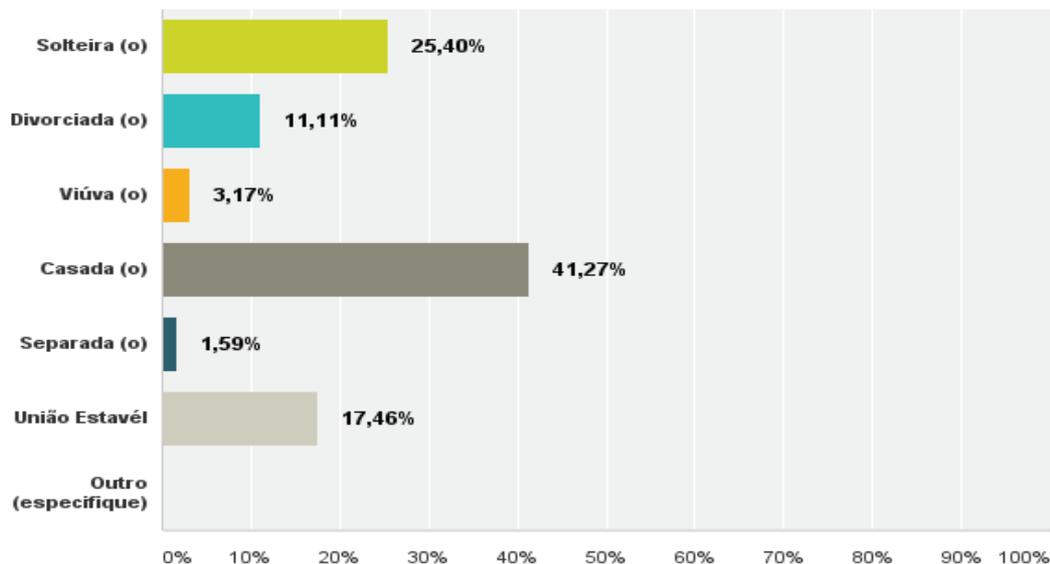
Elaboração própria.

A maioria dos entrevistados se declarou ser cor/raça pardas notoriamente evidentes com 34,92%, seguida da cor branca com 26,98%. Fato que evidencia a miscigenação da população brasileira.

Questão 3- Representação do estado civil do acompanhante de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

Q3 Qual seu estado civil?

Respondidas: 63 Ignoradas: 0

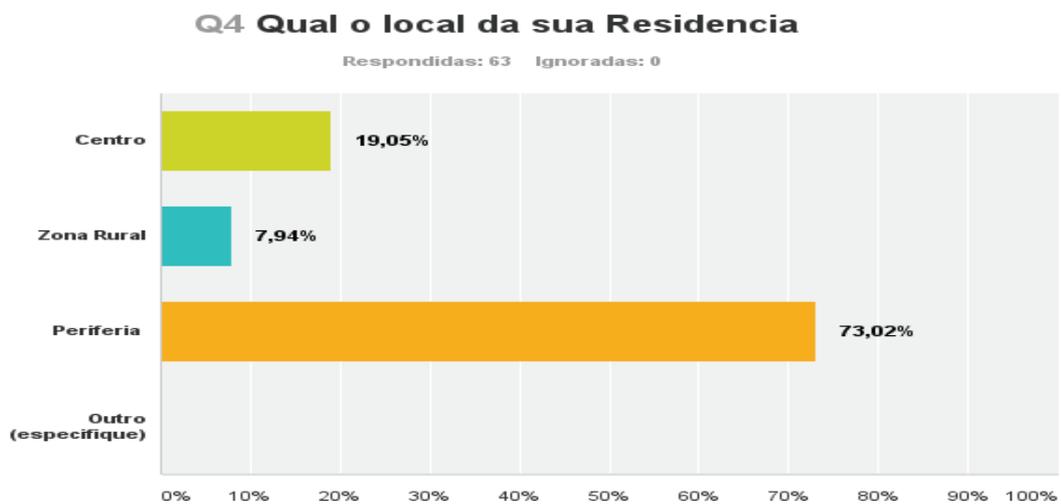


:

Elaboração própria.

Dos entrevistados 41,27% se declaram casados, 25,40% solteiros. A dimensão social entre outras opções com 33,33% fica evidente que a responsabilidade do cuidado fica sobre os cuidados de uma única pessoa da família (a mulher – mãe).

Questão 4- Identificação da localização residencial dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



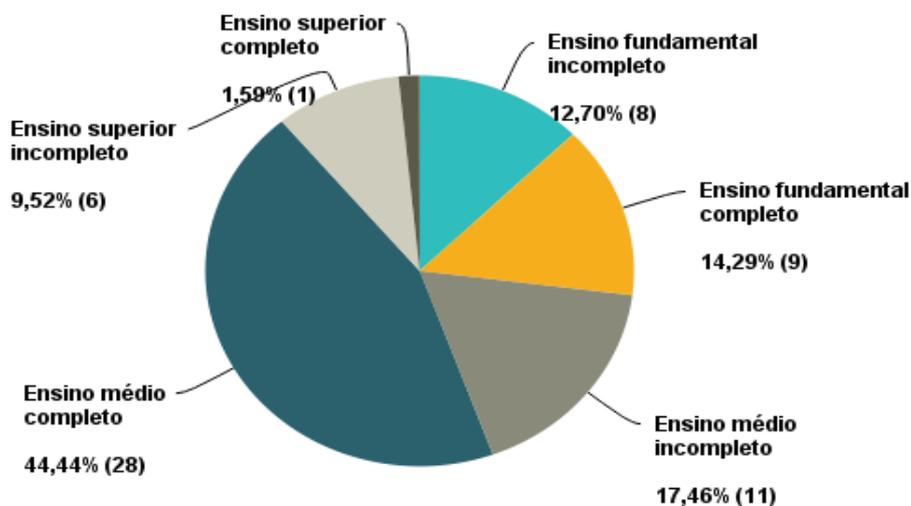
Elaboração própria.

Quanto ao aspecto habitacional, (73,02%) dos entrevistados declaram morar em bairros da periferia das cidades de origens.

Questão 5- Representação do nível de escolaridade dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

Q5 Qual é o seu grau de escolaridade?

Respondidas: 63 Ignoradas: 0



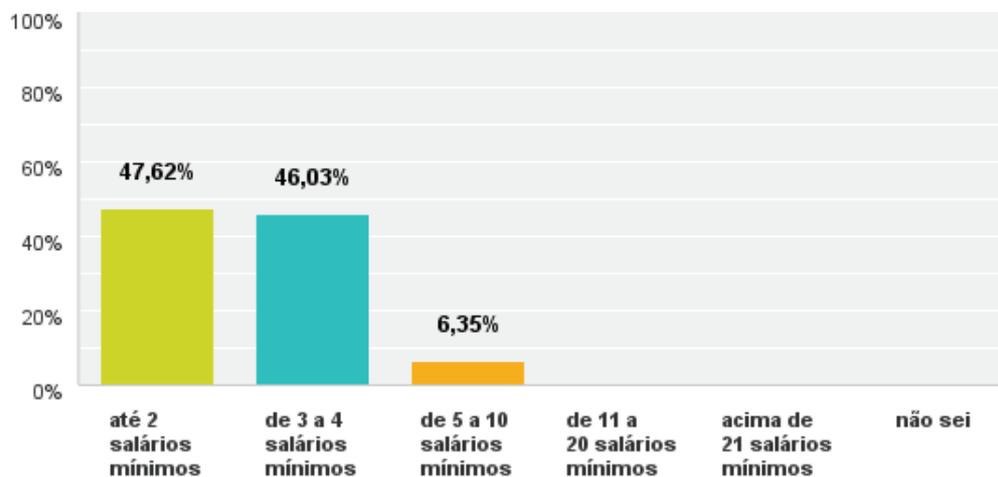
Elaboração própria.

A escolaridade dos entrevistados foi encontrado os seguintes dados: Ensino Médio Completo (44,44%), seguido do Ensino Médio Incompleto (17,46%), as demais opções apresentadas norteia o baixo índice de escolaridade entre os acompanhantes ou familiares.

Questão 6- Identificação da renda familiar do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

Q6 Qual a renda mensal do seu grupo familiar?

Respondidas: 63 Ignoradas: 0



Elaboração própria.

O percentual de renda familiar entre os entrevistados não ultrapassa a dois salários mínimos (47,62%). Sendo este o valor da somatória de todos os rendimentos dos membros da família que tenha algum rendimento financeiro. Em alguns casos foram citados somente o rendimento do entrevistado com algumas ajuda de custo provindos de programas sociais do governo federal.

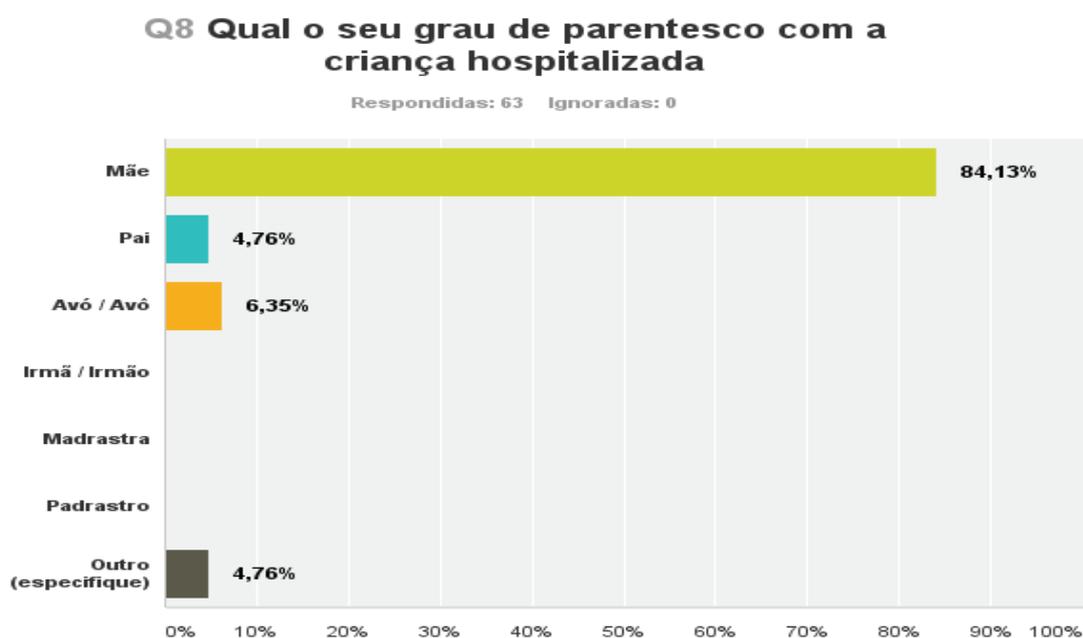
Questão 7- Referência de escolha de atendimento hospitalar para atendimento médico do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



Elaboração própria.

A prioridade dos pais ou acompanhantes em procurar o atendimento (90,48%) citaram que em casos de urgência/emergência o atendimento referência seja unidade de saúde pública. Para (9,52%) dos entrevistados procura primeiramente o atendimento em redes conveniadas ou particular.

Questão 8- Identificação do grau de parentesco do acompanhante da criança em tratamento clinica no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



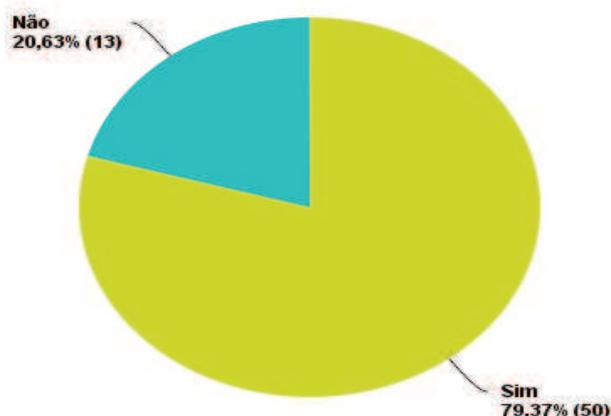
Elaboração própria.

Considerando o grau de parentesco com a criança hospitalizada (84,13%) dos entrevistados a figura materna prevalece em primeiro lugar. Sendo evidente encontrar a presença do pai ou avós como acompanhante. E 4,76 % surpreendentemente ocorreu durante as entrevistas encontrar uma amiga da família, profissional de enfermagem / cuidador que ali prestava serviços particular a família.

Questão 9 – Identificação quanto a participação do acompanhante de criança em tratamento clinico no Hospital Materno-Infantil em movimentos religiosos. Goiânia-GO, 2016.

Q9 Você participa de alguma comunidade religiosa?

Respondidas: 63 Ignoradas: 0



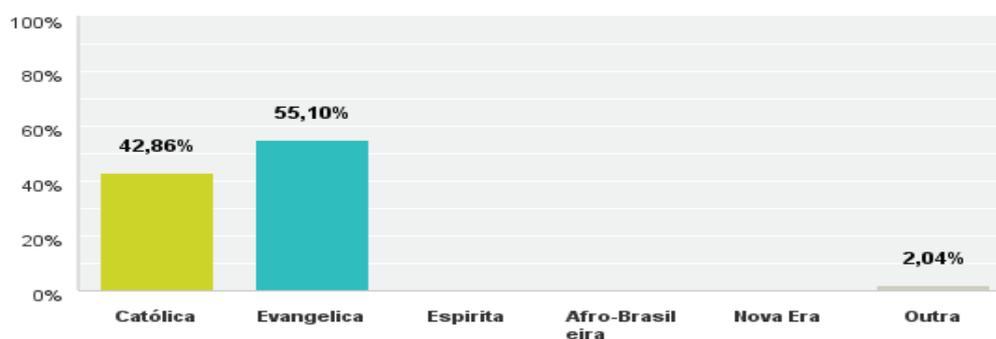
Elaboração própria.

A maior parte dos entrevistados (79,37%), responderam participar de uma comunidade religiosa. O que demonstra em tempos pós modernos, a importância do vínculo da humanidade a alguma comunidade religiosa.

Questão 10 – Identificação do seguimento religioso do acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

Q10 Se sim. Qual seria?

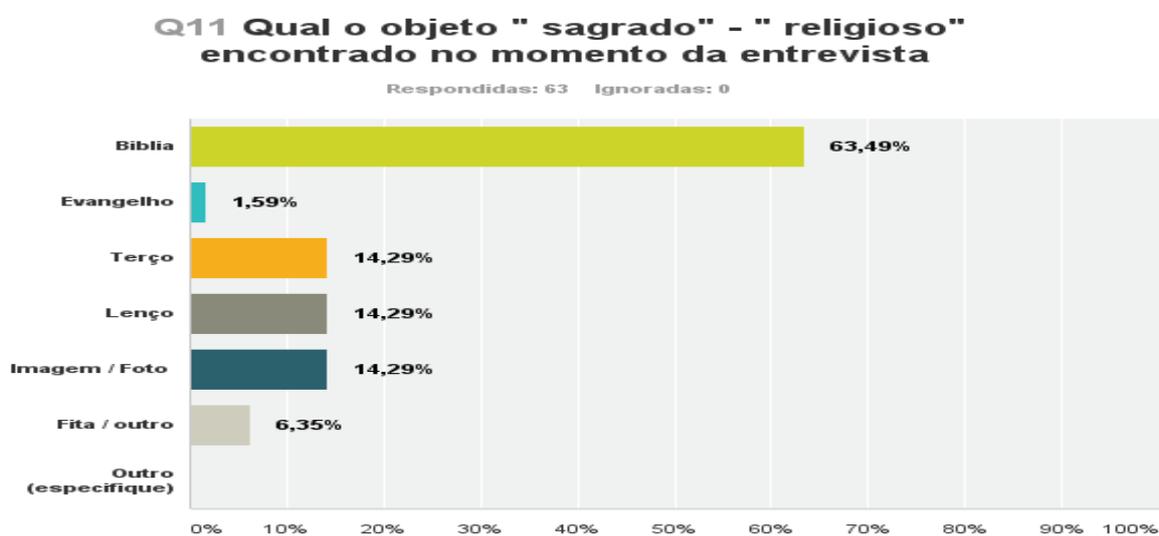
Respondidas: 49 Ignoradas: 14



Elaboração própria.

Os resultados encontrados descrevem uma amostragem da crescente adesão da população evangélica (por diversas instituições religiosas), seguida consequentemente consideráveis católicos. Seguido por (2,04%) declarado frequentar outras denominações religiosas não contidas na entrevista, mas com espaço para citação da comunidade igreja. (Testemunhas de Jeová).

Questão 11- Identificação simbólica ou objeto religioso encontrado com o acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



Elaboração Própria

Como critério fundamental de inclusão para a entrevista a presença de objeto ou símbolo religioso com o acompanhante seria a indicação principal para este estudo. Sendo considerada a Bíblia (63,49%) o item mais presente entre os entrevistados seguido por uma considerável presença de terço, lenço, imagens (14,29%). Na opção subjetiva da questão foi possível considerar 6,35% de símbolos ou objetos descritos tais como: óleo de unção, água benta, pedaço de pão benzido (este apresentado por uma entrevistada que tinha consigo também outro símbolo religioso).

A seguir, ilustrações dos objetos símbolos encontrados durante a pesquisa aos cuidados dos acompanhantes das Crianças Hospitalizadas na Clínica de Pediatria do Hospital Materno Infantil – Goiânia- Go, 2016.



Figura 1: A Bíblia foi o objeto mais presente junto com os acompanhantes encontrado durante a observação.

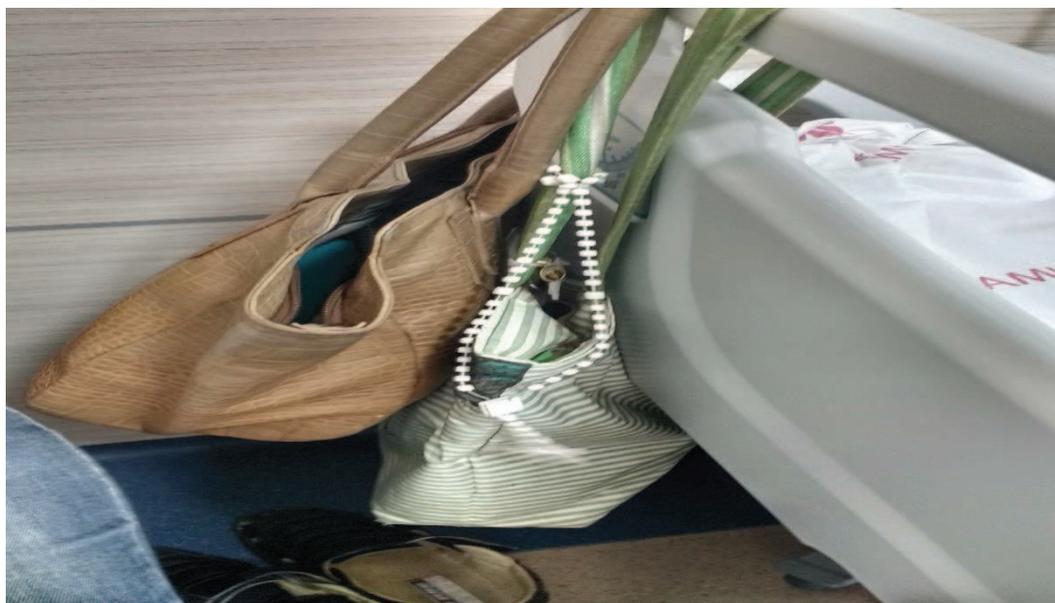


Figura 2: Presença do Terço. Objeto muito utilizado por cristãos católicos, para rogar a Virgem Maria a proteção, nos momentos de dificuldades e anseios. Segundo alguns relatos dos portadores deste objeto.



Figura 3: Uso de camisetas estampadas com imagens de santos, pulseiras com descrições de passagens bíblicas são símbolos encontrados entre acompanhantes.

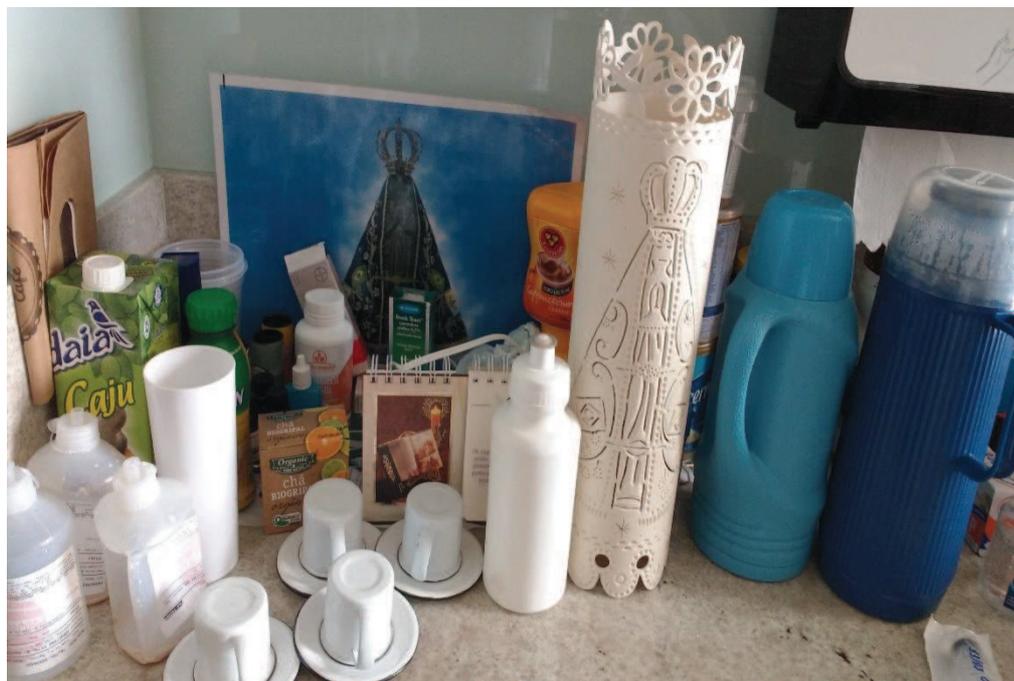


Figura 4: Símbolos e Objetos presentes na bancada da enfermaria.

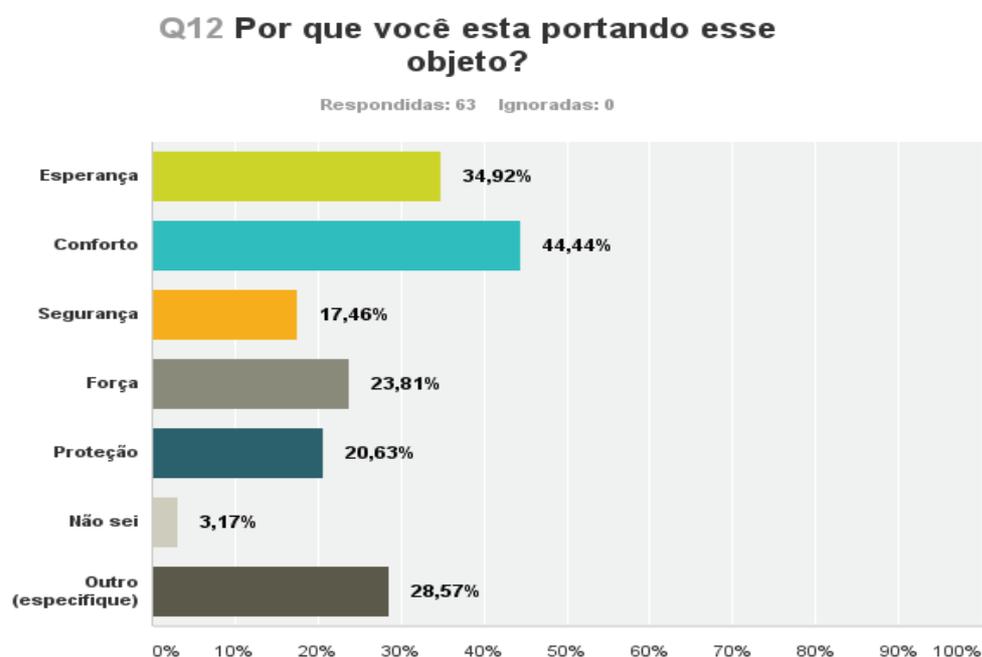


Figura 5: Livros de devoções, orações presentes em meio aos itens particular do paciente sobre os cuidados dos acompanhantes.



Figura 6: Imagem de uma almofada encontrada na enfermaria ao uso do acompanhante para com a criança hospitalizada.

Questão 12- O sentido do simbólico ou objeto religioso em uso pelo acompanhante de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

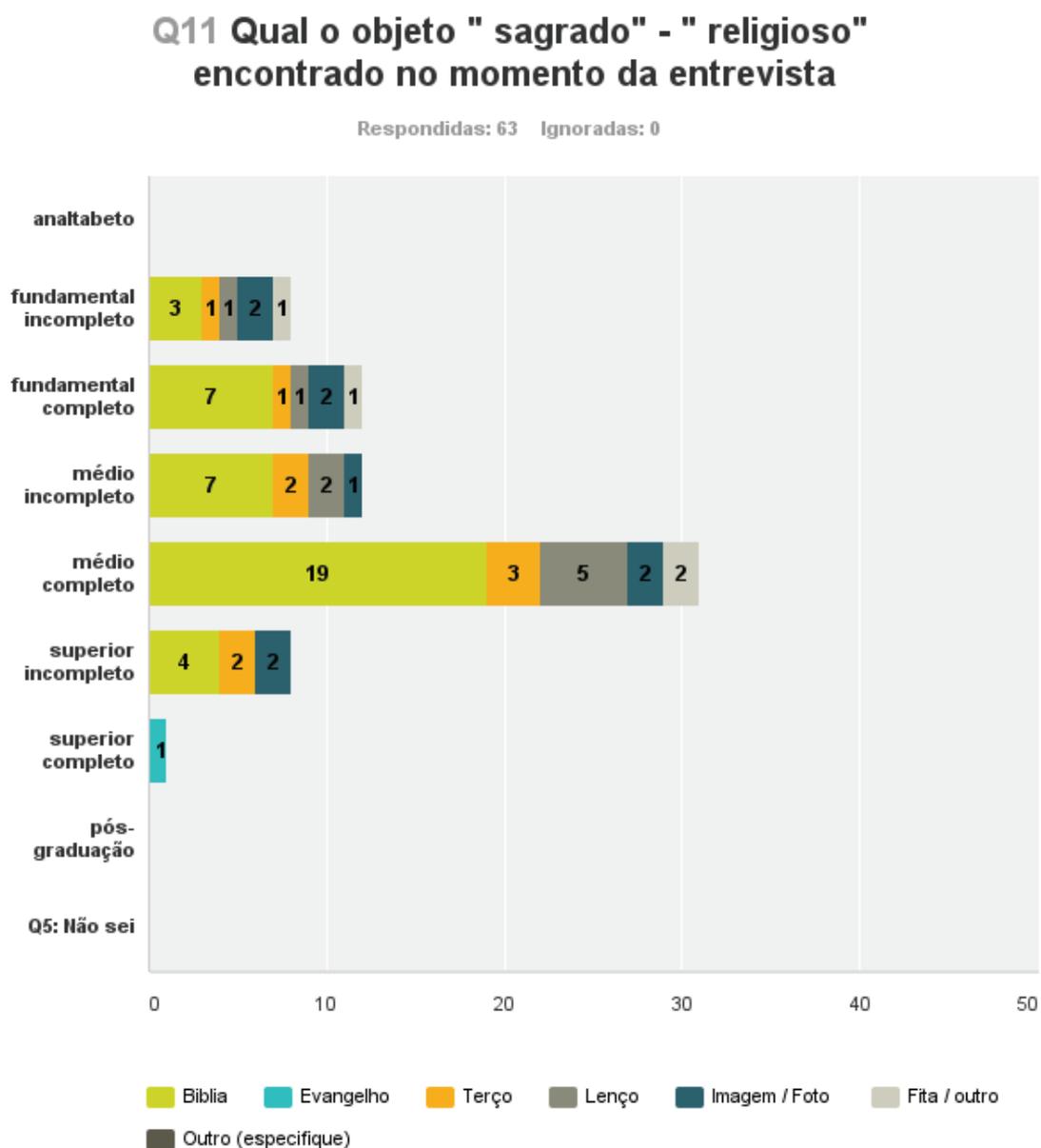


Elaboração Própria.

O sentido da presença ou de estar com o objeto naquele momento, 44,44% declara encontrar a confiança, seguido expressão da esperança (34,92%). Na opção subjetiva, 28,57% dos entrevistados declaram encontrar junto a este objeto: Tranquilidade, Manual da Vida, Ensino, Fé, Cura, Consolo, Bênção e Paz.

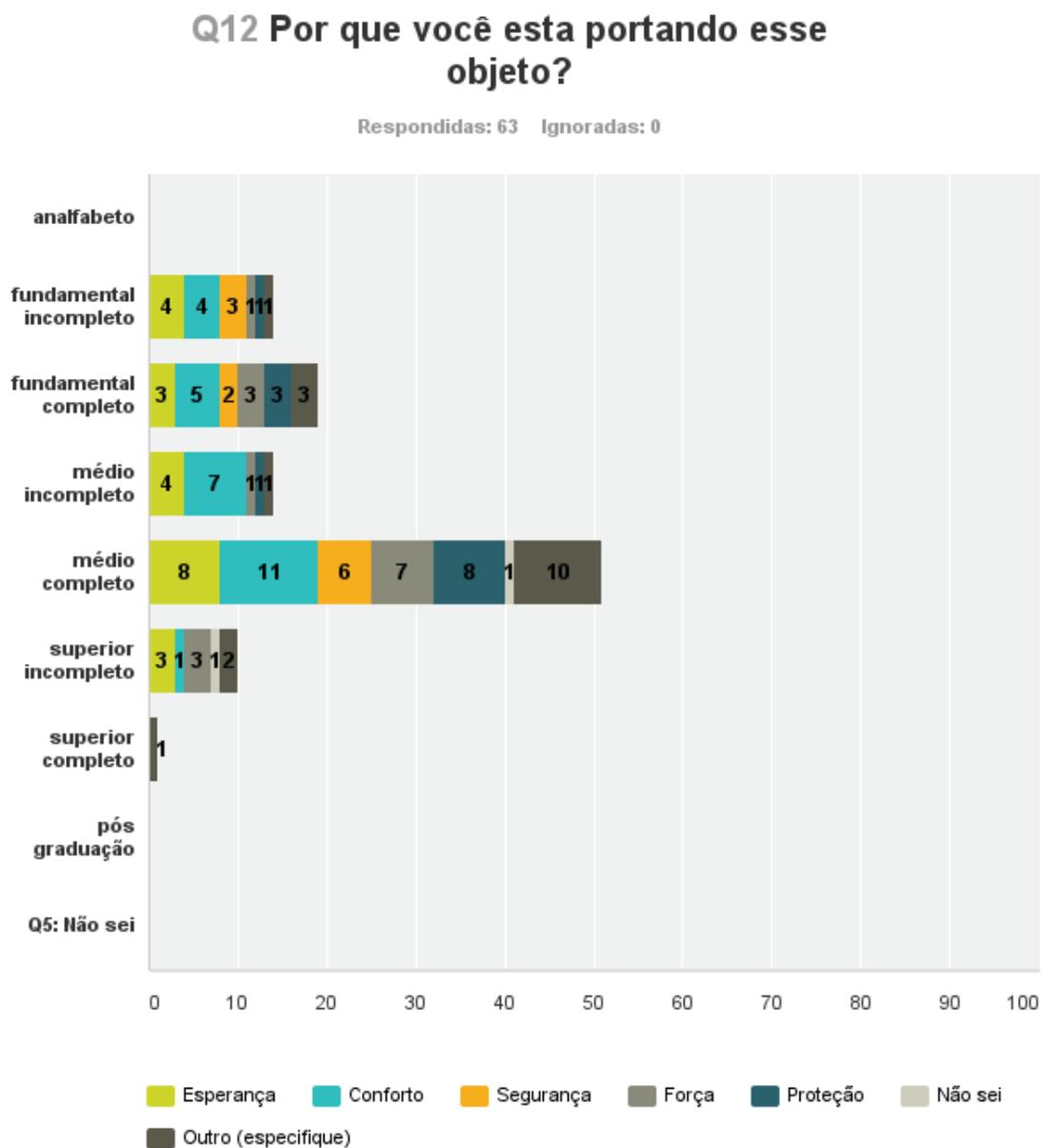
Nas Tabelas seguintes apresentaremos uma análise entre os dados referentes aos objetos/ símbolos religiosos e sua importância para os acompanhantes levantados durante a pesquisa. Para esta análise usaremos as perguntas de número 11º (“Qual o objeto “religioso” ou sagrado” encontrado no momento da entrevista) e 12º (Porque você está, portando este objeto), relacionando estas duas questões com os dados das perguntas de número: 5º (escolaridade do entrevistado), 6º (renda familiar).

Tabela 01- Cruzamento dos dados referente a representação simbólica e o nível de escolaridade dos acompanhantes de crianças em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



Em todos os níveis de escolaridade a maioria das pessoas (>57%) escolheu a bíblia como principal objeto sagrado/religioso durante o acompanhamento das crianças em tratamento clínico, sem diferenças estatisticamente significativas por escolaridade do acompanhante ($p=0,077$).

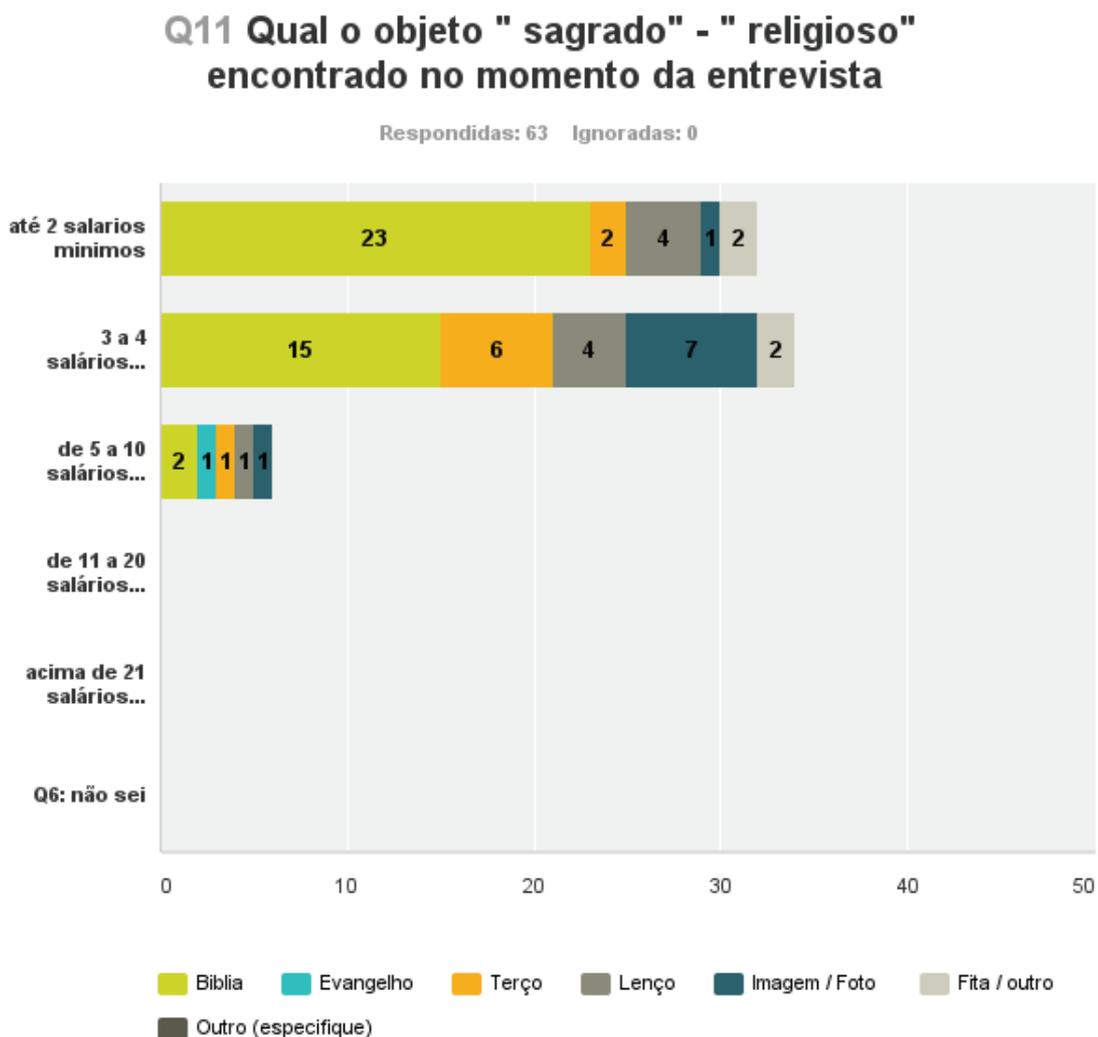
Tabela 02 - Cruzamento dos dados referente ao sentido da representação simbólica e o nível de escolaridade dos acompanhantes de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.



Elaboração Própria - Teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$)

Levando-se em consideração a escolaridade do acompanhante, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as proporções dos motivos que levaram os acompanhantes a escolher o objeto sagrado/religioso ($p = 0,077$).

Tabela 03- Cruzamento dos dados referente a renda familiar e a representação simbólica dos acompanhantes de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

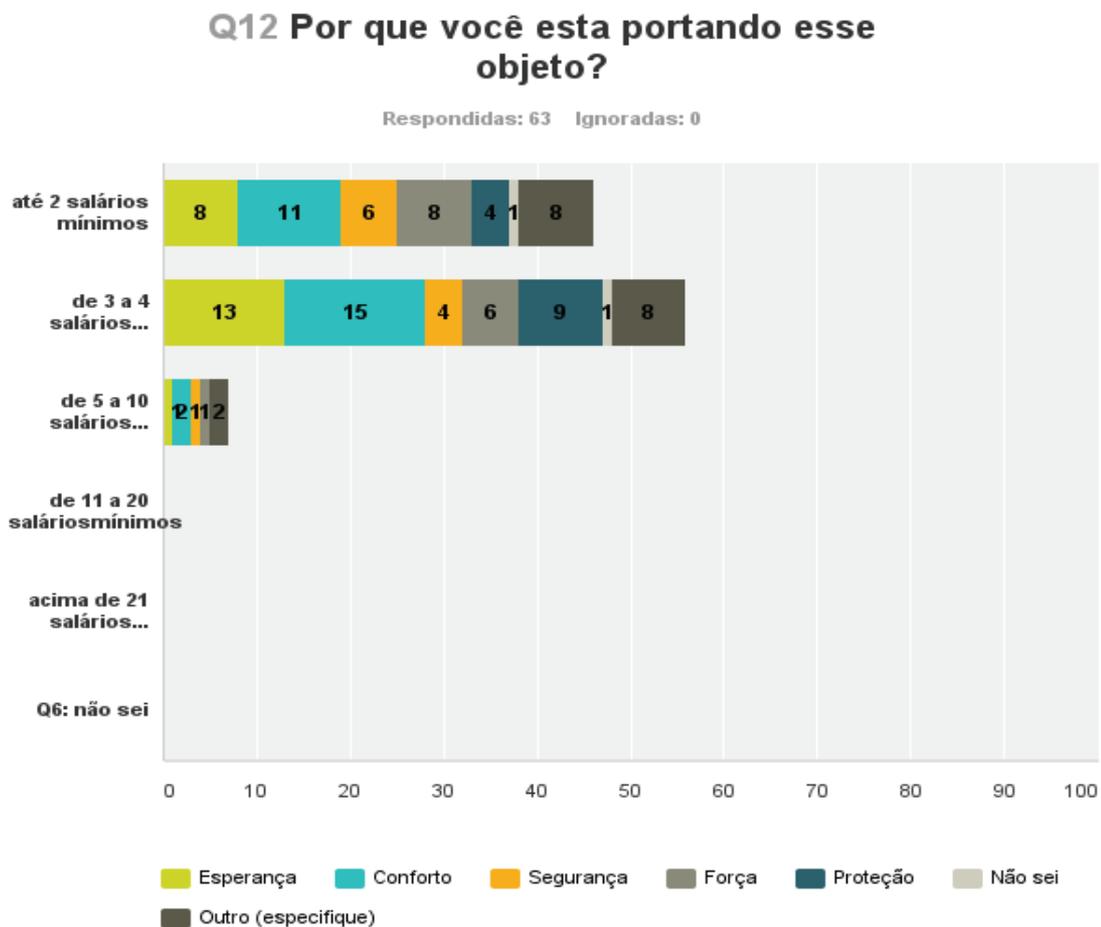


Elaboração Própria- Teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$).

A bíblia foi mais utilizada por acompanhantes que tinham renda familiar mensal de até dois salários mínimos (76,7%) em comparação aos outros dois níveis de renda (48,3% e 25,0%, respectivamente), com diferenças estatisticamente significativas entre as proporções ($p = 0,002$), ou seja, a renda pode influenciar na escolha pelo objeto sagrado/religioso.

Tabela 04 - Cruzamento dos resultados da representação simbólica do objeto com a renda familiar dos acompanhantes de criança em tratamento clínico no Hospital Materno-Infantil. Goiânia-GO, 2016.

Elaboração Própria - Teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$).



Quando buscamos analisar o fator econômico, classe social dos entrevistados por estes dados encontramos um paralelo entre todos os níveis econômicos. A Esperança, conforto, proteção se deponta diante a expressão subjetiva e emocional destes acompanhantes e familiares.

Nos resultados das amostras, constata-se a necessidade da capacitação no campo da pesquisa sobre o impacto de procedimentos científicos que incluem o preparo dos profissionais da área de saúde na condução de técnicas operacionais para amenizar o sofrimento da criança que se encontra no leito, e do próprio acompanhante, mas que levem em consideração as crenças (de saúde e religiosas) sem o distanciamento uma da outra.

Foi evidenciado no ambiente hospitalar ao tempo da pesquisa a necessidade dos profissionais da área de saúde, compreenderem que a experiência ocorreu entre

peças e objetos. Esta compreensão do sagrado, deve-se tomar como base as reflexões de Almeida (2000), que apontaram para a necessidade do homem buscar uma resposta para suas necessidades, e ultrapassar a sua própria limitação. O autor afirmou que:

Na resposta à dúvida, o ser humano é levado pela necessidade premente, buscando a solução do que lhe perturba o ser. Pressionado pelas possíveis consequências do mal e a resposta, também desconhecida, mas esperada, do objeto de sua fé, ele cegamente salta na aventura da incerteza, esperançoso da resposta certa do divino no qual crê (p. 26).

Compreender a dependência do sagrado quando ao processo de dor e morte eminente, encaixa-se com o resultado da pesquisa em estudo realizada no Estado de Goiás, em 2016. Em tempo, seja viável a continuidade da análise, para outros estudos como foi fundamental considerar os resultados das pesquisas de Magalhães e Portela (2008, p. 46) quando afirmaram que a experiência religiosa não deve ser entendida somente em termos de uma relação personalizada, pessoal, com Deus, mas algo típico da visão tradicional sobre a experiência de Deus no Ocidente (bíblia, óleo santo, rosa, água benta ou abençoada e sacristia).

A presença do objeto sagrado diante dos momentos complicados foi descrita pelos acompanhantes das crianças durante o período de hospitalização, sendo uma fonte de esperança, consolo, força sobre a sua experiência pessoal e evidenciam a manifestação do sagrado perante aquela criança enferma.

A mensagem percebida é a de que há um sentimento radical da vida, o desejo da plenitude associado ao absoluto, os sentidos para além do banal, estas uniões entre o corriqueiro e aquilo que o transcende, os grandes gestos de compaixão e compromissos profundos, tudo isto faz da religião uma busca e uma experiência insuperáveis (MAGALHÃES; PORTELLA. 2008, p. 17).

Entretanto, no tocante à esperança em algo que trará a cura, de forma ampla, sem subdivisões, torna-se fundamental incluir na formação acadêmica de profissionais da saúde, o estudo de Castilho (2004), o qual afirmou que a religião e os fenômenos religiosos apresentam diversas representações encontradas nos âmbitos culturais e sociais dos indivíduos e da coletividade, uma vez que tal afirmação, revelou a prática cotidiana de uma ciência voltada para a “fração” de cuidados direcionados.

Desse modo, nessa análise de 2016, foi visível a necessidade da superação do processo do modelo biomédico e de se direcionar a prática curativa, assistencialista,

contemplada pela integração dos fatos clínicos da criança hospitalizada, mas que leve em conta, conjuntamente os valores religiosos e suas crenças.

O cuidado proposto pelo modelo biomédico é capaz de atender o conjunto de necessidades de pacientes que vivem com enfermidades crônicas, por anos ou décadas, que convivem com o dilema da morte, sem dialogar com seus sistemas de crenças, desconsiderando a religiosidade e a espiritualidade fortemente presente na maneira de ver o mundo, a saúde e a doença (REIS, 2016 p. 27).

Para Reis (2016, p.35) ocorre a necessidade da mudança do modelo biomédico atual para as “formas singulares de cuidado” que segundo ele ocorrem no encontro dos (as) enfermeiros (as) com os usuários, entendidos aqui como os acompanhantes de crianças hospitalizadas, mediante as necessidades evidenciadas no dia-a-dia.

No HMI diante a realidade da criança hospitalizada, toda a atenção e práticas assistenciais foram propostas de forma estruturada, para cada caso. Por medidas de precaução e de segurança, sempre delimitadas pelo sistema de saúde, os profissionais da enfermagem procuraram se relacionar com os pacientes e ou acompanhantes, suas práticas religiosas ou suas crenças.

A realidade do meio hospitalar apontou para a possibilidade de se definir o “sagrado” pelo acompanhante considerando ao mesmo tempo a questão ser denominada como “profana”, na percepção do sujeito.

Esta situação deve ser ponderada entre os profissionais e usuários, onde se priorize o respeito às especificidades de cada cultura e se observe o elo entre a pessoa e o “sagrado” no processo de adoecimento e morte.

Sagrado e profano remetem a espaços de vivência e experiência. O espaço sagrado se conformaria a certos lugares ou objetos, tempos, pessoas, arquiteturas, danças, legislações especiais, que levariam à experiência *numênica*¹⁵, de saída da vida profana – na liminaridade/fronteira entre mundos distintos- e de entrada ou contato com a dimensão do absoluto, dimensão não cotidiana. Esses espaços – físicos ou psicológicos – proporcionariam experiências em oposição ao espaço profano, este identificado com a vida profana, como: lugares, tempos, objetos, pessoas que incomum/ absoluto não se manifesta. Dimensão profana esta que, muitas vezes, pode ser considerada como de impureza ou de ilusão (MAGALHÃES; PORTELLA, 2008, p. 63).

Considerar que toda esta dimensão religiosa encontrada no homem, é indissociável na construção da vida das pessoas, levou a perceber que o “processo do cuidar”, deve ser oferecido às crianças hospitalizadas e aos seus acompanhantes, independente do credo ou da forma de expressar a crença e fé, e apontou para a

¹⁵Numênica: coisa-em-si – é a realidade que está para além do mundo real. Uma experiência própria do homem.

necessidade da implantação e ou implementação de espaços físicos para que os (as) acompanhantes possam expressar suas crenças de saúde como forma de manutenção da saúde, de acordo com os parâmetros atuais.

Por meio da religião, o homem explica sua existência no mundo e estando esta, ameaçada, ritualiza-se a esperança, a cura. Tais processos dão significado tanto à sua luta por permanecer no mundo quanto para sua despedida desse (ECCO *et al*, 2016, p. 27).

A realidade vivenciada por acompanhantes na internação, ao longo dos dias, meses, revelou a cada momento o sentimento dos acompanhantes (angústia, sofrimento, isolamento) e a necessidade de despedidas, o que para muitos possa ser considerado inesperado e desolador. Quão seja as informações estão voltadas ao respeito diante a perspectiva de minimizar as diferenças no planejamento assistencial, tratamento, estadia hospitalar dos acompanhantes como forma de prevenir aspectos depreciativos e referentes à preconceitos de ordem social e religiosa.

Os dados apresentados pelo estudo vêm confirmar a imediatidade diante a realidade brasileira onde as mulheres tendem a ter maior responsabilidade de titular de seus lares, possuir a princípio pouca instrução, serem mães solteiras, viverem em bairros da periferia, receber baixo subsídio econômico. Estes valores per capita são insuficientes muitas vezes para suprir todas as necessidades familiares no mês. Isto as condiciona a procurar o atendimento médico em hospitais públicos. A posição das análises se concentra a uma sociedade onde ainda temos uma grande maioria da população a merce da ajuda e do apoio das entidades sociais ao desenvolvimento de suas subsistências.

Outro importante dado extraído da pesquisa seja o cuidado e a reverência ao objeto religioso. O fato de ter sido identificado nas entrevistas realizadas com acompanhantes de crianças hospitalizadas no HMI o objeto predominante foi a Bíblia, demonstrou a busca de alívio associado ao fator cognitivo, uma vez que utilizou da leitura dos escritos desse livro sagrado, como forma de reduzir a situação de stress. E apontou para a possibilidade de apoio com a aplicação de estratégias de leitura e de afirmações positivas distribuídas na instituição hospitalar, a exemplo já utilizada por eles.

A unificação do aprendizado sobre as crenças dos acompanhantes e das afirmativas de saúde psicológica por parte dos acompanhantes, poderá no futuro

prover um método de minimização de stress e de sofrimento, tanto pelos acompanhantes quanto pelos profissionais.

Outro ponto de destaque conta com o respeito à possibilidade que os acompanhantes possam no futuro, assistir os programas de multimídia religiosos, via aparelhos portáteis com fones de ouvido (devidamente higienizados), ou em ambiente adequado, inclusive para pessoas com deficiência (com o auxílio de língua de sinais, ou em braile) uma vez que se constatou que esses usuários permaneceram por vários dias e até meses, distanciados do meio social e religioso.

CAPÍTULO III: ANÁLISE TEÓRICA E A RELAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA DE ACOMPANHANTES DURANTE O PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NA CLÍNICA DE PEDIATRIA – HMI – GOIÂNIA/GOIÁS.

O processo de hospitalização é considerado uma quebra do fluxo do cotidiano da vida do paciente e de seus familiares, pois ocorre a suspensão da dinâmica do cotidiano e do entendimento social e familiar.

Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de crianças ou adolescentes (BRASIL 2012, p.14).

A hospitalização de uma criança envolve todo um cuidado, principalmente da assistência materna. Wagner (2010) descreveu o papel da mulher em suas diversas formas:

A mulher pode apresentar a categoria do múltiplo desempenho de papéis sociais: mulher/mãe/cuidadora e o contexto familiar e suas subcategorias: mulher como principal cuidadora; mulher como principal cuidadora na saúde/doença e alterações no contexto da família (WEGNER, 2010, p.337).

É considerável, que desde o princípio da humanidade, o cuidado do outro foi um atributo prático da mulher, pelo seu jeito carismático de acalantar, amenizar e consolar diante as angústias e sofrimentos provocados pela dor. A figura da mulher marcou a prática da assistência em todos os tempos. Carvalho *et al* (2008) apresentou claramente as funções exercidas entre homens e mulheres.

Nos primórdios da história da espécie, há mais de cem mil anos, nossos ancestrais praticavam um modo de vida nômade, baseado na caça e na coleta, no qual cabiam aos homens a obtenção de carne e a defesa do grupo, e às mulheres, a coleta de frutos, folhas e raízes, o processamento dos alimentos coletados, bem como o cuidado dos filhos pequenos. (p. 432).

A presença da mulher no “cuidado” demonstrou a praticidade encontrada pelo carisma e atenção própria da natureza feminina. O processo saúde/doença é um evento que mobiliza a figura feminina no desempenho do “cuidar” desde os primeiros relatos históricos, que discutem alterações na saúde do ser humano. A mulher foi considerada símbolo de fecundidade e participante ativa nas práticas rituais que envolvem a concepção e o nascimento, sendo por isto de sua competência todos os

cuidados que abrangem as crianças, doentes e moribundos (WEGNER; PEDRO, 2010, p.338).

Ao descrever o processo saúde família, e doença, Bousso *et al* (2001), relaciona esta realidade como um processo de desestruturação em formato cascata:

A saúde física e emocional dos membros da família ocupam um papel importante no seu funcionamento. Como os membros da família são interconectados e dependentes uns dos outros, ao ocorrer qualquer mudança na saúde de um dos seus membros, todos os demais são afetados e a unidade familiar como um todo, será alterada. (BOUSSO et al. 2001, p. 16).

Embora haja uma relação binômio mãe-filho, em que o envolvimento não só da mãe diante da criança hospitalizada seja motivo de preocupação, existem outras diversas consequências desencadeadas, relacionadas a este momento. Há toda uma sequência de desestruturação que ocorre entre a família.

Os fatores sociais, psicológicos e emocionais acabam por gerar um conjunto de sentimentos envolvendo toda a família em torno de uma única finalidade: a recuperação da saúde da criança.

O processo de assistência a ser oferecida a criança, é dever do profissional de saúde, tanto como manter o responsável legal sempre informado de todos os procedimentos a serem realizados com o paciente, respeitando os princípios básicos da integralidade¹⁶. Bousso (2001), relaciona os profissionais de saúde e a família como fonte de integração no desenvolvimento do plano de cuidado.

Qualquer ação ou resposta do profissional que inclui ações terapêuticas e respostas afetivas e cognitivas que ocorrem no contexto do relacionamento entre o profissional, o indivíduo, a família e a comunidade, tem como meta promover, incrementar ou sustentar funcionamento da família quanto aos seus aspectos cognitivos, afetivos e de comportamento. É importante ressaltar que o profissional só poderá oferecer a intervenção – cabendo à família aceitar ou não (p. 21).

Toledo *et al* (2012), apresenta os principais aspectos transcorridos ao tempo de hospitalização de crianças. O processo de relação entre mães e profissionais constitui elemento de ligação:

Observa-se que a mãe é quem, na maioria das vezes, permanece acompanhando seu filho durante a hospitalização. Quando a equipe consegue estreitar os laços com essas mães, elas se mostram com intenso desejo de cuidar de seu filho durante o processo de internação, como uma forma de demonstrar seu amor e minimizar o sentimento de culpa, muitas vezes presente em face ao adoecimento da criança. Dessa

¹⁶ “[...] abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenção sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” (BRASIL, 2008, p. 63).

forma, mãe, pai e familiares estão vivendo momento de crise em suas vidas, portanto devem ser ouvidos em suas dúvidas e dificuldades, anseios e preocupações. Assim, a mãe, como principal cuidadora durante todo o processo de adoecimento, internação e cura, precisa estabelecer novas práticas de cuidados, adaptadas à situação e necessidade atual (p.4).

Para Lemos (2006) a boa relação existente entre pais e os profissionais de saúde deve ser de tranquilidade, tendo em vista que o principal foco está sobre um menor hospitalizado aos cuidados de ambas as partes.

Espera-se dos profissionais de saúde uma boa comunicação, que seja considerado o conteúdo e a forma como é transmitida, sobretudo em situações mais delicadas. É preciso tempo para que as dúvidas dos pais sejam esclarecidas e para que as informações sejam bem assimiladas” (p.49).

Os casos de hospitalização de um modo geral seguem um fluxo de atendimento que varia conforme a região. Mas é evidente que os doentes que necessitam de longo tratamento são levados às unidades de internações de longa permanência, muitas vezes devido a regulação deste paciente, ele é encaminhado para os Hospitais Universitários, Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Estaduais, por terem referência em tratamento de alta complexidade e especialistas em acompanhamento de quadros clínicos mais graves.

Em alguns casos a internação transcorre em um breve período, para outros o tempo de hospitalização não tem a previsão de alta, em decorrência das condições clínicas em que se encontrava a criança.

A hospitalização de longa permanência é decorrente do diagnóstico, condições patológicas, plano de assistência terapêutica indicada, resultados de exames complementares realizados, entre outras condições, que determinaram o processo de hospitalização por um período mais longo.

Neste período a criança teve que ser acompanhada por um responsável legal em tempo integral, exigência estabelecida conforme previsto no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), em seu Capítulo I, Art. 12.º

A gravidade clínica da criança torna-se o início de uma longa caminhada de tratamento, ansiedade e esperança, para os familiares. Neste momento de desgaste emocional, desespero onde o corpo físico já não mais suporta o cansaço, que encontramos algumas mães ou acompanhantes a expressar suas tristezas, orações, momento pessoal em que seja possível perceber toda força encontrada de mulher

resistente que se entrega à emoção. É um estado considerado conflituoso, para a mãe que tenta compreender o sentido da dor, solidão, medo e insegurança.

O processo de hospitalização, o diagnóstico definido e o tratamento, provocam uma separação inesperada da família. O momento vivenciado por todos se torna desafiador não somente para a mãe, mas para todos, onde cada um busca encontrar na união, na força, o apoio de cada familiar na busca de superação dessa fase de tribulação.

No período de acompanhamento da criança hospitalizada, não se evidencia o atendimento especializado voltado para o acompanhante, nem avaliação psicológica, física, atendimento espiritual entre outros tipos de assistência que auxiliaria a superar as angústias e anseios diante a fragilidade vivida a cada instante ao lado da criança.

Esta realidade é atual na maioria dos hospitais que presta atendimento a nível de hospitalização pediátrica. Em alguns momentos mais dramáticos quando ocorre o falecimento de uma criança, o apoio primário incide aos profissionais de enfermagem, ou pelas outras mães que ali estão a partilhar da mesma experiência, no auxílio umas com as outras, em gestos fraternos de consolo diante as dores, desafios e as perdas vividas juntas.

É no silêncio, a seu modo, pelo seu jeito mais simples, que muitas mães ou familiares em oração, próximo ao leito, buscam por algo que dê forças e consolo diante a situação pela qual está passando para acalantar seus corações e adquirir perseverança.

Esta realidade vivida, frequentemente nas enfermarias do hospital, revela o momento da fragilidade, esperança de pais em ver seu filho recuperado. Momento muito emotivo para aquele que presencia um familiar, mãe em oração, manifestações de louvores, clamores, ritos e gestos a uma divindade em nome da criança na esperança da melhora e a recuperação da saúde do corpo desta criança.

Para os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro a compreensão das práticas religiosas no processo saúde/doença tornam-se cada dia mais comuns dentro das unidades hospitalares.

A ligação da religiosidade e do processo-saúde-doença nas práticas laborais dentro das enfermarias pediátricas é notável a cada momento de dor, solidão e a angústia de mães a recorrer a algum símbolo ou objeto religioso que simbolize as suas necessidades do momento.

Signates (2016), ao pesquisar a relação entre religião e saúde descreve “construção simbólica entre a teologia e a medicina” (p.168). Como uma oposição inconciliável em que predomina a ideia de que “religião e saúde não são temáticas que estranhem, apesar das determinações hegemônicas das culturas em que vivemos” (p.170).

O processo de hospitalização passa a ser compreendido pelos familiares como sendo sinal de confiança na assistência médica, mas para muitos as práticas religiosas a religião pode tornar-se uma fonte segura para encontrar a resposta nos momentos de dor e sofrimento vividos. Diante de uma realidade pós-moderna a religião, nesta ocasião, passa a remeter ao crente uma esperança de segurança, conforto, legitimado pelo poder simbólico dos objetos de caráter religioso, sinal de proteção e graça. A religião e a igreja são refúgios para muitos, principalmente quando o ciclo da vida expõe comprometido. O processo patológico transforma a personalidade da pessoa como um todo.

O religioso se instaura e restaura, no cotidiano das pessoas, dos grupos sociais e das instituições. É especificamente, no âmbito imprescindível da intervenção social e política, é lá onde a ciência fracassa – as mobilizações humanas em torno de ideias e ideais – que a religião demonstra ainda uma enorme efetividade (SIGNATES, 2016, p.174).

Considerando o processo das representações religiosas, manifestadas pelos acompanhantes, verifica-se que este é um desafio a ser enfrentado e compreendido pelos enfermeiros. Nos dados via revisão bibliográfica foi identificada a dificuldade da categoria em lidar com esta realidade. Neste caso Bousso (2001) relacionou alguns fatores:

As famílias são portadoras da cultura da sociedade em que vivem e da cultura com a qual se identificam. Os estilos de vida, valores, ideais, crenças e suas práticas estão impregnados em suas definições e são transmitidas de geração para geração, afetando o comportamento e, conseqüentemente, o estado de saúde da família. Assim pode ser compreendido o efeito da cultura sobre a saúde da família. – Crenças e práticas de saúde: cada família possui um sistema de crenças e de práticas sobre saúde e doença, que inclui desde o que um sintoma significa, quando e onde levar a pessoa doente, até o que é a melhora ou cura. O sistema de crença é transformado em práticas de cuidado à saúde, que, por sua vez, afetam o estado de saúde da família. Eles dão sentido às ações da família e reforçam a coesão familiar. Os conflitos entre as crenças e práticas sobre saúde dos membros da família pode afetar negativamente a saúde da família e ser motivados por diferenças entre as gerações da família e pela imposição de intervenções em saúde desvinculadas do conhecimento do sistema de crenças da família. (BOUSSO, 2001, p.15).

Para Ecco *et al* (2016), ao descreverem a magia protetora ou simbólica apresentada pelo homem, buscam relacionar uma entre os sete tipos de magia (magia protetora, magia cerimonial, magia pública, magia privada, magia branca e negra, magia maléfica voluntária, e, feitiçaria) com as práticas religiosas humanas atuais. Sendo a magia protetora a que vai de encontro com as necessidades, dificuldades do homem ao momento de sofrimento, aflições, dando ao ser humano um impulso frente aos desafios, influenciando-o a prosseguir frente aos desafios e realidades pelas quais está passando.

A magia protetora é aquela em que se usa um amuleto, ou objeto que concentra e difunde o poder dessa mesma magia. Para o mundo contemporâneo pode ser uma roupa, sapato, celular, ou qualquer objeto que concentre certo tipo de poder agregar, na concepção de quem o usa, um valor simbólico (ECCO et al.2016, p.14).

Diante desta realidade, a esperança, fé, o desejo destes acompanhantes em conseguir algum benefício traz consigo a necessidade de permanecer com estes símbolos que são encontrados sobre os armários de apoio e cabeceira dos leitos. É sempre possível observar a presença de objetos ou líquidos, das mais diversas finalidades (copo d'água benzida ou abençoada, rosa ungida, pulseiras abençoadas, pente santo do kit de beleza da Rainha Ester, Óleos de Oliveiras de Jerusalém, água do Jordão, réplicas de Trombetas de Gideão, cajado de Moisés, Medalhas, imagens diversos de santos, Bíblia, livros de orações).

É na dependência simbólica que o homem estabelece com a religião as práticas associadas à agente de cura, assim, ele crê no mágico como real, e incorpora isso nos processos de cura (ECCO *et al* 2016, p. 26). As práticas religiosas (ritos, gestos, louvores) realizadas por algumas mães são expressivas e aceitas até por outras acompanhantes, que em algumas situações aparentavam desconhecer o significado da atitude ou até mesmo o que sejam crenças religiosas. O envolvimento místico revelado diz respeito ao milagre esperado: “a recuperação da criança”.

São essas crenças, cultura, tradições da religiosidade que levam a compreensão do sentido pelo qual estas práticas religiosas são usadas pelos acompanhantes, no sentido de amenizar o sofrimento no período de hospitalização.

Muitas preces, orações, evocações foram sempre iniciadas em primeira intenção. Frase citada em todos os momentos presenciados: “Que meu filho seja curado, para voltarmos para casa, sairmos daqui”¹⁷.

O modo utilizado para realizar as precessão diversificado. Citações que advém da esperança de recuperação e de cura. São momentos onde o presenciar das orações, desperta as emoções do profissional, pois permanece a incerteza diante as condições clínicas da criança.

Schiavo (2009), descreveu o processo de encontro natural da saúde e o ciclo da vida, e ressaltou:

A busca da saúde será, portanto, a busca por relações harmônicas, em que a doença, o sofrimento e a morte não são mais concebidos como o fracasso ou sinal do limite humano, mas são concebidos como o fracasso de uma vida inserida num ciclo vital, marcado por vários momentos: nascimento, crescimento, decadência e morte (p.165).

Em suas análises, Bezerra *et al* (1996), descreveu as atitudes de conformação e de fé, de mães que acompanhavam seus filhos e a necessidade da crença em um ser supremo. Momentos pelas quais os enfermeiros são surpreendidos pelas mães durante a prática assistencial, as quais diziam estar:

[...] “pedindo a Deus, a todo dia, a saúde dela para gente viver sossegada”. “A gente pede força a Deus e vê no que dá”. “Tem que confiar em Deus”. “Fica imaginando, assim... se aquela criança existiu se morre[...] Eu sei que ta nas mãos de Deus”¹⁸ (1996,p.618).

Meissner (1978) descreveu a dificuldade da psicanálise em conseguir responder as diversidades da humanidade diante das suas crenças e experiências religiosas quando considera algo enigmático. O homem apresenta fatores psicológicos que reagem ao diagnóstico da doença mediante diversas alterações fisiológicas e emocionais.

Ávila (2003), referiu-se a esse momento como o ideal para a pessoa ir ao seu próprio encontro, voltar ao seu interior e buscar sua própria essência.

É um fechar de olhos não como o desejo de fugir da realidade, de se distanciar dela, mas com a intenção de não deixar enganar pelo imediato recebido pelos sentidos, de entrar na realidade de uma forma mais profunda, chegando a captá-la em plenitude. Não é, portanto, um processo de distanciamento, mas de maior comunhão. É uma tentativa de escuta da própria profundidade do ser. (ÁVILA.2003,p.105).

¹⁷ Aspas, ao observar as frases, tipicamente usadas, pelos acompanhantes durante seus expressivos momentos de oração.

¹⁸Estas citações foram retiradas da entrevista realizadas com os pais de crianças hospitalizadas no Hospital Universitário Walter Cantídio – Ceará (BEZERRA *et al*, 1996, p. 612), para elucidar a religiosidade dos pais e suas esperanças aos desafios enfrentados.

Ao tentar compreender o processo simbólico instituído diante o uso de objetos ligados à religião verifica-se o seu significado devocional, o que dá o “sentido ao objeto como forma de acreditar em sua eficácia diante a magia nele evocado”. Geertz (2008), ao correlacionar a religião e o poder, afirma que:

A religião ancora o poder de nossos recursos simbólicos para a formulação de idéias analíticas. Na concepção autoritária, da forma total da realidade, da mesma forma ela ancora, no outro lado, o poder dos nossos recursos, também simbólicos, de expressar emoções-disposições, sentimentos, paixões, afeições, sensações (p.77).

O autor ressaltou que “a religião ajuda as pessoas a suportarem situações de pressão emocional, abrindo fugas a tais situações e impasses que nenhum outro caminho empírico abriria, exceto através do ritual e da crença no domínio do sobrenatural” (p.76). Afirmou que a religião: “fundamenta as exigências mais específicas da ação humana nos contextos mais gerais da existência humana” (p.93).

Ainda na tentativa da compreensão da conexão religiosa, segundo Nasser (2003), é possível que “O criador tenha colocado na sua criatura a capacidade de transcender, para poder comunicar-se com ela” (p.33).

Magalhães e Portella (2008) ressaltaram que foi pelos símbolos religiosos que os homens detinham as primeiras formas de linguagem e suas comunicações. O autor destacou que os sinais iniciais que permitiram a interpretação, de acordo com fontes fidedignas no campo da arqueologia, antropologia e historiografia, espelham a simbologia da religiosidade, o que permite afirmar que os primeiros símbolos utilizados por humanos, foram os religiosos.

O processo de evolução do homem não foi capaz de apagar de sua vivência as mais diversas crenças, culturas, tradições, ensinamentos que viveram seus ancestrais. Pela cultura, crença, rito e mitos, o homem, na antiguidade, deixou registros de diversos ensinamentos, práticas curativas, medidas preventivas, entre outras diversas situações de profilaxia às condições epidemiológicas.

Em muitas comunidades usava-se dos recursos da natureza para extrair remédios e criar objetos. Estes por vez serviam para fins de cura de doentes ou para serem inseridos nos ritos, orações e pajelanças. Para estas comunidades, estes objetos tornavam-se um sinal de livramento, advindo da divindade, para combater as mazelas daqueles tempos.

Ao descrever o conceito referenciado pela expressão da cultura, Geertz (2008. p.66) destacou a não-existência da ambiguidade fora dos padrões. O autor ressaltou um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepção herdadas, expressas em formas simbólicas mediante as quais os homens se comunicam e evoluem cientificamente e na vida em comunidade.

O homem na busca de adaptação e organização na sociedade e no seu ambiente, promoveu inúmeras inovações. Seguindo os avanços do mundo globalizado, a ciência médica despontou em seu modelo empírico para o processo da fragmentação do homem ao modelo biomédico.

Corroborando Reis (2016) quando menciona uma crítica ao modelo biomédico, modo pela qual o médico observa exclusivamente a doença. “Na verdade, uma parte da doença ou do órgão enfermo” (p. 26). Assim, para o “homem, não existe um organismo biológico, e sim um corpo simbólico, socialmente construído” (QUINTANA, 2016, p. 76).

A medicina conformou-se com uma maneira segmentada de conhecer a funcionalidade ortostática, fisiológica do corpo humano, pautada em estruturas e formas para melhor ser tratada. Não podendo pensar em um corpo puramente orgânico. Mas o corpo que adquire a forma da existência como ser humano quando faz parte de um conjunto de representações e, de forma a constituir-se ele mesmo uma representação simbólica.

Nesse contexto, Ecco *et al* (2016) realizaram estudos sobre o processo de saúde; não simplesmente ao processo do adoecer, mas sim no propósito de remodelar a concreta estrutura saudável do corpo, sem a presença de marcas ou cicatrizes, mas na busca da melhor performance estrutural ou reconstituições de mutilações advindas por doenças.

Para Reis (2016), a realidade atual, comparada como o que vivenciamos no século XX entre os anos de 1948 e 1994 trouxe uma informação essencial: “Vivemos em um mundo ainda marcado por um profundo apartheid social e econômico, profundamente desigual e injusto” (p 25). O mesmo pode ser considerado como o poder de transformação pela qual o homem se personaliza ao desejo e a ambição de ir ao encontro da modernidade e das tendências capitalistas.

Ecco *et al* (2016) ao se reportarem à doença destacaram “a doença, enquanto sofrimento na vida das pessoas, tende a causar, naturalmente, perda do poder físico e da dignidade humana” (p. 114).

Para Reis (2016,p.23): “a doença é um processo, ação e reação, mediação entre o conflito, agressão e defesa, uma luta constante entre a homeostasia e o desequilíbrio”. Isto demonstrou que as ciências médicas não conseguem dar ao homem a sua eternidade, ou seja, não permite transpor seus conhecimentos após o final do ciclo da vida. Tanto que até os dias atuais, não foi apresentado pela medicina algum método pelo qual possa oferecer ao homem a possibilidade de sua imortalidade.

O desenvolvimento da medicina e do arsenal tecnológico disponível para a assistência à saúde foram capazes, como nunca, de intervir sobre a doença e proporcionar alívio do sofrimento e da dor. Mas não o suficiente para isoladamente enfrentar novos problemas (REIS,2016. p. 24).

Essas intervenções mostraram a cada dia a fragilidade do homem diante as suas necessidades corporais e espirituais. As dificuldades, aflições que assolam o inconsciente do indivíduo pelo medo, provocam um descontrole mental e espiritual. Este momento de morbidade para o paciente ou seus familiares, caracterizou-se por uma eminente necessidade em acreditar no plano terapêutico proposto e a buscar respostas, resolutividade, para os seus anseios, nas mais diversas instâncias. Como conseqüências, no momento em que o paciente encontra a religião, essa torna-se o primeiro refúgio para ele e seus familiares.

Nos momentos de injustiças, morte, doenças, acidentes, a religião protegeu os nomos através da teodiceia. Deu um sentido explicativo às situações-limite, ou inexplicáveis da vida. Enfim, a religião dá condições – pois explica e dá sentido – para suportar o sofrimento (MAGALHÃES; PORTELLA, 2008, p.103).

O processo do adoecer que acomete o homem extingue o princípio do ciclo da vitalidade, tornando-se a situação desnorteadora para o paciente e seus familiares. Reis (2016, p.23) considerou a doença como “um fenômeno vital, uma das maneiras que a vida se manifesta em corpos organizados”. Descreveu que ocorre a mobilização da família, não somente para apoiar o doente, mas para vivenciarem juntos a busca da superação. Foram comuns entre as famílias a aproximação em diversos momentos fraternos, sobretudo quando há um familiar em dificuldade. “O ethos de um grupo torna-se intelectualmente razoável porque demonstra representar um tipo de vida idealmente adaptado ao estado de coisas atual que a visão de mundo descreve”. (GEERTZ,2008, p. 67).

Neste momento de fragilidade, medo, insegurança, a religião tornou-se um possível ponto de esperança, força, conforto e proteção, entre tantas outras condições de espera por aquele que busca a entidade.

Para Geertz (2008) em meio a um paradigma entre as ações humanas e sua realidade, a religião passou a fornecer orientação ou reorientação ao ser humano. O autor descreveu a religião como sendo:

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 fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realista, o que pressupõe a procura exacerbada do homem em momentos de crises, condições desesperadoras para encontrar: prosperidade, melhoria, auxílio, paz e bonança, diante as situações de amargura e desgosto vivenciados. (GEERTZ.2008,p.67).

Para Magalhães e Portella (2008), atualmente o homem busca encontrar na religião algo que difere dos tempos primórdios quando este ia de encontro à religião, o que não transcorria somente por necessidades, mas sim para dar a religião um lugar central à sua essência de ser humano.

Para relacionar o objetivo da pesquisa foi necessário fazer uma breve leitura da religião na humanidade. Esse estudo colaborou para conhecer e encontrar o sentido do objeto e do símbolo religioso para os acompanhantes de crianças hospitalizadas.

Ao descrever o significado do símbolo, Nasser (2003), afirmou que o “símbolo pode aproximar significados para realizar uma meta, para expressar algo indivisível”. (p.11). Para Geertz (2008) o “símbolo pode ser usado numa ampla gama de coisas, muitas vezes de várias coisas ao mesmo tempo” (p. 67).

O uso destes objetos simbólicos pelos acompanhantes evidenciaram um processo de ritualização pautado nas suas crenças. De forma solitária ou com outros acompanhantes da mesma enfermaria ou de outras, promovem momentos de orações e louvores. Estes por vez são realizados de forma que ocorra uma adesão de muitos acompanhantes. Isto torna-se possível pelo fato de passarem vários dias juntos, convivendo diante das mesmas realidades, designando uma certa aproximação, o que refletiu ao final uma afinidade de extrema familiaridade.

Em consonância com a referência de Geertz (2008), este momento cogitou um possível encontro com relações divergentes quando existe o ethos, torna-se intelectualmente razoável porque é levado a representar um tipo de vida implícito no

estado de coisas real que a visão de mundo descreve, e a visão de mundo torna-se emocionante aceitável por se apresentar como imagem de um verdadeiro estado de coisas do qual esse tipo de vida é expressão autêntica (p. 92).

A oração, propriamente, não costuma ser classificada como rito, mas está, muitas vezes, imbricada em processos rituais, por meio de palavras ou mantras. “Tendo como suas principais funções, as orações possa ser meditativas, contemplativas, unitivas, laudativas, invocativas, intercessórias e purgativas”. (MAGALHÃES; PORTELLA 2008, p.70).

Ao apresentar o significado do “sagrado” diante desta compreensão pelos acompanhantes, vale questionar a Eliade em suas diversas obras interpretativas e buscar o significado para o conceito de sagrado, citado por Magalhães e Portella (2008) “O sagrado é um elemento da estrutura da consciência, e não uma fase na história dessa consciência” (p. 62).

Na concepção de Lemos (2009) “O sagrado não é um aspecto da natureza empírica, mas é colocado sobre ela. Os objetos sagrados simbolizam o mundo não visto, e a atitude provocada por eles é de intenso respeito e revêrencia” (p. 18). O autor descreve que diante o sentido empregado pelo homem nos objetos e símbolos religioso pode este “fazer parte do cotidiano das pessoas, tais como toalhas brancas, xícaras com água, sal, cinza, faca, pão, vinho etc” (p. 18).

O culto a objetos sagrados tem características de religiões totêmicas porque se acredita que artefatos físicos sejam sagrados. Durkheim analisou religiões totêmicas e chegou à conclusão de que elas na verdade são maneiras de as pessoas adorarem sua própria sociedade, atribuindo poder sobrenatural aos tótems a ela associados” (PEREIRA apud JOHNSON, 1997, p. 119).

Pereira (2011), apresentou este tipo de devoção considerando que, “o objeto sagrado, tem a função de agrupar as pessoas ao seu redor, reproduzindo o referido grupo social, comunidade ou mesmo a sociedade local, tendo em vista que ele está intrinsecamente associado à mesma” (p. 119).

A presença destes itens religiosos para os acompanhantes representa um encontro, uma experiência, que somente ele pode expressar ou relatar o que sente em sua internalidade pessoal mediante a divindade ou com o ser supremo em seu momento de oração.

Para Magalhães e Portella (2008), “A presença da divindade pode estar num campo da profundidade do ser, presente em todas as coisas, e revelar-se em todas

elas” (p. 42). Citado por Pereira apud Eliade (2011) a expressão da manifestação religiosa: “Para aqueles que têm uma experiência religiosa, toda a natureza é suscetível de revelar-se como sacralidade cósmica” (p. 27).

As experiências religiosas para Magalhães e Portella (2008), podem ser definidas por:

Uma experiência que só pode ser inteligível, por meio das mediações. Provindas dos seguintes aspectos: possui poder organizacional na vida das pessoas; é pragmática; possui uma considerável autonomia em relação a outras mediações da religião (sistema interpretativo, celebração ritual, catequese). (MAGALHÃES; PORTELLA, 2008, p.47).

Portando ou não um objeto, a ritualidade em suas diversas formas, torna-se para o homem um sinal de aproximação das suas práticas religiosas comunitárias.

Se os símbolos sagrados não induzissem a disposição nos seres Humanos e ao mesmo tempo não formulassem idéias gerais de ordem, por mais oblíquas, inarticuladas ou não sistemáticas que fossem, então não existiria a diferenciação empírica da atividade religiosa ou da experiência religiosa. (MAGALHÃES; PORTELLA, 2008, p.72).

O mesmo autor considerou “que todos os símbolos religiosos e sagrados afirmam que o melhor para o homem é viver de modo realista, onde eles diferem, é na visão da realidade que constroem” (p. 96).

Os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica não apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas também para que, compreendendo-o, dêem precisão a seu sentimento, uma definição às suas emoções que lhes permita suportá-lo, soturno ou alegremente, implacável ou cavalheirescamente (p. 77).

Para os acompanhantes/familiares ter consigo um objeto religioso torna-se um sinal de conforto, auxilia nas orações e meditações, ajudando a superar os intensos dias de acompanhamento e hospitalização da criança. Geertz (2008,p.79) refere-se ao símbolo e afirma:“de uma imagem de tal ordem genuína do mundo, que dará por conta e até celebrará as ambiguidades percebidas, aos enigmas e paradoxos da experiência humana”.

Outras notáveis práticas foram observadas entre os cuidadores e a forma como eles utilizavam estes objetos para ritualizar suas crenças com as crianças hospitalizadas. Muitos chegavam a prender o objetos ao corpo da criança outros usam da unção, fixação do símbolo ao leito, entre outras formas de fazer com que o objeto estivesse o mais próximo do corpo da criança.

Estes ritos perpetrados usualmente pelos acompanhantes se tornaram um sinal expressivo visando a: esperança, milagre, restauração da saúde, melhora do quadro clínico da criança hospitalizada entre outras tantas expressões promovidas.

Os milagres são frutos de situações extraordinárias, misteriosas; portanto, quando se atribui a um santo, a uma alma ou a um objeto que seja algo de misterioso; esse passa a ser possibilitador de milagres, elemento que fundamenta a devoção (PEREIRA, 2011, p.115).

Na reflexão de Magalhães e Portella (2008), as ações existentes entre a religião e a magia passam a ter uma relação de poder, mas ao mesmo tempo de separação.

A magia é considerada uma forma de manipular, forçar ou “comprar” a divindade para os anseios humanos, individualisticamente, enquanto a religião é considerada como um meio de atacar a divindade e de se submeter a ela, comunitariamente. Dentro deste espectro haveria na magia, contágios, em que há contato direto entre objeto mágico e pessoa, quando é preciso encostar algum objeto mágico ou magicizado sobre a pessoa, e ainda a magia analógica, em que não há contato direto entre objeto e corpo, mas uma analogia simbólica e eficaz, em que, por exemplo, se poderia desatar um nó de corda para “desatar” a vida financeira ou afetiva (p. 90).

Assim pela manifestação da magia procedente da imagem religiosa pelo homem em suas atitudes orantes que ele pode ser compreendido como a descrição apresentada por Pereira (2011) assim como a devoção “as almas desconhecidas”, manifestação de louvor perpassado pelo homem em particular em comunidade, cidade, estado ou por mesmo uma nação.

A devoção “às almas desconhecidas” aponta para outras, muitas próximas a essa, e são as devoções a certos objetos, principalmente se o mesmo tem vínculo com determinada situação ou pessoa fora do comum, ou ainda origem misteriosa ou outra forma extraordinária de manifestação ou surgimento entre certos grupos humanos (p.116).

Nos últimos anos as religiões utilizaram inúmeros símbolos, dando a eles poderes e intercessões. Quando o crente os estiver usando ou portando, pode conseguir alcançar a ajuda esperada, a resolução de seus problemas, cura de uma doença, entre outras diversas situações possíveis. “O símbolo busca traduzir o mistério e recorre à linguagem simbólica para sua expressão” (NASSER, 2003, p.39).

Para que o símbolo possa ser um sinal de esperança, conforto, cura e bem-estar o homem tem que transcender-se em sua maturidade espiritual, para que a insígnia possa realmente fazer seu efeito.

O símbolo depende da estrutura ou condição espiritual de cada homem, ou seja, o símbolo compõe a linguagem da alma e do espírito, através da transcendência, funcionando como um mediador, uma ponte. Enquanto vida, o símbolo é um constante transformador de energia. Energia que torna o homem, sua alma e espírito vivos (p.38).

Tantas dificuldades, e confronto com uma sociedade seletista, induziu o homem à busca da religião como o caminho de amparo. Geertz (2008) detalha que a realidade da religião com as dificuldades do homem que busca por auxílio, mantém uma constante ligação.

O problema da religiosidade, o problema do sofrimento é paradoxalmente, não como evitar o sofrimento, mas como sofrer, como fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota frente ao mundo da impotente contemplação da agonia alheia, algo tolerável, suportável e sofrível (p. 76).

Isto ficou evidenciado quando a situação foi a comorbidade de doenças em uma criança. A mãe como a principal protagonista da história buscava alguém que a amparasse. Em muitos ocasiões foi na religião a primeira fonte onde encontrou este apoio, calma, equilíbrio, força, para conseguirem superar o peso do sofrimento durante o tempo de hospitalização. Nasser (2003) mencionou que a “acolhida e o aconchego sempre chegam como um ombro, no qual se pode chorar até que a nossa dor se acalma” (p.19). Assim, essa foi a realidade de muitos pais e acompanhantes para lidar com o sofrimento do filho diante das restrições e das dificuldades vivenciadas em todo momento da hospitalização.

Geertz (2008), descreveu que “o problema do sofrimento recai facilmente no problema do mal, pois se o sofrimento é normalmente muito cruel, embora nem sempre, ele é também considerado moralmente imerecido, pelo menos para o sofredor” (p. 77).

O tempo de hospitalização da criança faz com que devido a necessidade de apoio para os familiares, não encontrado dentro das unidades hospitalares, busquem uma ligação com a religião.

A religião não se deve ser buscada nos abscônditos da cultura, mas nos diferentes espaços públicos e privados. Nos templos, nas ruas, nos botecos, nas

famílias, nas escolas, nos estádios, nos shows, em todos esses lugares, encontramos os rastros da religião (MAGALHÃES; PORTELLA, 2008, p.15). Os mesmos autores descreveram a religião como algo que trás consigo uma forma que desperta no homem uma transcendência. “Religião é algo que fascina, envolve, seduz, faz matar e fazer viver. Está dentro dos códigos vitais, faz parte dos gestos mais profundos de luta pela sobrevivência” (p. 16).

Magalhães e Portella (2008) foram enfáticos ao fazer o paralelo entre a religião e os símbolos religiosos, onde evidenciou as duas referências na vida do ser humano. Afirmaram existir uma relação de dependência ao sagrado, tanto na fase do nascimento quanto da morte, constituindo um processo de ritualização, presente no dia-a-dia da humanidade.

A religião é, fundamentalmente, uma linguagem do ser humano. É constitutiva da vida, e ela se manifesta especialmente por meio do símbolo, como linguagem matricial de todas as demais, não sendo o símbolo situado em nenhum lugar de forma dogmática, mas foi na experiência religiosa uma das diferentes formas de os sujeitos religiosos tentarem indicar a presença do sagrado (MAGALHÃES; PORTELLA. 2008, p.106).

A tempo, podemos descrever a manifestação religiosa expressada por diversas religiões desde as tradicionais as mais remanescente onde o homem possa ir de encontro com o que descreve Eliade (1996): “o homem toma conhecimento do sagrado por que se manifesta, e mostra como algo absolutamente diferente do profano” (p. 36).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultado deste estudo foi possível identificar os aspectos qualitativos e quantitativos com relação aos símbolos religiosos considerados sagrados pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas e uma diversidade socioeconômica, socialmente instigadora mediante a uma realidade desprovidas de recursos e benefícios sociais particulares, públicos.

Os resultados da pesquisa nos defronta com uma população feminina, de baixo nível de escolaridade, etnia predominantemente afrodescendente, que responde pela maior parte dos lares, provendo de uma renda mínima ao grupo familiar, em alguns casos conta com ajuda de outros familiares em atividades domésticas e em casos específicos ajuda em acompanhar alguma criança quando hospitalizada. Em outra amostra social a maior parte dos entrevistados são residentes de regiões das periferias das cidades. Onde existe escassez de recursos públicos básicos (hospitais, segurança, saneamento entre outros). Uma sociedade que busca mesmo com seus poucos recursos, ao espaço geográfico sem a devida infraestrutura, buscar na religião a esperança de tempos melhores. A maior parte dos entrevistados declaram frequentar algum tipo de religião. Isto responde a presença de objetos/símbolos religiosos presentes nas enfermarias com os acompanhantes. A mística da proteção divina, a busca da recompensa, bem estar, melhora do estado de saúde entre outras formas de expressões e sentimentos mencionadas.

Para o homem pós moderno a representação da religiosidade não seria uma prática atualizada, tendo sido algo recorrente ao longo da história manifestar-se sua religiosidade particular de forma privado e impuseram em determinados objetos e imagens, o significado para que tais cultos, manifestações de súplicas ou graças fossem alcançadas por intercessão as suas piedades.

A importância do objeto e a busca da proteção advinda com a guarda de tais símbolos, refletiu a fé na presença da Divindade, de forma que a constante manipulação do objeto serviu para conduzir as necessidades e preces, e trouxe a esperança da graça esperada. Ao momento é evidente não excluir este elo predominante entre os preceitos da religião, ritos e a execução das ações e a conduta do homem. Tal prática foi considerada frequente na clínica de pediatria HMI (Hospital Materno Infantil – Goiânia) e bem vinda entre os acompanhantes, os quais se

manifestaram de acordo a manter diálogos sobre o processo de hospitalização e as orações.

Esta expressão religiosa demonstrada pelos acompanhantes/familiares ao período de internação da criança concorda com Rebello (2006) quando faz referência a como há reação expressiva de cada indivíduo nos momentos de angústia pessoal.

A expressão da espiritualidade ocorre de forma diferente para cada indivíduo; cada um traz consigo seus ritos e ações que dão significado e sentido ao momento pelo qual estão passando, pois o ser humano possui uma capacidade ímpar de criar sentido e simbolizar situações e fatos. Desse modo, deve-se respeitar a forma ou maneira pela qual a pessoa expressa sua espiritualidade, pois se ela alcança conforto e paz por meio de práticas religiosas como a oração, a meditação ou outros ritos que são a expressão de significados e das suas experiências, essas deverão ser respeitadas e viabilizadas para que sinta tranquilidade, ainda mais se essas práticas transmitem bem-estar em relação à sua saúde (RABELLO citando PESSINI. 2006,p.22).

Verificou-se nesse estudo que nas situações de ansiedade e risco de morte, os acompanhantes portavam objetos em suas mãos e ou colocavam no leito da criança, considerados como sagrados durante o período de internação hospitalar. Estas práticas ritualísticas nos momentos de enfermidades, tornaram-se comum nas enfermarias da clínica de pediatria. Os símbolos sagrados leva o seu portador a adotarem postura de prece, invocação, onde clamavam pelo apoio e proteção divina. Muitos citaram que, com a utilização da Bíblia e o terço, detinha-se o conforto quando com eles estavam. Tal comportamento confirmou os estudos de Geertz (2008) quando o autor mencionou que a religião colabora no aumento da resiliência à pressão emocional e facilita na resolução dos impasses psíquicos frente às dificuldades.

Os dados encontrados reafirmaram os estudos preliminares de Geertz (2008). O autor identificou que os indígenas buscavam a presença da divindade entre as árvores e troncos e atribuíam aos seres advindos da floresta os mais diversos sentidos possíveis e procuravam além de cultuar o sagrado através do “totem”, e dos animais, exibir suas crenças e expressar suas experiências individuais para outras comunidades.

Outro aspecto importante elucidado na pesquisa envolve a propagação das manifestações e símbolos religiosos inseridos por diversas religiões tradicionais, como as “remanescentes”, os quais foram apresentados por tais líderes, aliados a sinais de prosperidade e libertação das tempestivas causas de males que se deflagram no corpo e espírito.

Os ritos e práticas religiosas dos acompanhantes nos momentos de fragilidade emocional, risco eminente de morte da criança em seguintes vezes, transcende a dimensão material onde a presença do símbolo ou do objeto religioso possa aproximar o homem da divindade. Isto explica a marcada representação pela busca do sagrado nos níveis sociais, apresentado nos dados socioeconômicos nos quais a energização não se faz distinção social, mas a comunhão entre as crenças e suas expressivas religiosidades dos familiares.

Ir de encontro com a proteção da divindade foi a menção mais clara, não somente ao pedido de súplica mas de conforto e esperança aquele que cuida e se faz presente junto na assistência do hospitalizado.

O homem não mais detém uma posição única perante a religião, mas sim as suas diversas formas de encontro da pluralidade, priorizando o que for mais relevante ao momento. Nas culturas, a popularização não deixa de existir, mas a forma pela qual esta possa ser expressada não limita mais o homem na busca pela exigência de suas vontades e de seu bem estar. Seja qual for a forma de busca do bem estar, o sujeito não mais se legitima a um único caminho, mas sobretudo aquele que for conveniente. A religiosidade desse modo se alia ao tecnológico, medicina entre outras áreas de forma independente, sem que uma dependa da outra.

Ao reportar ao resultado dessa pesquisa a qual destaca o verdadeiro sentido do sagrado para os (as) cuidadores (as) ressalta-se a necessidade de que os profissionais das áreas da saúde sejam despertados para o universo do “sagrado” o qual identificou-se estar na maioria das vezes atrelado aos aspectos da religiosidade. Tal despertar deve ser promovido de forma ampla para o pluralismo religioso e para a alteridade em propiciar ações transformadoras a ponto de alcançar o respeito a diversidade, a pluralidade, e a consciência da importância das tradições, crenças e valores étnicos.

Outro processo observado nesse estudo foi o fato do profissional de saúde não demonstrar suporte técnico suficiente para lidar com a variedade de emoções experimentadas pelo paciente e ou familiares diante da finitude das práticas mencionadas pelos acompanhantes. A complexidade das ações a serem desenvolvidas ou abordadas pelos profissionais possa ir de conflitos com o pensamento do acompanhante, o que influenciou para que ao encontro e a busca do apoio sucedesse em outras instâncias, como a da religiosidade.

Vale mencionar Mendes, Lustosa e Andrade (2009) que apontaram para a importância de atitudes de sensibilidade e preparo emocional por parte dos profissionais, para lidar com as necessidades emocionais dos seus pacientes e acompanhantes.

A compreensão da situação da doença foi considerada fundamental nesse estudo, uma vez que foi percebida nas observações de acompanhantes a importância da notificação do diagnóstico diferencial das enfermidades e concomitantemente, a continuidade do apoio e esperança, aceitação da religiosidade, ou como forma de superação.

Propõe-se atualização e capacitação dos profissionais de enfermagem para a colaboração na jornada de trabalho, tendo o cuidado de incluir no conteúdo, o processo da assistência psicoespiritual do paciente e seus acompanhantes: a compreensão, amparo, conforto e auxílio aos acompanhantes, o reconhecimento de suas expressões religiosas e do uso de seus símbolos.

Nesse ponto, surge um campo de trabalho da Ciência da Religião aplicada. A formação de enfermeiros para que possam respeitar a cultura religiosa de seus pacientes, reconhecer suas necessidades ao cuidado no nível espiritual, e também possam entender como as expressões religiosas e culturais de seus pacientes sejam ou não benéficas ao seu tratamento. Tais ensinamentos de proceder de docentes que compreendam religião e a cultura para além dos saberes médicos que compõem o escopo aos estudos em enfermagem.

O Cientistas da religião têm formação: antropológica, filosófica e histórica adequada para identificar conexões entre cultura religiosa e o saberes das ciências médica e sugerir ações éticas que possam permitir o exercício da fé e do cuidado sem desrespeito a nenhuma parte envolvida.

Sugere-se que os cientistas da religião componham o quadro de professores nos cursos de formação profissional em todos os níveis de formação dos profissionais de enfermagem: técnico, graduação ou pós-graduação. Com atuações em disciplinas semelhantes as já encontradas em cursos de graduação da área da saúde, como *Religião e Saúde*, ou mesmo na *Teologia*. No entanto, para que a formação possa contemplar as necessidades dos profissionais, não basta apenas estudar uma forma de teologia, ou estudar a partir de pontos de vista culturalmente hegemônicos.

A formação do profissional deve contemplar conhecimentos aprofundados sobre fenômenos religiosos e as formas de compreendê-los no âmbito da saúde. Para

isso, não basta um profissional da saúde (por exemplo, psicólogo, médico ou enfermeiro) que seja interessado no assunto. O profissional deve possuir formação concreta na área da Ciência da Religião, independente de sua formação inicial, que também pode ser da área da saúde.

Diante os dados encontrados sugere-se a orientações referentes aos efeitos do tratamento e da internação com a finalidade de abrandar o estress, desesperança e ansiedade decorrentes do tempo de hospitalização e acompanhamento.

Como principal objeto sagrado, a Bíblia foi a mais citada nos questionários, seria imaginável a estratégia de leituras reflexivas e assídua de acordo com os participantes promoveu efeitos positivos e de bem-estar para os acompanhantes, como o de minimizar a ansiedade. Para esse estudo esse é um dado importante. Mediante esse resultado pode-se presumir que os métodos que envolvam a promoção de saúde no hospital do futuro, possam incluir boletins escritos com orientações sobre as variadas situações vivenciadas na internação: o diagnóstico, a internação, o período pré e pós cirúrgico e o acompanhamento ambulatorial e domiciliar.

Sugere-se que seja realizada a distribuição de folhetos e informativos referentes às estratégias de tratamento hospitalares com o acréscimo de mensagens otimistas e de fácil compreensão alusivas ao cuidado e bem estar.

Quanto ao apoio multiprofissional é recomendável a aplicação de orientações em regime de grupo focal, pautadas nas dificuldades apresentadas e na adesão ao tratamento, as quais poderão ser valiosas e de boa aceitação ao grau de escolaridade e esclarecimento dos acompanhantes. Os assuntos considerados mais importantes poderão ser disponibilizados em local apropriado e de livre acesso, via cópias de texto arquivados em pasta, ou livros informativos cedidos por empréstimo, doados e ou trazidos pelos acompanhantes, o que promoverá o entretenimento e fortalecimento da auto estima e motivação ao diálogo.

O caminho a ser percorrido, inclui além das novas temáticas humanísticas, rodas de discussões sobre o planejamento dos tratamentos hospitalares tradicionais, que possam refletir sobre a realidade encontrada, e propor sugestões para minimizar as condições precárias de subsistência, ou o sucateamento das unidades de saúde. As reflexões por parte dos acompanhantes poderão ainda, promover impacto positivo no que se refere às dificuldades de atendimento e de compreensão do reconhecimento das crenças e religiosidade das mães, dos familiares, e

acompanhantes, contribuindo assim para fortalecer suas representatividades simbólicas do sagrado.

Assim, todo o processo do cuidado e o plano de assistência previsto, realizado pela equipe multiprofissional e em especial pelo profissional da enfermagem não pode deixar de considerar a crença, espiritualidade e a religiosidade do acompanhante. Zohar (2000) relata a seriedade da compreensão da espiritualidade como um exercício vivencial. Onde não se pode ponderar o estado da mente mas sim uma modificação completa do sentido da vida para a pessoa. Esta mesma autora expõe que muitas atuações desenvolvidas pelo homem na acepção da transcendência como meio essencial de manifestação, conveniente da pessoal de uma espiritualidade.

O conhecimento da realidade do paciente, não se exima de suas próprias vontades ao tratamento e aos cuidados oferecidos. Mas uma busca favorável de consentimento do paciente á atuação compreensível do cuidador em suas práticas religiosas entre o respeito e conhecimento destas práticas.

Ao término deste estudo, fica a sugestão de capacitação dos profissionais de saúde em ênfase os da enfermagem, como desígnio de envolver o sentido da religiosidade, espiritualidade e da crença. A nobreza destas práticas as estimas destas ações expressas pelo paciente. Uma busca continua de inserção da realidade vivenciada pelo paciente e seus acompanhantes e uma assistência não tão-somente para o corpo mas para a alma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDELLAH, F. G. A natureza da ciência da enfermagem. *Nurse. Comp.*, n.5, v.18, p. 393-399, Reimpresso In: NICOLL, L. H. *Perspectivas sobre teoria de enfermagem*. Boston: 1986.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações Sobre a Enfermagem enquanto Trabalho, p. 97-112. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M (Org.) *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 2000.
- ANDREI, P. PERES, A. COMUNE, D. *Aromaterapia e suas aplicações*. Caderno. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 57-68, out./dez. 2005.
- AYRES, JR. JRCM. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. Interface, 2003.
- ÁVILA, A. *Para conhecer a Psicologia da Religião*. São Paulo: Loyola, 2003.
- BACARO, G. L. *IMHOTEP: Profecias do Antigo Egito*. Ed. ISIS. 2012.
- BARROS, A. L. B.L. de... [et al.] *Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo*; São Paulo: COREN-SP, 2015.
- BAUTISTA.M.C. de L.: evangelizador no campo da Saúde. Paulinas, São Paulo, 1995.
- BEZERRA L.F.R.; FRAG, M. N.O. *Acompanhar um filho hospitalizado: Compreendendo a vivência da mãe*. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.49, p.611-624 out./dez. 1996.
- BRANDÃO,A. *São Camilo de Lellis*.Edições Loyola.1987.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Brasília, 1986, p.3-5.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Lei nº8.069 de 13/07/1990.Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados. Brasília, 2012, p.14.
- BOTTORFF, J.; *Enfermagem: a prática da ciência a carinho*. Adv. Nurse. Sei, V.14, n .1, p. 26-39,1991.
- BOFF, L.; *Saber cuidar: Ética do humano- compaixão pela terra*. Editora Vozes, Petrópolis, RJ,2008.
- BOUSSO. R. S; ANGELA.M. *Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. Manual de Enfermagem*. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUCK, H. *Espiritualidade: análise de conceito e modelo desenvolvimento holístico*. Prática do Enfermeiro 2006.

CALDEIRA, S.; *Cuidado espiritual: rezar como intervenção de enfermagem*. Cuidarte. Vol. 3, nº 2, 2009.

CARPENITTO, L. J. *Diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed. 2005.

_____. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CARVALHO, A. M. A., et al, A. C. S. *Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural?* Salvador- BA. 2008.

CASTILHO, M. A. O espaço sagrado em Campo Grande: devoções religiosas e crenças místicas. In: VI Simpósio da Associação Brasileira de História das Religiões (ABHR) *História das religiões: desafios, problemas e avanços teóricos, metodológicos e historiográficos*, UNESP, Franca. Anais... UNESP, Franca: ABRH, 2004.

CECCARELLI, P. R.. Sexualidade e preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.3, n.3, p. 23, 2000.

CODIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.CEPE.Resolução COFEN -311/2007, Rio de Janeiro, 2007. Disponível: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf p.1-5. Acesso: 22/05/2016 às 20:15min.

COSTENARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. O cuidado como manifestação do ser e fazer na enfermagem: reflexão. *Vidya*, Santa Maria, v.18, N32, 1999.

COSTENARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. *Quem cuida de quem? Quem cuida do cuidador*. Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano; 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CNE. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001.Seção 1, p. 37. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> p.2-7. Acesso em:20/05/2016 às 18:11min.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 08 abril. 2015.

CORTEZ, E.A; SHIRATORI, K; TEIXEIRA, E.R. O técnico científico e o religioso no cuidado com o corpo: Confronto de saberes racionais? *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online- UNIRIO*, vol.1, n.2 p.170-78, 2009.

CORTEZ, EA, TEIXEIRA ER. *O Enfermeiro diante da religiosidade do cliente*. Rev.enferm.UERJ, Rio de janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):114-9.

CUTOLO, L. R. A. *Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica*. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, nº.4, 2006.

CUNHA, S. M; BARROS, A. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 57, n.2, p.228-232, mar./abr.2004.

CHAVES,E.C.L.;CARVALHO,E.C.A.;HASS,V.J.*Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritua: análise por especialistas*. São Paulo, 2009.

DAWKINS, Richard. *Deuses, um delírio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

DEL PRIORE, Mary (Org.) & BASSANEZI, Carla (coord. de textos). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto/Ed. UNESP, 2006.

DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M. G. C. Prática e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 3, n. 1, p. 41-54, jan./abr. 2004

ECCO, C. LEMOS. C. T. *Religião e Saúde: o medo como elemento constituinte das representações da doença*. Goiânia: Ed. Espaço Acadêmico.2016. – Religião, Saúde e Terapias Integrativas. Vol.I.

ECCO, C.; MACHADO, P.E.; SILVA, R.F.N.; *Religião, saúde e etnia: um novo sentido para percepção de vida*. Goiânia: Ed. Espaço Acadêmico.2016. – Religião, Saúde e Terapias Integrativas. V.II.

ELIADE, M.O *Sagrado e o Profano: A essência das religiões*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

EVANS, R.G.; STODDART G. L. Produzir saúde, consumindo cuidados de saúde. In: EVANS R. G., BARER M. L., MARMOR, T. R., 106 editors. *Por que as pessoas saudáveis e outros não: os determinantes de saúde das populações*. p. 41-64. New York: Walter de Gruyter, 1994.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. O Nascimento do Hospital. (Org.). Machado, R. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

FLECK, M.P.A *et al*. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2003.

GOMES, V. L. O.;BACKES,V. M. S.;PADILHA,M. I. C. S.; VAZ, M. R. C.; Evolução do conhecimento científico na enfermagem campo: o cuidado popular à construção de teorias.*Invista Educ Enferm*. 2007 Jul- Dez; 25 (2) : 108-15

GEERTZ,C.. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUSSI, M.A.; DYTZ, J.L.G.; Religião e Espiritualidade no ensino de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Bsb 2008, maio/jun.; 61(3):377-84.

HORTA, W. A.; *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979,1999,2005.

IBGE – Cor ou Raça. Acessado em 12 de Fev., de 2017, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2014. 2. Levantamentos domiciliares - Brasil. 3. Indicadores sociais - Brasil. 4. Brasil - População - Estatística. I. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Acessado em 12 de Fev. de 2017. Disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>

KOENIG, HG. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: porque, como, quando e o que*. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005.

JACK, M. *Cuidado espiritual do Adulto morrendo*. Dimensões Espirituais de Prática de Enfermagem. Philadelphia: Sandes.1987.

LACERDA, M. R. *Enfermagem: Uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer*. R. Bras. Enferm. Brasília v 51, n.2, p.207-216, abr/ jun; 1998

LAGO, S.V de L.A *espiritualidade do paciente portador de câncer: Uma abordagem sobre a assistência do enfermeiro*. Rio de Janeiro, 1991, Rev. UFRJ.

LEMOS, C. T. Religião e o sentido da vida. In.: REIMER, Ivone Richeter & SOUZA (Org.) *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: PUC Goiás, 2009.

LEMOS, L.A *informação ao doente é um direito*. Instituto de Apoio à Criança. Fundação Glaxo Smithkline das Ciências da Saúde. 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução. In: MAUSS, M.(Org.). *Sociologia e antropologia*. São Paulo: COSACNAIFY, 1989.

_____. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

LIMA, M. J. *O que é enfermagem*. Coleção Primeiros Passos; Editora Brasiliense; n/d.

LOBIONDO -Wood G, Haber. J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.

MAGALHÃES, A., PORTELLA. R. *Expressões do Sagrado: reflexões sobre o fenômeno religioso*. Aparecida, SP: Editora Santuário, 2008. (Cultura& Religião).

MARQUES, L. A. *História das religiões e a dialética do sagrado*. São Paulo: Madras, 2005.

MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S.M.R.C. *Os caminhos da enfermagem: de Florence globalização*. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA N. T., (organizador). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. In: Machado M. H.; VIEIRA A. L. S.; Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Ver. Enfermagem em Foco*. 2012; 3(3): 119-122 (119).

MEISSNER, W. *Psicanálise e religião*. Jornal de Psicologia, de 1978.

MEIER, J. M. *Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito*. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, 2004, p.6,30.

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec- / Rio de Janeiro. Abrasco: 2004;2001;1988.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego(BR). *Relação Anual de Informações Sociais/RAIS*, Brasília: Ministério do Trabalho; 2000.

MUSSI, F.C. *Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem*. *Acta Paul Enferm*. 2005: 18(1): 72-81.

NANDA - Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2009-2011/ NANDA Internacional; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NASSER. M.C.Q.C. *O que dizem os símbolos*. São Paulo: Paulus, 2003.

NEVES. C.A. *Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade*. Org. BLOISE. P. Editora SENAC São Paulo, 2011.

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association. *Nursing Diagnoses: definitions & classification, 2009-2011*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.

OGUISSO, T. Florence Nightingale. In: OguissoT, organizador. *Trajetoária Histórica e Legal da Enfermagem*. São Paulo (SP): Manole; 2005.

OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. *Consciência Saúde*, São Paulo, v.6, n.1, p.127-136, 2007.

OLIVEIRA, M.R.; JUNGUES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), setembro-dezembro/2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Documentos básicos*. 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.

PADILHA, MICS, Márcia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev. Bras. Enferm*. 2005 Nov. Dez; 58(6):723-6

PAFARO, R. C; MARTINHO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev.Esc. Enferm. USP*, 2004; 38(2):152-60.

PEREIRA, J. C. *Interface do Sagrado: catolicismo popular, o imaginário religioso nas devoções marginais*. Aparecida, SP: Editora Santuário, 2011.

PESSINI, LÉO.

http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/editorial%20pt-br.pdf—O Mundo da Saúde, São Paulo – 2013; 37(4), p.376:XXX-XXX – Léo Pessini (Doutor em Teologia/Bioética. Pós-graduado em Clínica Pastoral Education and Bioethics at St Luke's Medical Center. Docente do Programa Stricto sensu em bioética (Mestrado e Doutorado) do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. E-mail: pessini@saocamilo-sp.br) –acessado em: 19-06-2016.10:20h

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930*. São Paulo: Cortês, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média-Complexidade. Em 15 de julho de 2010, a Portaria GM/MS nº 1.919; acessado em 16-10-2016- 20:15 min. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/899-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/14-media-e-alta-complexidade/12670-cgmac-teste-botao-9>

REIS, A. A.C. dos. *Saúde, terapias integrativas e espiritualidade: uma visão ampliada da medicina e do cuidado integral à saúde*. Goiânia: Ed. Espaço Acadêmico, 2016. Religião, Saúde e Terapias Integrativas. V.II.

REIMER, I.R. Cura e Salvação: experiência do sagrado na construção da vida em suas múltiplas relações. *Fragmentação de Cultura*, Goiânia, v.12, n.6. 2002.

RODRIGUES, M.A. Cultura científica, produção científica e sentido de profissionalidade. *Referência*. Série I, nº 9, 2002 p. 49-54.

ROMANO, B. W.; MACIEL, C. L. C. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Editora Pioneira, 1994. p. 172.

ROMANO, B.W. *Síndromes depressivas e sua relação com cirurgia cardíaca*. In: ROMANO, B.W. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1998, p.70.

SCLIAR, M. *A paixão transformada*. História da medicina na literatura. 2º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SCHIAVO, L. Saúde e Salvação: Entre ciências e Fé. In: REIMER, Ivone Richter & SOUZA (Org.) *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: PUC Goiás, 2009.

SALGADO, A.P.; ROCHA, R.M.; CONTI, C.C.O. O Enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. *Rev. Enferm.* Rio de Janeiro, 2007, abr./jun;15(2):p.223-8.

SANTOS, A.N.; GUIMARÃES, D.D. *Espiritualidade, saúde e o cuidado de enfermagem*. 2011.

SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F.P. *Métodos de pesquisa* / [organizado por] Tatiana EngelGerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SILVA, M.J.P da; PENHA, R.M. Significado de Espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Rev. Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012. Abr-jun; 21(2): 260-8.

SILVA, L.L. *O ensino religioso nas escolas do ensino modular de Abaetetuba - PA: Uma educação científica ou catequética?* Religious teaching in schools of education modular Abaetetuba - PA: A scientific education or catechesis? In: PERETTI, Clélia (Org.) Congresso de Teologia da PUCPR, 10, 2011, Curitiba. Anais eletrônicos. Curitiba: Champagnat, 2011. Acessado em 12 de Fev. de 2017. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/congressoteologia/2011/>

SIMÕES, L.L.P. Religião e espiritualidade na relação médico paciente. In; (Org.) ECCO. C.; QUICENO, J.M.; QUADROS. E. G. de; SIGNATES, L. – *Religião, Saúde e Terapias Integrativas*. Vol. I. Ed. Espaço Acadêmico. Goiânia. 2016.

SIGNATES, L. As curas espirituais como problema das ciências das religiões. In; (Org.) ECCO. C.; QUICENO, J.M.; QUADROS. E.G. DE; SIGNATES, L. *Religião, Saúde e Terapias Integrativas*. Vol. I. Ed. Espaço Acadêmico. Goiânia. 2016.

SOUZA, Janei Rabello de. *A dimensão espiritual no cuidado de enfermagem: vivência do estudante de graduação*/ Janei Rabello de Souza. Curitiba, 2006.

WALDOW, V. R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre. Sagra Luzzato. 1998.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. *Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas*. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):335-42. Acessado em 12 de Fev. de 2017. Disponível em: <http://www.yumpu.com/pt/document/view/13027707/os-multiplos-papeis-sociais-de-mulheres-cuidadoras-5> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n2/19.pdf>

WHOQOL Group. Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): USP. *Revista de Saúde pública*. Vol,33 nº2. 1998.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

TOLEDO, A.C.G. et al. *Mães que acompanham os filhos na hospitalização*. *Psicologia.pt*. O portal dos Psicólogos. 2012..

TURATO, E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clinico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, A. *Espiritualidade no Ambiente de Trabalho: Dimensões, Reflexões e Desafios*. São Paulo: Atlas, 2008.

ZILLES, Urbano. *Espiritualidade Cristã. Espiritualidade e qualidade de vida / Organizadores: Evilázio Francisco Borges Teixeira, Marisa Campio Müller, Juliana Dors Tigre da Silva*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

ZOHAR, Danah; MARSHALL, Ian. *QS inteligência espiritual – o Q que faz a diferença*. Tradução de Ruy Jugmann. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SITES PESQUISADOS

http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html- acesso em: 20-05-2016 às 16:30h.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm acesso em: 24-05-2016. 20:32min

https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/24235/mod_resource/content/1/Aula%201%20-%20Hist%C3%B3ria%20da%20Enfermagem%20.pdf. Acessado em: 26-05-2016, às 10:20h.

[http://www.sohistoria.com.br/ef2/crimeia/Guerra da Criméia](http://www.sohistoria.com.br/ef2/crimeia/Guerra%20da%20Crim%C3%A9ia). Acessado em: 20-06-2016- 14:50h.

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Mercado-de-trabalho-da-enfermagem-aspectos-gerais.pdf>. *Enferm. Foco* 2015; 6 (1/4): 43-78 35; acessado em: 18-06-2016 – 22:15min.

<http://www.filhasdacaridade.com.br/Pagina.aspx?pagina=a-origem> acessado em 20-06-2016 – 17:30min.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/l2-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acessado em: 04-10-2016, às 10:20h.

<https://pt.surveymonkey.com/>. Acessado em: 18-10-2016 às 09:30h.

[http://www.osbsoftware.com.br/produto/ibmspssstatistics/?gclid=CIWI_awkltICFYglkQoddUAA1wd=IBM®Statistical Package for the Social Sciences\(SPSS®\)](http://www.osbsoftware.com.br/produto/ibmspssstatistics/?gclid=CIWI_awkltICFYglkQoddUAA1wd=IBM%20Statistical%20Package%20for%20the%20Social%20Sciences%20(SPSS%20)). Acessado em: 18-10-2016 às 20h.

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/23>. Acessado em: 24-10-2016, às 22:30h.

<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/11/numero-de-divorcios-no-brasil-e-o-maior-desde-1984-diz-ibge.html> Acessado em 18-11-2016 – 17:25h

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
Acessado em: 26-11-2016, às 11:30h.

APÊNDICE A

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL/HMI GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REPRESENTAÇÃO DO OBJETO RELIGIOSO COMO MITIGADOR DA DOR/CATALISADOR DA ESPERANÇA PARA OS PAIS E FAMILIARES DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO CLÍNICO NA PEDIATRIA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÁS

Pesquisador: Aldemario Alves de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46215515.6.0000.5080

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.445.411

Apresentação do Projeto:

Impacto da utilização de objeto religioso como suporte emocional aos pais e familiares de crianças internadas no HMI-GO.

Objetivo da Pesquisa:

Compreensão do uso de objeto religioso por parte de familiares e responsáveis por crianças internadas e origem do objeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo. Caso haja mobilização emocional importante, é oferecido apoio psicológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa faz elo entre vivências do processo saúde-doença e símbolos religiosos, em articulação da saúde com, religiosidade/espiritualidade

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos estão completos, com orientações claras e objetivas.

Recomendações:

Pesquisador deve buscar tornar espaço para entrevistas o mais adequado possível, livre de

Endereço: Rua R7 c/ Av. Perimetral s/nº
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.530-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3956-2988 **E-mail:** cep.hmi@igh.org.br

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL/HMI GO



Continuação do Parecer: 1.445.411

interferências externas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil - CEP/HMI, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HMI, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HMI pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares. Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_520886.pdf	01/02/2016 01:19:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaTCLE.docx	01/02/2016 01:14:46	Aldemario Alves de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/02/2016 01:09:16	Aldemario Alves de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	01/02/2016 01:04:41	Aldemario Alves de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Prestacao.pdf	01/02/2016 00:59:47	Aldemario Alves de Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo.pdf	01/02/2016 00:58:26	Aldemario Alves de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folha de Rosto PUC.pdf	13/06/2015 20:37:31		Aceito
Outros	Endereço para acessar este CV.docx	08/06/2015 13:37:50		Aceito
Outros	carta de ciente Diretoria.pdf	25/05/2015 12:27:33		Aceito

Endereço: Rua R7 d/ Av. Perimetral s/nº

Bairro: Setor Oeste

CEP: 74.530-020

UF: GO Município: GOIANIA

Telefone: (62)3956-2908

E-mail: cep.hmi@igh.org.br

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL/HMI GO



Continuação do Parecer: 1.445.411

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 10 de Março de 2016

Assinado por:
Marco Aurélio Albernaz
(Coordenador)

Endereço: Rua R7 c/ Av. Perimetral s/nº
Bairro: Setor Oeste
UF: GO **Município:** GOIANIA

CEP: 74.530-020

Telefone: (62)3956-2988

E-mail: cep.hmi@igh.org.br

APÊNDICE B

17

APÊNDICES



APÊNDICE A - Termo de Compromisso

Pelo presente **TERMO DE COMPROMISSO**, eu, Aldemário Alves de Souza, portador da identidade n.º 3751307, Órgão Expedidor DGPC/GO, CPF n.º 923.812.271-72, neste ato tendo a responsabilidade como pesquisador no projeto de pesquisa: **"A representação do objeto religioso como mitigador da dor e catalisador da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico na pediatria do Hospital Materno Infantil de Goiás"**, que será desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HMI, assumo o compromisso de:

1. Respeitar as normas institucionais para coleta/levantamento/requisição do material necessário para atender o projeto em referência, inclusive com o início apenas a partir da autorização expressa da autoridade institucional correspondente;
2. Coletar apenas o material necessário para pesquisa destinada a este projeto;
3. Cumprir integralmente ao que me foi recomendado pelo CEP como condição para o bom andamento do projeto, e
4. Respeitar as diretrizes da Resolução CNS 466/2012, bem como outras resoluções pertinentes referentes à coleta do material descrito no projeto.

Declaro conhecer e estar de acordo com o inteiro teor da Resolução CNS 466/2012 e das demais resoluções aplicáveis ao caso, bem como das normas vigentes na administração onde será coletado o material.

Fica eleito o Foro de Goiânia-GO para dirimir todas as questões porventura decorrentes deste Termo de Compromisso.

Goiânia, 15 de Janeiro de 2016.


Aldemário Alves de Souza
Pesquisador
Coren – GO 151.589

APÊNDICE C



Carta para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Aldemario Alves de Souza portador do CPF: 923.812.271-72, RG nº 3751307, residente e domiciliado na Rua Espírito Santo, Quadra 12, Lote 06 Condomínio Santa Rita, Bairro Goiás, CEP 74.485-310, na cidade de Goiânia-Goiás telefone de contato (62) 98114-4269, desenvolverei uma pesquisa, com título: **“A representação de objetos religiosos como mitigadora da dor e catalisadora da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico na pediatria do Hospital Materno Infantil de Goiás”**.

Este estudo tem como objetivo compreender a crença no uso do objeto como “Sagrado” diante da fé dos pais / familiares durante o período de hospitalização de crianças/ lactente na clínica de pediatria do Hospital Materno Infantil em Goiânia, Goiás.

Como em toda pesquisa, está também envolve riscos, sejam eles de cunho físico e/ou psicológico. Para este estudo, o risco físico será mínimo, visto que não se trata de avaliações que irão requerer ao entrevistado qualquer que seja o esforço físico, ergonômico ou qualquer coleta de material biológico, o que não se descarta alguma intercorrência. Quanto ao fator psicológico e emocional, caso seja apresentado pelo entrevistado alguma alteração comportamental, a entrevista será encerrada imediatamente seja qual for a fase do estudo para que as providências de assistência sejam realizada.

Em ambos os casos específicos, caso ocorra alguma eventualidade, o pesquisador encaminhará ou acompanhará o entrevistado para avaliação especializada no Consultório de Pediatria e Psicologia (CPP) em Goiânia, previamente estabelecido para prestação de serviços, assim apresentado ao CEP/HMI/GO.

No entanto, espera-se com os resultados da pesquisa uma demonstração consistente da religiosidade das pessoas diante do momento de dor e sofrimento seja pessoal ou de um familiar. Os benefícios deste estudo ajudarão a compor e afirmar com mais

clareza a presença e a busca do indivíduo na religião, esperança e fé, quando em tempos de sofrimento e angústia, trazendo para si a confiança do conforto da cura e do bem estar físico novamente.

Informo que a Senhor (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Materno Infantil (62-3956-2901).

Também é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Garantirei que as informações obtidas serão analisadas por mim pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

O Senhor (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso sejam solicitados, daremos todas as informações que desejar (62-98573-0507 ou enftrabalho20@gmail.com).

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para fins de pesquisa, e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congresso, sem nunca tornar possível a sua identificação. Em anexo, está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida,

APÊNDICE D**Termo de Compromisso**

Pelo presente **TERMO DE COMPROMISSO**, eu, Aldemario Alves de Souza, portador da identidade n.º 3751307, Órgão Expedidor DGPC/GO, CPF n.º 923.812.271-72, neste ato tendo a responsabilidade como pesquisador no projeto de pesquisa: “**A representação dos objetos religiosos como mitigadora da dor e catalisadora da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico na pediatria do Hospital Materno Infantil de Goiás**”, que será desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HMI, assumo o compromisso de:

1. Respeitar as normas institucionais para coleta/levantamento/requisição do material necessário para atender o projeto em referência, inclusive com o início apenas a partir da autorização expressa da autoridade institucional correspondente;
2. Coletar apenas o material necessário para pesquisa destinada a este projeto;
3. Cumprir integralmente ao que me foi recomendado pelo CEP como condição para o bom andamento do projeto; e
4. Respeitar as diretrizes da Resolução CNS 466/2012, bem como outras resoluções pertinentes referentes à coleta do material descrito no projeto.

Declaro conhecer e estar de acordo com o inteiro teor da Resolução CNS 466/2012 e das demais resoluções aplicáveis ao caso, bem como das normas vigentes na administração onde será coletado o material.

Fica eleito o Foro de Goiânia-GO para dirimir todas as questões porventura decorrentes deste Termo de Compromisso.

Goiânia, ____ de _____ de 2016.

Aldemario Alves de Souza

Pesquisador

Coren – GO 151.589



Carta para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Aldemario Alves de Souza portador do CPF: 923.812.271-72, RG nº 3751307, residente e domiciliado na Rua Espírito Santo, Quadra 12, Lote 06 Condomínio Santa Rita, Bairro Goiás, CEP 74.485-310, na cidade de Goiânia-Goiás cujo telefone de contato é (62)8114-4269, irei desenvolver uma pesquisa, cujo título é: **“A representação de objetos religiosos como mitigadora da dor e catalisadora da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico na pediatria do Hospital Materno Infantil de Goiás”**.

Este estudo tem como objetivo compreender a crença no uso do objeto como “Sagrado” diante da fé dos pais / familiares durante o período de hospitalização de crianças/ lactente na clínica de pediatria do Hospital Materno Infantil em Goiânia, Goiás.

Como em toda pesquisa, está também envolve riscos, seja ela de cunho físico e/ou psicológico. Para este estudo, o risco físico será mínimo, visto que não se trata de uma avaliação que irá requerer ao entrevistado qualquer que seja o esforço físico, ergonômico ou qualquer coleta de material biológico, o que não se descarta alguma intercorrência. Ao fator psicológico e emocional, caso seja apresentado pelo entrevistado alguma alteração comportamental, a entrevista será encerrada imediatamente seja qual for a fase do estudo para que as providências de assistências sejam realizadas.

Em ambos os casos específicos, caso ocorra alguma eventualidade, o pesquisador encaminhará o entrevistado para avaliação especializada em Clínica e Pronto Atendimento Hospitalar previamente estabelecido para prestação de serviços, assim apresentado a CEP/HMI/GO.

No entanto, espera-se com os resultados da pesquisa uma demonstração consistente da religiosidade das pessoas diante do momento de dor e sofrimento seja pessoal ou de um parente. Os benefícios deste estudo ajudarão a compor e afirmar com mais clareza a presença e a busca do indivíduo na religião, esperança e fé, quando em

tempos de sofrimento e angustia, trazendo para si a confiança do conforto da cura e do bem estar físico novamente.

Informo que a Senhor (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Materno Infantil (62-3956-2901).

Também é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Garantirei que as informações obtidas serão analisadas por mim pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

O Senhor (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso sejam solicitados, daremos todas as informações que desejar (62-8573-0507 ou enftrabalho20@gmail.com).

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para fins de pesquisa, e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congresso, sem nunca tornar possível a sua identificação. Em anexo, está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro, também, que a minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Fui informado quanto ao risco da pesquisa, que é de Nível Mínimo, e caso ocorra alguma eventualidade, serei encaminhado para atendimento especializado.

Estando ciente, concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do informante: _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE E

APÊNDICE E



Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
 Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião
 Projeto: “A representação de objetos religiosos como mitigadora da dor catalisadora da esperança para os pais e familiares de crianças em tratamento clínico na pediatria do Hospital Materno Infantil, Goiânia-Goiás”
 Pesquisador: Aldemario Alves de Souza

Questionário da pesquisa de campo

Data da entrevista: _____ Nº de identificação: _____

1. Qual é o seu sexo:
 - a. 1. () masculino
 - b. () feminino

2. Você se considera:
 - a. () branco
 - b. () amarelo
 - c. () preto
 - d. () indígena
 - e. () pardo
 - f. () não declarado

3. Qual seu estado civil:
 - a. () solteiro(a)
 - b. () casado(a)
 - c. () divorciado(a)
 - d. () separado(a)
 - e. () viúvo(a)
 - f. () união estável.

4. Qual o local da sua residência:
 Cidade: _____ Estado: _____
 - a. () centro
 - b. () zona rural
 - c. () periferia

5. Qual é o seu grau de escolaridade:
 - a. () não alfabetizado
 - b. () ensino fundamental incompleto
 - c. () ensino fundamental completo
 - d. () ensino médio incompleto
 - e. () ensino médio completo
 - f. () ensino superior incompleto
 - g. () ensino superior completo
 - h. () pós-graduação
 - i. () não sei
 - j. () não sei

6. Qual a renda mensal do seu grupo familiar? (Soma do rendimento de todos os membros da família que contribuem com a renda):
 - a. () até 2 salários mínimos
 - b. () 4 a 10 salários mínimos
 - c. () acima de 20 salários mínimos
 - d. () 2 e 4 salários mínimos
 - e. () 10 a 20 salários mínimos
 - f. () não sei

7. Quando você adoecer, recorre a quais serviços de saúde:
 - a. () hospital público/SUS
 - b. () serviços médicos por plano de saúde

- c. serviços médicos do sindicato
d. serviços médicos particulares
e. Outros: _____
8. Grau de parentesco com à criança hospitalizada: _____
a. Sim
b. Não
Qual: _____
9. Participa de alguma comunidade religiosa:
a. sim b. não
10. Se sim, qual comunidade religiosa:
a. católica d. evangélica f. espírita
b. afro-brasileira e. Nova Era
c. outras: _____
11. Qual o objeto sagrado utilizado no momento da entrevista:
a. bíblia e. evangelho h. terço
b. lenço f. imagem i. fita
c. foto g. nenhum
d. outros: _____
12. Por que está portando esse objeto?
a. esperança d. conforto f. segurança
b. força e. proteção g. não sei
c. outros: _____

Obrigado!

Suas respostas serão de grande importância!