

Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Medicina
Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Trabalho de conclusão de curso

**COMPREENDENDO A ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E
ESPIRITUALIDADE POR MULHERES DE MEIA-IDADE EM UMA UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Gabriela Gouveia Calil

Ouro Preto, MG
2020

Gabriela Gouveia Calil

**COMPREENDENDO A ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E
ESPIRITUALIDADE POR MULHERES DE MEIA-IDADE EM UMA UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Meirelles Ribeiro.

**Ouro Preto
2020**

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C153c Calil, Gabriela Gouveia .
Compreendendo a articulação entre espiritualidade e saúde por
mulheres de meia-idade em uma unidade de atenção primária à saúde..
[manuscrito] / Gabriela Gouveia Calil. - 2020.
40 f.: il.: gráf..

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Meirelles Ribeiro.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Espiritualidade . 2. Saúde - Doenças. 3. Medicina de família e
comunidade. 4. Atenção primária a saúde. 5. Mulheres-Saúde e higiene. I.
Ribeiro, Gustavo Meirelles. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III.
Título.

CDU 613.99

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



FOLHA DE APROVAÇÃO

Gabriela Gouveia Calil

Compreendendo a articulação entre saúde e espiritualidade por mulheres de meia-idade em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde

Monografia apresentada ao Curso de pós-graduação em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 29 de agosto de 2020.

Membros da banca

Prof. Dr. Gustavo Meirelles Ribeiro - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Prof. Dr. Alexandre de Almeida Barra - Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Prof. Dr. Miguel Arcângelo Serpa - Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

O Prof. Dr. Gustavo Meirelles Ribeiro, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP, em 03 de dezembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Meirelles Ribeiro, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 03/12/2020, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0110683** e o código CRC **D78A67F4**.

RESUMO

Este artigo busca compreender a relação da espiritualidade com experiências dos processos de saúde-doença vivenciados por mulheres de meia idade, frequentadoras de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF). É uma pesquisa qualitativa feita através da análise de discurso do conteúdo de entrevistas semiestruturadas. Observou-se que a espiritualidade desempenha função importante para a manutenção da saúde e para o enfrentamento de adversidades na vida dessas mulheres. A abordagem da espiritualidade na consulta médica pode trazer benefícios para o entendimento da pessoa como um todo, na construção do vínculo e na elaboração de estratégias terapêuticas conjuntas e centradas na pessoa. Sendo esse fator algo tão relevante para manutenção do cuidado e saúde na vida dessas mulheres, e visto que o tema que não tem sido abordado em consulta, conclui-se que reduzir o distanciamento existente entre o exercício da medicina e a fé dentro da consulta médica é algo importante e necessário.

Palavras-chave: Espiritualidade e saúde; Processo saúde doença; Medicina de família e comunidade; Atenção primária a saúde; Saúde da mulher.

ABSTRACT

This article seeks to understand the relationship between spirituality and experiences of health disease processes lived by middle-aged women, attending a Primary Health Care Unit (UAPS) of the Family Health Strategy (ESF). It is a qualitative research made by speech analysis of the content of semi-structured interviews. It was noticed that spirituality plays an important role in maintaining health and coping with adversities in the lives of these women. The spiritual perspective in medical consultation can bring benefits such as an increase of patient's self awareness, the construction of a bond and in self-centered therapeutic strategies planning. Since this factor is so relevant for maintaining care and health in the lives of these women, and the topic has not been addressed in consultation, it is concluded that reducing the gap between the practice of medicine and faith within the medical consultation is something important and necessary.

Keywords: Spirituality and health; Health disease process; Family and community medicine; Primary health care; Women's health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAL E MÉTODOS.....	12
RESULTADOS: COMPREENDENDO A ESPIRITUALIDADE NA FALA DAS MULHERES.....	16
EIXO I. FICA.....	17
EIXO1, Tema 1. Crença, fé.....	17
EIXO 1, tema 2. Importância/ influência da espiritualidade/ religiosidade na vida do indivíduo	19
EIXO 1, tema 3: Meios de vivenciar a espiritualidade/ religiosidade em grupos sociais: família, comunidade, instituições religiosas, outros	21
EIXO 1, tema 4: Relação da espiritualidade com o cuidado médico. Encaminhamentos para abordagem espiritual/ religiosa.	23
EIXO 2. ARTICULAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE COM PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....	24
EIXO 2, Tema 1: Conceito de Saúde	24
EIXO 2, tema 2: Conceito de doença.....	25
EIXO 2, tema 3: Relação da espiritualidade/ religiosidade com a promoção de saúde e enfrentamento da doença.	26
EIXO 3. Abordagem da espiritualidade/ religiosidade na consulta médica.	27
DISCUSSÃO	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	37

INTRODUÇÃO

Dentre os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, equidade e integralidade, destacamos aqui o princípio da integralidade. Quando se considera o SUS, de maneira sumária, o termo integralidade englobaria pelo menos três dimensões (ALVES, 2005; CAMPOS, 2003): em primeiro lugar, a prática de atividades assistenciais/ curativas, a prevenção de doenças e o planejamento e desenvolvimento de ações de educação em saúde em um único cenário de atendimento. Em segundo lugar, a horizontalização dos serviços de saúde, no sentido de se perceber as necessidades e anseios da população assistida para atendimento diferenciado ao usuário. Em último lugar, seria imprescindível se considerar a multiplicidade de dimensões que compõem o indivíduo, na busca da compreensão do ser biopsicossocial. A partir dessa percepção, considera-se o sujeito que possui um corpo com necessidades biológicas, que encerra um conjunto de desejos, sentimentos e crenças, e que ainda sofre influências das relações que mantém com o seu grupo familiar e social. O conhecimento destas múltiplas dimensões por parte do profissional de saúde é imprescindível para que se possa perceber o que, quando e como o indivíduo precisa de cuidado em saúde (AYRES, 2009). Assim sendo, valores como solidariedade, cidadania, representatividade social, identidade, dentre outros, articulam o indivíduo com a sociedade e fundamentam a compreensão do processo saúde-doença de maneira amplificada (MACHADO et al., 2007).

Quando se considera a perspectiva do cuidado na Medicina da Família e Comunidade (MFC), considera-se, da mesma maneira, a necessidade da percepção deste ser integral, especialmente no âmbito da atenção primária. Dentro desta premissa, parte-se do princípio de que a doença não seja um processo linear, reducionista e orgânico, que envolva apenas sistemas, tecidos, células, moléculas, etc, mas também se considera a experiência da doença pelo indivíduo articulada com outras dimensões pessoais (cultura, valores, crenças, dentre outros), assim como valores vivenciados em sua família ou no grupo social ao qual pertence (MCWHINNEY & FREEMAN 2010). Considerando-se o método clínico centrado na pessoa (STEWART et al. 2014), seria fundamental (1) perceber como a pessoa vivencia o seu processo de adoecimento, (2) abordar o indivíduo como um ser biopsicossocial, (3) elaborar a conduta centrada nas necessidades da pessoa; (4) estabelecer vínculo e uma relação terapêutica.

Como parte do ser integral, a religiosidade e espiritualidade têm sido relacionadas na literatura como dimensões fundamentais para a compreensão do processo do cuidado integral em saúde (LUCCHETTI & LUCCHETTI, 2014). O conceito de espiritualidade tem diversas interpretações, está ligado à subjetividade humana e a conexão com elementos não tangíveis (SAAD et al., 2001). Normalmente é definida como uma busca pessoal pelo sentido de viver, que pode gerar nas pessoas um sentimento de pertencimento e conexão com algo maior que si e estimula o interesse pelos outros e pelo autoconhecimento. A espiritualidade pode se expressar na relação com o Divino ou com Deus, mas pode ainda estabelecer a relação com a natureza, arte, ou com a própria comunidade (PUCHALSKY & ROMER, 2000). Oferece ferramentas para lidar tanto com os sentimentos ligados a dor e as dificuldades da vida, quanto para encontrar a paz interior, a esperança e o conforto. A espiritualidade pode ser vivenciada de maneira independente e autônoma ou ligada à religião. Por sua vez, a religião é alicerçada em um sistema de crenças, cultos ou rituais que podem ser expressos pelas formas tradicionais ou não tradicionais (adivinhação, espiritismo, bruxaria, tradições folclóricas, práticas indígenas de cura, dentre outros), encerrando códigos éticos/ morais de condutas que sejam aceitos e praticados por seus membros. A religiosidade, por sua vez, é a prática dessas crenças e rituais e revela o grau de importância da religião na vida da pessoa (KOENIG, 2015). Segundo este autor, embora os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade sejam diferentes, separá-los, na prática ou na investigação clínica poderia dificultar o entendimento do que significaria espiritualidade na própria vivência dos pacientes.

Considerando-se o ser integral, é preciso conhecer e apoiar as crenças dos indivíduos, sem se tentar mudá-las ou adequá-las, e a espiritualidade/ religiosidade são dimensões que podem ser importantes para o enfrentamento de doenças ou na promoção da saúde. É importante ainda considerar que, na relação entre médico e paciente, as crenças dos pacientes são parte do processo da tomada de decisão em condutas a serem adotadas (por exemplo, a restrição do uso de hemoderivados em Testemunhas de Jeová), assim como a crença dos médicos (por exemplo, a resistência à prescrição de anticoncepcionais, condenada por algumas religiões) (LUCCHETTI et al., 2010).

Conforme exposto, apesar da espiritualidade ser uma dimensão essencial para a elaboração do entendimento e abordagem do processo saúde-doença, poucos profissionais de saúde conseguem elaborar esse aspecto, por motivos diversos. Dentre eles, pode-se citar a falta de conhecimento sobre o assunto, a falta de

treinamento, falta de tempo, desconforto com o tema, medo de impor seus pontos de vista sobre a religião ao paciente, convicção de que a abordagem da espiritualidade não seja relevante ao tratamento médico ou de que a abordagem de crenças não faça parte do papel do médico. Essas barreiras poderiam ser superadas, à medida em que o médico se aprofunda no conhecimento sobre o tema e desvencilha-se de seus próprios medos e preconceitos (LUCHETTI et al, 2010).

Na literatura, há crescente número de trabalhos científicos que consideram os benefícios ou prejuízos da espiritualidade/ religiosidade no enfrentamento de doenças (DE BERNARDIN GONÇALVES et al., 2017; GUIMARÃES & AVEZUM, 2007; KOENING et al., 1998; PANZINI & BANDEIRA, 2007; STROPPA & MOREIRA-ALMEIDA, 2008, TAUNAY et al., 2012). Considera-se que esses estudos sejam fundamentais para que se possa encontrar ferramentas que possam beneficiar o usuário do serviço de saúde, mas também reconhecer situações onde a espiritualidade/ religiosidade possam exercer influências negativas para a saúde do indivíduo, permitindo a construção do cuidado integral.

Um conceito importante para se considerar a influência da espiritualidade/ religiosidade é o *coping* religioso/ espiritual. Traduzida por alguns como enfrentamento, poderia ser melhor compreendido como “um conjunto de estratégias utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias de vida adversas ou estressantes” (STROPPA e MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Termo utilizado pela Psicologia da Religião, o *coping* geralmente atua como influência positiva, favorecendo o indivíduo na superação e na ressignificação de situações de estresse, mas ainda pode proporcionar efeitos negativos, gerando medo, ansiedade, culpa (JACINTHO et al., 2017; PANZINI e BANDEIRA, 2007; STROPPA e MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Assim sendo, um indivíduo pode buscar o enfrentamento de doenças por meio da espiritualidade e religiosidade, vivenciando de maneira mais favorável condições de sofrimento físico e mental. Alguns estudos verificam a influência da espiritualidade/ religiosidade sobre o enfrentamento de doenças, em grande parte, considerando-se doenças crônicas ou graves, tais como neoplasias malignas, depressão, condições que exigem internação hospitalar, dentre outros (FERNANDES, 2015; GUERRERO, 2011; KOENIG, 2007; JACINTHO et al, 2017), e assinalam os efeitos positivos para a condução das situações vividas pelos pacientes. Considera-se que a mobilização do *coping* pelo indivíduo seja proporcional à gravidade da doença, intensidade dos sintomas ou incapacidade gerada pelas condições adversas de saúde (FERNANDES, 2015). Tendo-se em mente a

integralidade do sujeito, seria fundamental para o profissional de saúde conhecer sobre os conteúdos relacionados à espiritualidade/ religiosidade de seus pacientes, mesmo naqueles que não estivessem vivenciando situações de maior estresse, pois teriam acesso a potencialidades capazes de serem mobilizadas como ferramentas complementares na prevenção e no tratamento de doenças.

Outras importantes ferramentas desenvolvidas por estudos que relacionam saúde e espiritualidade são questionários para se abordar a história espiritual do indivíduo na prática clínica (FLECK et al., 2003; LUCHETTI et al., 2013; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008; PANZINI & BANDEIRA, 2007; PUCHALSKI & ROMER, 2000; TAUNAY et al., 2012). A abordagem é valorizada uma vez que permite estreitar a relação médico-paciente, favorecendo desfechos favoráveis e promovendo qualidade de vida (LUCHETTI et al., 2013). O conhecimento e a utilização dessas ferramentas possibilita o compartilhamento e aprendizado sobre crenças religiosas, a percepção da capacidade de enfrentamento da doença pela pessoa, encoraja o encontro de recursos para a aceitação da doença, permite a identificação da influência (positiva ou negativa) de crenças e comportamentos religiosos sobre os tratamentos e propostas terapêuticas e possibilita o encaminhamento para uma referência religiosa ou espiritual na comunidade (PUCHALSKI et al., 2009).

Na literatura, poucos trabalhos avaliam a abordagem da espiritualidade e religiosidade na atenção primária à saúde no Brasil e se restringem a estudos que avaliam os médicos ou as equipes de saúde, com o intuito da percepção de dificuldades das equipes profissionais na abordagem dos temas com os usuários (DA SOUZA BATISTA, 2007; FERNANDES, 2015; JÚNIOR, 2015; OLIVEIRA et al., 2018). Como se considera que as pessoas sejam influenciadas pela espiritualidade/ religiosidade para o enfrentamento de situações adversas e elaboração do processo de saúde-doença, é fundamental buscar o conhecimento de como essas influências se dariam, tendo-se como foco a percepção do usuário dos serviços de atenção básica do SUS.

Este estudo buscou compreender como um grupo de mulheres de meia-idade, usuárias de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) do SUS, articulam a sua espiritualidade/ religiosidade na elaboração processo saúde-doença e no enfrentamento de situações adversas em saúde. Para a investigação, buscou-se conhecer o conceito pessoal de espiritualidade/ religiosidade, a importância dessa (s) dimensão (ões) na vida das pacientes, a vivência da espiritualidade/ religiosidade da pessoa em seu grupo comunitário e como as pacientes pensariam na abordagem de

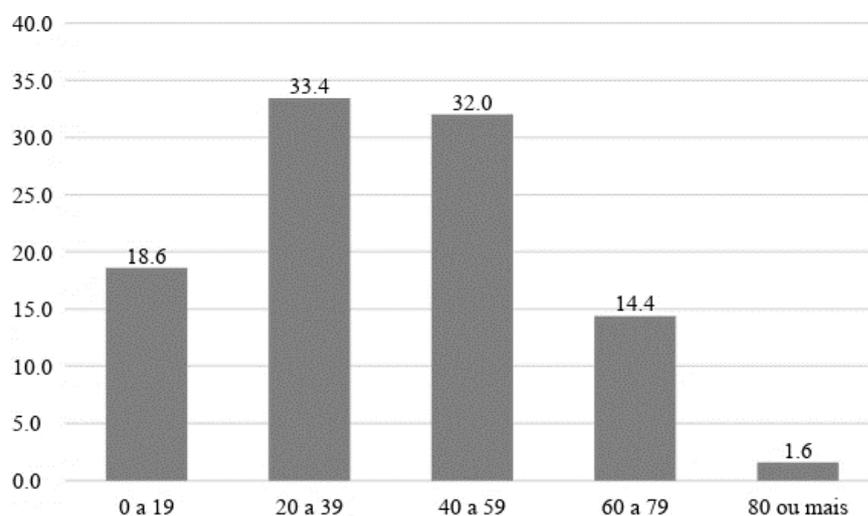
saúde e espiritualidade durante o atendimento na atenção primária pelo médico da UAPS. O estudo buscou ainda perceber como as usuárias articulam a própria espiritualidade/ religiosidade no enfrentamento de situações adversas em saúde e na elaboração do processo saúde-doença e conhecer a necessidade das usuárias de abordarem questões relativas à espiritualidade/ religiosidade no atendimento em saúde de uma UAPS.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi escolhida uma Unidade Básica de Saúde, situada na cidade de Ouro Preto, Minas Gerais, pelo fato da entrevistadora/ pesquisadora trabalhar como médica residente no local (Residência de Medicina da Família e Comunidade – Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto). O fato, além de favorecer o acesso às usuárias, permitiu o estreitamento da relação médico-paciente, propiciando desfechos favoráveis no atendimento em saúde.

Para o recorte da população a ser investigada, buscou-se escolher o perfil que correspondesse à maioria dos usuários da referida unidade. Para tanto, foi pesquisada a frequência de mulheres e homens atendidos no período de um ano (30/09/2017 a 30/09/2018) e a faixa etária dos usuários. Os dados foram obtidos no sistema “e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)”, do Ministério da Saúde. A partir da análise, percebeu-se que, no período investigado, 71,2% dos usuários foram do sexo feminino e 28,8% dos usuários foram do sexo masculino. Decidiu-se, então, utilizar pessoas do sexo feminino para se proceder à investigação. Em relação às faixas etárias, a Figura 1 ilustra abaixo os resultados obtidos em porcentagens, considerando-se grupos etários formados com intervalos de 20 anos.

Figura 1- Porcentagem de faixas etárias de mulheres atendidas em uma UBS do município de Ouro Preto (MG) no período de 30/09/2017 a 30/09/2018 (em anos).



Fonte: Elaborado pela autora a partir de: Ministério da Saúde [s.d.]

A partir da análise dos resultados, percebeu-se duas faixas etárias mais frequentes: a de mulheres entre 20 e 39 anos (33,4%) e das mulheres entre 40 e 59 anos (32,0%). Foram escolhidas então para a investigação as mulheres com faixa etária 40 e 59 anos, por representar o segundo intervalo de idades mais frequente na unidade e pelo fato de configurar um grupo etário que vive a época de meia idade, momento quando as mudanças físicas e emocionais relacionadas com o fim da idade reprodutiva e início do processo de envelhecimento ocorrem. Acredita-se que, nesta época, seja possível que surjam mais questionamentos acerca do sentido da vida, além do grupo possuir maior experiência de vida e possível amadurecimento, havendo mais possibilidades da espiritualidade/ religiosidade terem papel mais significativo na vida dessas pessoas.

Como critério de inclusão, além do sexo e faixa etária, foi pré-requisito que a pessoa investigada fosse usuária formal da UAPS e que não tivesse, até o momento da entrevista, diagnóstico de doença considerada grave pela paciente, uma vez que se buscou conhecer os conteúdos relacionados com saúde/ espiritualidade/ religiosidade que não estivessem mobilizados por condições de sofrimento causadas por doenças crônicas, graves ou incapacitantes. Ressalta-se ainda que a maior parte das mulheres entrevistadas foram negras, partindo do conceito de que as pessoas que se autodeclararam pardas e pretas compõe a população negra no Brasil (GELEDÉS, 2015) e que grande parte dos usuários da unidade é composta por negros. Como critério de exclusão, não participaram do estudo líderes religiosas da comunidade, evitando-se assim o risco do tema ser supervalorizado, em relação às demais participantes.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, foi escolhido o desenho de estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Escolheu-se utilizar entrevistas semiestruturadas, uma vez que oferecem maior liberdade de expressão às entrevistadas para exprimir ideias, permitindo à entrevistadora conhecer as opiniões, sentimentos e significados sobre o tema pesquisado, dentro de estrutura temática organizada para cumprir o objetivo da pesquisa. Segundo Trivinos:

“Podemos entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.”

(TRIVIÑOS, 1987, pag. 146).

Foram escolhidas cinco pacientes para a entrevista, às quais foi explicado o motivo da pesquisa e oferecido o Termo de Consentimento Informado (TCI) para realização da entrevista. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFOP, por meio da Plataforma Brasil, sob o registro CAAE: 04291018.0.0000.5150.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Foi realizada a análise por temas delimitados no roteiro, para a percepção de semelhanças e contrastes entre as informações colhidas. As entrevistas foram colhidas no domicílio das mulheres, após seu consentimento, por se acreditar que se sentiriam mais à vontade para falar sobre suas vidas neste ambiente. Para a elaboração do roteiro de entrevista, foram delimitados três eixos principais. O primeiro se constituiu da investigação sobre a História Espiritual das entrevistadas. Para a abordagem, escolheu-se o método “FICA” (PUCHALSKY & ROMER, 2000). Dentre 25 métodos para a investigação da espiritualidade em pacientes, analisados em um estudo de revisão (LUCHETTI et al., 2013), o método se destacou por abordar a realização da anamnese espiritual na atenção primária (OLIVEIRA, 2018) e por ser um método validado na literatura (BORNEMAN et al., 2010). O nome é um acrônimo “F” – Faith (Crença ou fé, valores espirituais ou religiosos); “I” – Importance/ Influence (Importância e influência da espiritualidade na vida do indivíduo); “C” – Community (Se o indivíduo participa ou vivencia a sua espiritualidade/ religiosidade em comunidade); “A” – Address (como o profissional de saúde pode encaminhar as questões relativas à espiritualidade/ religiosidade no cuidado em saúde). Como segundo eixo principal, foi investigada a articulação das usuárias da UAPS entre a espiritualidade/ religiosidade e o processo de saúde e doença. Conceitos sobre saúde, adoecimento e a relação da vivência da espiritualidade/ religiosidade foram apurados neste tópico. Finalmente, o terceiro eixo principal investigou a necessidade e o significado da abordagem da espiritualidade durante a consulta médica. Neste momento, foi perguntado sobre o valor da abordagem dos valores espirituais/ religiosos pelo médico, investigado se esta dimensão é abordada durante a consulta e como a entrevistada perceberia a necessidade deste tipo de abordagem.

As entrevistas foram analisadas de acordo com os três eixos principais e seus temas, buscando-se, como dito anteriormente, pontos de convergência e contrastes entre as opiniões e considerações colhidas. Para se manter o anonimato das

entrevistadas, estas foram identificadas por nomes elaborados pela autora e serão referidas nos diálogos pelas iniciais: Lúna (L), Guaraci (G), Potira (P), Lauany (L), Teça (T). Ao final da análise de cada tema abordado em cada eixo, foi realizada uma síntese sobre as impressões observadas nos assuntos expostos pelas entrevistadas, facilitando-se a percepção dos resultados. Para o eixo 1, além da síntese, foram evidenciados atributos mobilizados pelas entrevistadas que poderiam favorecer o enfrentamento de situações adversas de saúde, por meio da espiritualidade/religiosidade.

RESULTADOS: COMPREENDENDO A ESPIRITUALIDADE NA FALA DAS MULHERES

Quadro 1: Características das mulheres entrevistadas no estudo.

Íluna (I), 60 anos, mulher, parda, mãe, atualmente trabalhando. É acompanhada no PSF com a seguinte lista de condições: doença cardíaca isquêmica com angina e dor abdominal crônica.
Guaraci (G), 56 anos, mulher, preta, mãe, atualmente trabalhando. É acompanhada no PSF com a seguinte lista de condições: Hipotireoidismo, sensação de ansiedade.
Potira (P), 56 anos, mulher, parda, mãe. É acompanhada no PSF com a seguinte lista de condições: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo II.
Lauany (L), 56 anos, mulher, preta, mãe, atualmente desempregada. É acompanhada no PSF com a seguinte lista de condições: dores articulares crônicas em investigação.
Teça (T), 48 anos, mulher, branca, mãe. É acompanhada no PSF com a seguinte lista de condições: dor articular.

Elaborado pela autora

A análise textual de discurso por meio do processo de unitarização e categorização foi estruturada a partir do conceito de Espiritualidade/ Religiosidade descrito na metodologia e guiada pelos seguintes temas, definidos no roteiro de entrevista:

- crença, fé; importância/ influência da espiritualidade/ religiosidade na vida do indivíduo;
- meios de vivenciar a espiritualidade/ religiosidade em grupos sociais: família, comunidade, instituições religiosas;
- relação da espiritualidade com o cuidado médico: encaminhamentos para abordagem espiritual/ religiosa;
- conceito de saúde e doença; relação da espiritualidade com a promoção de saúde e com o enfrentamento da doença;
- necessidade de abordagem médica sobre espiritualidade/ religiosidade e saúde: maneiras e momentos para se abordar espiritualidade/ religiosidade e saúde na consulta médica; efeito da espiritualidade/ religiosidade no tratamento de alguma condição.

Os resultados da análise temática das entrevistas são aqui apresentados de maneira sistemática, a partir dos eixos principais propostos pelo roteiro de entrevista. Cada eixo possui temas e a análise foi realizada para cada tema isoladamente,

quando foram analisadas semelhanças, diferenças e particularidades dos conceitos e ideias expressados pelas entrevistadas. Ao final da análise de cada tema, fez-se uma síntese sobre os resultados obtidos. No Eixo I, foram também listados os atributos preponderantes percebidos em cada tema, após a síntese.

EIXO I. FICA (Fé, importância/ influência da espiritualidade na vida, vivência da espiritualidade na comunidade e encaminhamentos sobre as questões relativas à espiritualidade sobre a saúde)

EIXO1, Tema 1. Crença, fé.

Observou-se, em todos os casos, que a vivência da fé pelas entrevistadas esteve intimamente relacionada com prática de suas religiões, em quase todos os casos, catolicismo (apenas uma era Testemunha de Jeová). As figuras relacionadas com a vivência da fé foram: Nossa Senhora da Aparecida, Deus, Jeová, Jesus, Divino Espírito Santo. Interessante perceber que as relações das entrevistadas com estas entidades foram apresentadas com diferentes distanciamentos, ora de maneira mais íntima, ora de maneira mais formal:

"Aí eu peguei um amor em Nossa Senhora Aparecida, minha filha, que eu não esqueço dela por nada nesse mundo." (L)

"Eu tenho fé em Jesus, sabe?... mas o meu [negócio] mesmo é Nossa Senhora Aparecida." (L)

"Tenho a fé em Deus." (I)

"Tudo que eu tenho, é com a minha Nossa Senhora Aparecida que me deu. (...) Ela deve sê.. [Estar] De se de saco cheio." (I)

"A gente já vai direto conversar com Jesus (...) Faz a Consagração de Nossa Senhora, conversa com Nossa Senhora também. Conversa com o Divino Espírito Santo também." (G)

"Deus é amor, Deus é tudo." (G)

"Já tem muitos milagres que eu tenho alcançado, o Senhor Bom Jesus, Nossa Senhora da Aparecida tem feito muita coisa boa na minha vida. Então eu não esqueço, eu acredito mais em Deus mesmo." (T)

"Acredito que existe um Deus, que a vida é um dom que Deus deu pra gente, tem que saber respeitar esse dom." (P)

"Aprendi na Bíblia que o nome de Deus, é Jeová." (P)

Os discursos revelam que a espiritualidade é vivenciada de maneiras distintas entre as entrevistadas, mas quase sempre relacionada à religiosidade. Na grande maioria dos discursos, a vivência da fé é afirmada pela religião ou pela existência de um Deus:

"Não troco minha religião por nada. Por nada. Pode eu ver milagre de tudo quanto é jeito, mas... minha religião é minha religião." (I)
 "Vou no grupo de oração toda segunda." (I)
 "Rezo o terço, lemos parte da Bíblia, rezamos o evangelho do dia. Vou à missa todo domingo." (G)
 "Católica, eu vou muito na Santa Efigênia, porque é comunidade de Santa Efigênia." (G)
 "Na rua, a hora que eu tô conversando com ele [Deus]. Ah, em qualquer lugar, ele tá em toda parte." (G)
 "Deus é um só, eu sei. Mas a religião católica, nó." (T)
 "(...) [eu queria saber se você acredita na espiritualidade, se você acredita em alguma coisa?] Não, eu acredito em Deus." (T)

Entretanto, para além da prática religiosa em templos, observou-se que algumas entrevistadas identificam a vivência da fé/ espiritualidade em outros lugares e até mesmo fora da religião:

" Não sou de ir na Igreja. (...) Você entra dentro da igreja. Eu acho assim, que a gente entra dentro da igreja é pra rezar e para adorar Deus. Agora tem gente que entra dentro da igreja pra te reparar dos pés à cabeça, se você está bem vestida, se você não está." (L)
 "Eu tenho minha fé, eu rezo dentro da minha casa." (L)
 "É claro que existe falha como existe em todas (sobre a religião). O ser humano é imperfeito, então a gente tem que saber compreender as coisas e ver. Eu achei interessante. O amor é fundamental também." (P)
 "A fé, a religião, a espiritualidade das pessoas é uma coisa a parte né, igual, a gente recebeu muita ajuda das pessoas que não são da nossa crença, (...), então tô falando aqui que a espiritualidade da pessoa né." (P)
 "A família da gente dá muito sentido né.. Ah.. eu sou assim, feliz com poucas coisas." (P)

Nas conversas, a maioria das mulheres associou também a vivência da fé por meio da relação com a natureza, muitas vezes com o entendimento de que essa prática se relaciona com Deus.

"[Sobre a vivência diária da fé] Ahn.. é conversar com as minhas plantinhas." (L)
 "Agora dia oito agora eu gosto de plantar, dia oito que é... a lua é crescente. (...) Aí a planta fica linda." (L)
 "Aí acalma o coração, a cabeça também fica legal e eu tomo chá de camomila, aí fica legal." (G)
 "Eu vejo um céu estrelado e lindo, a natureza linda, ter os olhos pra poder ver as flores agora tão lindas, aí pra mim tem uma criação né?" (P)

Síntese: Em relação a fé, foi observado que a maioria das mulheres relaciona o conceito e a vivência com a prática religiosa e a existência de Deus e entidades religiosas. A relação das entrevistadas com essas figuras, entretanto, se mostrou variada, ora mais íntima, ora mais formal. Com o decorrer da entrevista, entretanto,

percebeu-se que a fé dessas mulheres é nutrida ainda por outros elementos – família, indivíduos da comunidade provenientes de outras religiões e até mesmo elementos da natureza.

Atributos evidenciados: Amor, calma, confiança, contemplação, enfrentamento, pertencimento, segurança, solidariedade.

EIXO 1, tema 2. Importância/ influência da espiritualidade/ religiosidade na vida do indivíduo.

Observou-se com frequência que o conceito de espiritualidade e a vivência da fé estiveram ligados a sentimentos de esperança, proteção, gratidão, paz interior, conforto, amor, e sentimento de pertencimento e conexão com algo maior.

"A fé que eu tenho, minha filha, remove montanha, de verdade, mesmo." (L)

"Aprender a aceitar a vontade de Deus do jeito que é." (G)

"Eu sinto assim, aquela fé, que eu acho gostoso demais." (T)

Nas entrevistas, nenhuma das mulheres relata ter tido experiência negativa com sua fé durante suas vidas, mesmo que em alguns momentos tenha sido difícil sustentá-la diante de grandes dificuldades.

"A gente fica com aquela revolta, depois a gente vê né, é isso aí, mas aí depois a gente vê e acorda e vê que Deus fez o melhor." (P)

"Eu acho que tem um significado bom, eu gosto de conviver com as pessoas. Deus não é culpado das coisas." (P)

Percebeu-se que a fé é praticada na vida dessas mulheres como um recurso pessoal para tomada de decisões e conquista de bens, então elas acreditam.

"[Sobre a utilização da fé para ajudar nas decisões] Uso, com certeza. Eu, assim, eu uso, assim, por exemplo, eu penso... como dizer... 'eu tenho fé que aquilo vai dar certo, eu vou ali, vou fazer.'" (L)

"Tudo que eu tenho foi na religião católica, então eu não quero mais nada." (I)

"Deus sempre esteve presente." (P)

Observou-se nas falas das mulheres, gratidão para com Deus ou Nossa Senhora Aparecida, pelas vezes que elas se sentiram ajudadas durante a vida, tanto nas conquistas de boas coisas quanto na superação dos problemas.

“Já tem muito milagres que eu tenho alcançado, o Senhor Bom Jesus, Nossa Senhora da Aparecida tem feito muita coisa boa na minha vida” (T)
 “Minha filha tá aí hoje, agradeça a Nossa Senhora Aparecida” (L)

Notou-se que as entrevistadas acreditam que a fé fortalece no cuidado à saúde, no enfrentamento da dor e na superação das dificuldades.

“[Sobre fé e cuidados em saúde] Ajuda, porque na hora que está doendo muito eu peço e ela [Nossa Senhora Aparecida], para de doer” (L)
 “Rezo, fico brava, mas aí eu não deixo explodir com ninguém né, (...) eu tô muito ansiosa né, são coisas da idade né.” (G)

Todas as mulheres entrevistadas são mães e demonstraram em suas falas ter a espiritualidade como uma ferramenta para o cuidado com os filhos e família, tanto para pedir proteção, benção, esperança, cura ou até mesmo como instrumento de resiliência em situações como doenças graves, uso abusivo de drogas ou a morte de algum ente querido.

“Aí eu falei com ele 'Isso é a fé que eu tenho, porque vocês não têm. Eu ponho Nossa Senhora atrás de vocês naonde que cês tá'” (L)
 “Então quando a minha filha foi pros Estados Unidos, Nossa Senhora da Aparecida, meu Deus do céu, eu pedia a ela dia e noite (...) 'Cuida da minha filha, meu Deus do céu'” (I)
 “A gente tem que orar, pedir saúde, principalmente as vezes que dá uma dor, às vezes dá um... sei lá... quando meu marido tava doente também...” (I)
 “Eu peço todo dia uma reação de milagre na vida desse menino meu. Principalmente, eu peço, peço, eu tive uma nora (...) ela deu leucemia (...) o que eu pedi o senhor foi muito. (...) Junto comigo, o Divino Espírito Santo, na hora que eu comecei, na hora que ela ficou em pé assim, eu agarrei ela, grudei nela, ela tão magrinha, abracei, abracei, falei. Coloquei a mão na cabeça dela. Acabou, passou mal mais não.” (G)
 “Meus filhos, tem um que tá longe, trabalhando, mas tá bom assim. Eu sempre entrego nas mãos de Nossa Senhora” (T)

Percebeu-se também na fala de algumas mulheres que a fé foi algo que as ajudou a sustentar a família tanto para resolver questões financeiras, culturais e emocionais.

"Estou desempregada, né? Aí eu pego muito com Nossa Senhora Aparecida, eu tenho muita fé. Aí Graças a Deus não falta nada pra mim, nem pros meus meninos." (L)

"Aí tudo que eu vou falar com meus netos ... O outro falou assim: 'Ô vó, eu vou crescer e vou estudar.' Aí falei 'Então você tenha muita fé primeiro, que aí segura na mão de Nossa Senhora Aparecida que vai dar tudo certo'" (L)

A grande maioria das entrevistadas aprendeu sua religião por meio de seus pais e, em alguns discursos percebeu-se que algumas delas ensinaram sua religião às gerações seguintes.

"Meus filhos tudo batizado em igreja católica" (T)

"Sou católica desde que me entendi por gente. (...) Minha mãe era muito católica também... orava... levava a gente pra igreja..." (L)

"Meu pai era católico, mas meu pai não entrava dentro de igreja. Meu pai entrava dentro de igreja só quando batizasse menino (...) Eu sou a mesma coisa dele." (L)

"Meus pais, desde criança... Não troco minha religião por nada" (I)

"Eu vim de uma família muito católica. A gente acompanhava as irmãs. (...) meu pai fazia reunião de família, era uma reunião assim, era um grupo de reflexão" (G)

"Quando minha mãe era viva ela ia também, ia de condução, rachava lá nos barraco. Assim eu e minha irmã tá fazendo" [sobre festa religiosa] (T)

Síntese: Observou-se que a espiritualidade é vivenciada pelas entrevistadas, principalmente, por meio da religião. É importante salientar que a influência da religiosidade não se limita ao autocuidado, mas se estende à família e aos entes queridos, compondo parcela significativa do arsenal para o cuidado, que vai além das abordagens realizadas pela equipe de saúde como ferramentas de cuidado.

Atributos evidenciados: Amizade, amor, autocuidado, bem-estar, benção, conexão com algo maior, conforto, conquista, cuidado com o outro cuidado em saúde, cura, discernimento, escolha, esperança, família, gratidão, paz interior, pertencimento, proteção, resiliência, saúde, segurança, solução, superação.

EIXO 1, tema 3: Meios de vivenciar a espiritualidade/ religiosidade em grupos sociais: família, comunidade, instituições religiosas, outros.

A vivência coletiva da religiosidade foi, em grande parte, um instrumento de prática da espiritualidade utilizado pelas mulheres entrevistadas: rezar com a família,

grupos de orações e igrejas, festas religiosas e estudos bíblicos, além do convívio nas casas das pessoas para conversar sobre religião e fé. Apenas uma entrevistada revelou preferir apenas as práticas individuais para experienciar sua religiosidade.

"[Sobre festa religiosa] São quinze dias de Jubileu, todo ano eu vou dia primeiro" (T)

"Eu sempre reúno meus meninos, rezo o terço aqui dentro de casa" (T)

"Vou no grupo de oração toda segunda" (I)

"Tem as reuniões, igual, a gente faz trabalho de campo, estudo bíblico também"(P)

"Eu vou muito na Santa Efigênia [igreja]" (G)

Observou-se que o grupo tem o papel de catalisar o compartilhamento de experiências, dores, alegrias e aprendizados, o que funciona como reforço positivo para o enfrentamento de questões complexas da vida, dentre elas, as relacionadas ao processo de saúde e doença.

"Lá tem grupo de oração pra todo mundo, homem e mulher. (...) Aí a gente vai, tem dia que a gente tá frustrado, aí você vai pro grupo de oração, chega lá tem outra pessoa que está sofrendo pior que a gente, você fala 'O que? Minha vida é até boa demais da conta' Aí volta pra casa nó... toda feliz da vida" (I)

"Ele me ajuda em tudo né. Ser uma pessoa melhor [sobre o grupo]" (I)

"Na igreja ajuda a gente que você tá tendo um minuto com Deus, né? Você está indo, você está rezando, você está ali, você toma a Santa Comunhão, você pede perdão pelas coisas que fez durante a semana" (I)

"Ajuda a saber compreender as coisas, aprender a conversar com o pessoal que a gente atende aqui (no comércio), e também pra quem tem problemas de pessoas que usa droga, bebida. A gente aceitar, aprender a lidar com a situação né." (G)

"a gente vê as pessoas crescendo e acreditando né [sobre o estudo bíblico]" (P)

Em alguns momentos, notou-se também conflitos vivenciados nos grupos, como sensação de falta de apoio ou de apreensão ao ver os problemas das outras pessoas.

"Aí tem hora que eu acho que o grupo está me ajudando, mas na mesma hora eu fico assim... acho que eu fico assim porque eu fico lá vendo o pessoal que bebe (...) aí eu tenho filho que bebe e já começo a ficar louca." (G)

"Talvez a gente pega com raiva as vezes quando a gente precisa de ajuda, a pessoa não te valer naquele momento." (P)

"Agora tem gente que entra dentro da igreja para te reparar dos pés à cabeça." (L)

Todas as entrevistadas disseram possuir bom relacionamento com pessoas de outras religiões, ainda que tenham tido divergências de opiniões entre as crenças e práticas.

"Eu não sou contra outra religião. Se quer entrar na minha casa eu recebo de braços abertos. Mas chegou uma senhora aqui, ela é evangélica. Então eu tenho minha Nossa Senhora Aparecida ali (...). Ela pegou e falou comigo que é terceiro. Eu falei 'A senhora está falando que minha Nossa Senhora é terceira?! A senhora me dá licença porque eu nunca toquei ninguém da minha casa, porque aquela ali é minha primeira e é minha mãe. A senhora me dá licença'" (L)

Foram observadas ainda vivências relacionadas à espiritualidade fora da prática religiosa, demonstrando que o papel da espiritualidade no cuidado extrapola as práticas características da própria religião ou da religiosidade.

"Igual, benzer. Sentimento da criança. As vezes a criança tá sentida, ela não é curada pelo médico, ela é curada pela benzeção da pessoa. Eu acredito que vale, já valeu muito. (...) Mas só que o repouso não sara, se você não mandar benzer, coze com agulha pra lá e pra cá assim oh. Eu não sei que que elas fala lá, que eu não sei." (T)

"[Em relação a prática da fé] Ah... é conversar com minhas plantinhas. É, eu falo com elas: 'bom dia, tenho fé em Nossa Senhora Aparecida que vocês vai ficar linda!'" (L)

Síntese: Observou-se que as práticas espirituais se relacionam predominantemente às práticas religiosas e que, em grande parte, envolvem vivências coletivas. Durante as vivências, as entrevistadas se sentem ajudando e sendo ajudadas, ainda que, em algumas situações, as vivências em grupos possam gerar reforço negativo, produzindo ansiedade ou angústias. Apesar de aparecerem poucas vivências espirituais desvinculadas da religião declarada pelas entrevistadas, foram citadas a benzedura e a conversa com plantas. Essas revelações abrem a possibilidade dessas mulheres possuírem outros significantes para espiritualidade, para além de suas religiosidades.

Atributos evidenciados: Empatia, pertencimento, solidariedade.

EIXO 1, tema 4: Relação da espiritualidade com o cuidado médico. Encaminhamentos para abordagem espiritual/ religiosa.

Foram raros os relatos sobre a abordagem da espiritualidade/ religiosidade/ crença/ fé durante os atendimentos na UBS pela equipe de saúde, segundo as

entrevistadas. Apenas duas mulheres relataram tratar do tema durante atendimentos na unidade, sendo que uma considerou a abordagem positiva e a outra considerou a experiência negativa. As outras mulheres disseram que nunca foram perguntadas sobre as suas crenças durante as consultas médicas. Uma das mulheres, quando perguntada sobre o cuidado médico e a cura ou crença, disse que nem tudo precisa ser compartilhado com o médico e nem tudo é curado pelo médico, o que demonstra que o cuidado em saúde ultrapassa os limites alcançados pelo papel do médico e possibilita a valorização das ferramentas de cuidado pessoais. Além disso, revela certa separação entre os conceitos relacionados com os cuidados em saúde e os valores vivenciados pela espiritualidade/ religiosidade.

[Sobre abordagem da espiritualidade na consulta médica] Não. Não porque é, assim, eu nunca falei não, sabe? (...) Aí, aí ele já chegava lá, minha filha, para ganhar neném já falava: "Nossa Senhora Aparecida está com nós". (...) Mas era um médico que eu vou te falar procê, viu, aquele ali atendia to-do mun-do bem!" (L)

"Ela falou '(...) a parte espiritual você já tá cuidando' (...) 'Infelizmente você vai ter que conviver com isso' aí eu falei 'é, então eu não volto aqui mais'" (G)

Síntese: Foi possível perceber que as entrevistadas não articulam as demandas de saúde levadas ao posto com a espiritualidade, mas que, em alguma medida, sentem que esse elo poderia favorecer no cuidado recebido da equipe de profissionais da saúde, em especial, do médico.

Atributos evidenciados: Aproximação, atenção, cuidado.

EIXO 2. ARTICULAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE COM PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.

EIXO 2, Tema 1: Conceito de Saúde.

Pôde-se observar que, para todas as entrevistadas, o conceito de saúde esteve atrelado à necessidade de atendimento médico (no sentido biológico da expressão), da realização de exames ou do uso de medicamentos.

"[Saúde] É um bom atendimento. (...) Agora, umas médicas com umas caras esquisita. Nem põe a mão em você assim." (L)

"Eu sou meio relaxada (...) Era pra mim ter feito um... como é que fala... um *check-up*, igual eles fala aí né" (L)

"Agora Deus é só os médicos, a medicina, se a gente vê que precisa de tomar os remédios, a gente toma os remédios, né. Apela pros remédios né. O remédio é Deus né" (G)

"Saúde é tudo né, perdeu ela, acabou. Faço meus exames e meus exames não dão nada. É só essa irritação assim, esse nervo. Dá nada não. Agora deu pra dar umas cólicas aqui, mas não é nada, não é pedra da vesícula. Até a esteatose hepática que eu tinha, saiu" (G)

Entretanto, quando perguntado de maneira mais ampla, algumas entrevistadas relacionaram saúde com a sensação de bem estar bio-psico-social-espiritual.

"O mais importante é a saúde da gente, né?" (L)

"Só quero saúde só e pronto, mais nada, não preciso de mais nada pra mim sobreviver" (I)

"Eu acho que [saúde] é não sentir dor" (I)

"Saúde é fundamental né, sem saúde você não consegue realizar nada, igual, eu tomo remédio né (...) mas dentro do possível vou fazendo por onde ter e ir levando, porque saúde é importante na vida de todos né. Então eu procuro balancear essas coisas aí. Procuro comer verdura, fruta, fazer caminhada." (P)

"Haja saúde que aguente, se você não tiver uma estabilidade emocional boa" (P) "Convivência com a família é muito bom" (P)

Síntese: Foi possível perceber que a percepção sobre o conceito de saúde é mais amplo para as entrevistadas do que pareceu à primeira vista, ainda que haja forte influência de parâmetros biológicos do cuidado médico (exame físico "normal", resultados de exames "normais", a falta da necessidade do uso de medicamentos, dentre outros). De maneira mais ou menos evidente, as entrevistadas ampliaram esse conceito, na medida em que consideraram a necessidade de bem-estar para a percepção do seu estado de saúde.

EIXO 2, tema 2: Conceito de doença.

Foi possível observar que a maioria das entrevistadas correlacionou o conceito de doença com condições orgânicas graves, dor, a sensação de estar perto da morte, a limitação física grave, ou ainda a condições subjetivas, como trazidas pelo coisa ruim". Teve-se a impressão de que, para as entrevistadas, o significado de "doença" fosse mais grave que o significado de "problema de saúde":

"Problema de saúde, de vez enquanto a gente... mas eu não tenho dor, essas coisas, não tenho não." (I)

"Eu acho que eu não tenho problema de saúde." (G)

"[perguntada sobre doença prévia] Não, porque problema a gente sempre vai ter mesmo. Graças a Deus não é coisa grave, grave." (T)

"Eu tenho esses problemas de saúde, mas eu procuro não pensar muito, porque senão né. Graças a Deus aqui em casa nunca chegou a esse ponto de estar doente." (P)

"Ah, eu acho que para mim estar doente é a pessoa que não aguenta nem levantar da cama, sabe?" (L)

"Eu acho que é sempre o coisa ruim que traz (...) porque Deus não quer ver a gente sentir dor" (T)

Algumas vezes o conceito de doença foi relacionado a determinadas enfermidades ou hábitos de vida:

"Doença vem né, doença vem. Oh, gripar eu não gripo muito. Agora eu tenho hipotireoidismo, eu tomo remédio. (...) Mas eu não tenho problema de pressão, não tenho diabetes" (G)

"As pessoas expõe lá o que eles passaram com a doença do alcoolismo, doença da droga" (G)

"Eu tomo remédio pra glicose né, e pra pressão, mas essa questão assim não [é doença]" (P)

Síntese: As entrevistadas relacionaram o conceito de doença com situações incapacitantes ou de maior gravidade, tendendo a nomear distúrbios biológicos menos graves como "problemas de saúde". A doença ainda foi percebida pelas entrevistadas como um transtorno exclusivamente biológico, demonstrando, mais uma vez, a dissociação entre a dimensão biológica e a dimensão espiritual.

EIXO 2, tema 3: Relação da espiritualidade/ religiosidade com a promoção de saúde e enfrentamento da doença.

A maioria das mulheres revelou experiência positiva quando precisaram mobilizar a fé para lidar com uma experiência de doença ou de dor. Mesmo diante da dor, quando pode ser difícil ter fé, revelou-se importante a mobilização desta potência para não se desesperar no momento da falta de saúde ou da presença da doença.

[Sobre a experiência de doença] "Aí minha mãe pegou e falou com ela, ó, vou chegar lá em casa, vou rezar, acender uma vela pra Nossa Senhora Aparecida por causa que ela tem duas filhas pra criar. Foi aí que eu melhorei" (L)

"Se você tem fé, ajuda. Mas na hora que a gente está sentindo uma dor mesmo, a gente pede, pede, pede a dor não passa gente, se não ficar firme mesmo a gente desespera 'Ai meu Deus esqueceu de mim'. Mas graças a Deus nunca chegou a esse ponto não" (I)

"Ela começou a passar mal, entortar toda. Ela foi embora. 'Santa Efigênia, devolve minha filha'. Essa história (...) foi a maior vitória da minha vida" (G)

"[Sobre o filho] E era pra ter dismoído a perna dele toda. E Deus foi tão bom que eu levei ele de muleta nos pés do Bom Jesus, e ele trouxe ele pra mim de volta sem ter a perna que tava com problema, sem ter machucado nada" (T)

"Igual eu falei na perda do menino né (...) aí fala que ele não ficou por causa da rubéola, a gente fica abalado um pouquinho né, mas também ajudou a gente a superar [Deus] ... isso com o tempo" (P)

"Aí a gente fica com aquela revolta (...) mas aí depois a gente acorda e vê que Deus fez o melhor" (P)

Síntese: Ficou claro que, para essas mulheres, a fé favoreceu lidar com as dores e favoreceu o cuidado para consigo mesmas e para com suas famílias. Acreditaram que a saúde é muito importante e que esta possui relação com estar bem consigo mesmas, com suas famílias e sem dores. Algumas delas entenderam que, para cuidar da saúde, precisam dos médicos, mas que a espiritualidade/ religiosidade são fundamentais para o enfrentamento de problemas de saúde ou doenças. Perceberam que problemas de saúde são comuns na vida das pessoas, já a doença está ligada a incapacidade de realizar suas atividades. A dor, algo muito mais difícil de lidar, pode ser mais bem suportada pelo acesso à espiritualidade/ religiosidade.

EIXO 3. Abordagem da espiritualidade/ religiosidade na consulta médica.

Apesar de não perceberem a necessidade da abordagem da espiritualidade/ religiosidade na consulta médica, todas as mulheres disseram que não veriam problema caso o tema fosse abordado dentro da consulta médica. Algumas consideraram que fosse importante o médico saber sobre as suas religiões ou sobre o quê acreditam, no sentido de fortalecimento da relação médico-paciente, ou para que o médico possa respeitar suas decisões sobre tratamentos propostos, ainda que para outras entrevistadas esse aspecto não fizesse diferença.

"Ah, não tem nada a ver não. Se ele perguntar, eu vou responder 'sou católica, não tenho intenção de mudar de vida.'" (I)

"Eu acho bom ele saber que eu tenho fé, porque o médico é guiado por Deus, um dom que Deus dá pra pessoa."(T)

"Você vê que um médico, eu sei que um médico não cura uma vida, porque a vida quem cura ela é Deus, mas a gente confia nas mãos dos médicos."(T)

"A gente não toma transfusão de sangue (...) Então tem que respeitar esse ponto de vista." (P)

"Tem que conversar com as pessoas (...) ser compreensivo né. Não ficar julgando. Entendeu? Porque cada paciente tem um sistema, um jeito né" (P)

Síntese: Foi possível perceber que nenhuma mulher se mostrou contra a abordagem da espiritualidade pelo médico, embora, na maioria das vezes, não perceberam a necessidade dessa abordagem durante a consulta. Percebeu-se também que a maioria das mulheres tem algum motivo pelo qual acham importante que o médico saiba sobre suas crenças, na medida em que melhora a relação médico-paciente.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar potencialidades em valores espirituais/religiosos para o enfrentamento de questões relativas ao processo de saúde e doença em usuárias de uma UAPS. Em primeiro lugar, deve-se considerar que o modelo biomédico vigente a partir do século XIX tende a não considerar a espiritualidade como dimensão que influencia na saúde, uma vez que tem como base o modelo científico que materializa a doença em um corpo físico e desconsidera fatores subjetivos (PUTTINI, 2011; SALGADO e FREIRE, 2008).

Entretanto, a abordagem do cuidado em saúde baseada na integralidade das dimensões dos indivíduos necessita considerar a dimensão espiritual como parte da pessoa, importante para a vivência, elaboração e cuidado de seus processos de saúde e doença, podendo favorecer os desfechos clínicos (KOENIG, 2005). Ressalta-se ainda que a abordagem integral do indivíduo é capaz de estreitar as relações entre o médico e o paciente, favorecendo a percepção de como o sujeito compreende sua realidade, quais são suas experiências pessoais positivas e negativas, possibilitando a compreensão da pessoa como um todo (STEWART, 2010).

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma das ferramentas utilizadas pela Medicina de Família e Comunidade no âmbito da consulta médica e um de seus pilares é a construção da relação-médico paciente, que considera uma conexão empática, acolhedora e sincera, fortalece o vínculo, acolhe o sofrimento e permite que os planos terapêuticos elaborados conjuntamente entre o médico e a pessoa possam ser executados com mais confiança e com maiores chances de promover saúde ou aliviar o sofrimento humano (STEWART, 2010). Desta maneira, faz-se muito importante o conhecimento sobre as crenças, os significados e as expectativas dos usuários dos serviços de saúde para a melhor condução de suas condições de saúde, crenças essas que incluem a espiritualidade/ religiosidade. Além disso, a valorização do autocuidado e de práticas de saúde relacionadas ao saber popular alerta para a necessidade desses valores serem considerados durante a consulta médica, como parte importante do cuidado em saúde.

Como abordado anteriormente, considera-se que quanto mais grave ou incapacitante for a condição do indivíduo, maior é a mobilização do *coping* espiritual/ religioso pelo indivíduo e alguns estudos verificam a influência da mobilização desse tipo de enfrentamento em situações de doenças graves ou em situações de internação

em instituições de saúde (FERNANDES, 2015; GUERRERO, 2011; KOENIG, 2007; JACINTHO et al, 2017). O presente estudo revela que, entre as entrevistadas, várias potências relacionadas com a dimensão espiritual/ religiosa são reveladas durante a anamnese espiritual, tais como: amor, aproximação, atenção, calma, confiança, contemplação, cuidado, enfrentamento, pertencimento, segurança, solidariedade, mesmo quando não se encontram diante de situações de estresse intenso ou desespero. Os achados reforçam a necessidade de se abordar a espiritualidade/ religiosidade durante a consulta médica, uma vez que permite o acesso a um conjunto de ferramentas capazes de reduzir o sofrimento e promover a saúde do indivíduo.

Os resultados favoreceram ainda perceber a relação estreita entre a saúde das entrevistadas e a saúde de suas famílias e comunidade, revelando os laços que influenciam seus estados de saúde mental e física, quando se consideram as dimensões subjetivas que se materializam nos laços de afeto descritos em vários depoimentos.

Outro ponto importante percebido é que o conceito de cuidado em saúde se expande para além do papel do médico, quando algumas usuárias separam algumas de suas decisões de autocuidado da responsabilidade ou do julgamento do médico. Essas atitudes podem, de uma maneira, explicitar a autonomia das mulheres envolvidas no estudo diante da autoridade e do saber médicos, quando se permitem acessar preces, rituais, dentre outros, sem se sentirem obrigadas a obter aprovação de seu médico. Por outro lado, pode revelar o distanciamento que suas culturas acreditam haver entre a ciência e a fé, por não terem familiaridade com o tratamento integral durante a consulta médica. A literatura explicita a necessidade da inclusão de temas ou disciplinas relacionadas com saúde e espiritualidade em currículos dos cursos de Medicina (NERY et al, 2014; OLIVEIRA, 2017). O fato de ainda haver pouca expressividade do tema nos currículos médicos pode colaborar para que haja escassa abordagem pelos médicos sobre temas tão relevantes para o cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a abordagem das dimensões espirituais/ religiosas entre um grupo de mulheres usuárias de uma UAPS revelou potenciais que se constituem importantes ferramentas para o estreitamento da relação médico-paciente, favorecendo a melhor elaboração de planos de cuidado e tratamento, e, principalmente para o enfrentamento de situações de estresse e de sofrimento nas vivências de processos de saúde/ doença. O estudo ainda revelou que a abordagem de temas relacionados com saúde e espiritualidade envolve a família e a comunidade das entrevistadas, demonstrando a vinculação de outras pessoas no cuidado da saúde das entrevistadas. Parece haver barreiras para a abordagem de dimensões relacionadas com a espiritualidade/ religiosidade no cuidado integral à saúde, seja por parte dos médicos, seja por parte dos usuários do sistema de saúde, mas essas barreiras pareceram ser facilmente transponíveis quando se abordam esses temas de maneira sistematizada.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunicação, saúde, educação*, v. 9, p. 39-52, 2005.
2. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 11-23, 2009.
3. BORNEMAN, Tami; FERRELL, Betty; PUCHALSKI, Christina M. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of pain and symptom management*, v. 40, n. 2, p. 163-173, 2010.
4. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 569-584, 2003.
5. DA SOUZA BATISTA, Patrícia Serpa. A espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. *Revista APS*, v. 10, n. 1, p. 74-80, 2007.
6. DE BERNARDIN GONÇALVES, Juliane Piasseschi; LUCCHETTI, Giancarlo; MENEZES, Paulo Rossi, VALLADA, Homero. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PloS One*, v. 12, n. 10, p. e0186539, 2017.
7. FERNANDES, Mariana Gomes. A medicina centrada na pessoa: o componente espiritual na abordagem pelo Médico de Família e Comunidade. [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 85p. 2015.

8. FLECK, Marcelo Pio da Almeida; BORGES Zulmira Newlands; BOLOGNES Gustavo; DA ROCHA, Neusa Sica. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 446-455, 2003.
9. GUERRERO, G.P.; ZAGO, M.M.F.; SAWADA, N.O.; PINTO, M.H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, V; 64. n.1, p. 53-9, 2011.
10. GUIMARÃES, Hélio Penna & AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. Supl 1, p. 88-94, 2007.
11. JACINTHO, J. D. O., ABREU, L. M. D., BECKER, R., GONTIJO, C. M. M., SANTOS, M. E., ROMERA, F. A., SILVA M.O.; BARRA, A. A.; BARRETO, L. B. Abordagem teórico-prática da espiritualidade em pacientes institucionalizados. *Revista UFG*, v. 27, n. 20, p. 9-28, 2017.
12. JÚNIOR, Josué Barros; DE SOUSA BARBOSA, Rayanne; DE LUNA NETO, Raimundo Tavares; TAVARES, Natália Bastos Ferreira; DE FREITAS, Kerma Márcia de; CRUZ, Cleciana Alves; DOS SANTOS MOURA, Úrsula Hérica. Saúde e Espiritualidade: As Narrativas Profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Id on line Revista e Psicologia*, v. 9, n. 26, p. 71-82, 2015.
13. KOENIG, H.G. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê. 1ª. Ed. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005. 140p.
14. KOENIG, H. G. Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, cap. 1, p. 9-20, 2015.
15. KOENIG, H.G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 34, p. 5-7, 2007.

16. KOENIG, H.G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 4, p. 536-542, 1998.
17. LUCCHETTI, Giancarlo; BASSI, Rodrigo M.; LUCCHETTI, Alessandra L. Granero. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore: The Journal of Science and Healing*, v. 9, n. 3, p. 159-170, 2013.
18. LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra Lamas; BASSI, Rodrigo Modena; LATORRACA, Rafael; NACIF, Salete Aparecida da Ponte. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8 (2), 154-8, 2010.
19. LUCCHETTI, Giancarlo & LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.
20. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles, QUEIROZ, Danielle Teixeira, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 335-342, 2007.
21. MCWHINNEY, Ian R. & FREEMAN, Thomas. Método Clínico. In: MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 8, p. 151-204, 2010.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. e-SUS atenção primária: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, [s.d]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus> . Acesso em 15/02/2020, 16:00h.

23. MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário. F; ALOE, Flávio, LOTUFO NETO, Francisco, KOENIG, Harold G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.
24. NERY, R. M.; PIETROBON, R. C.; MACHADO, C. L. B.; COMEL, J. C.; MANFROI, W. C. Espiritualidade no ensino médico. Revista Saúde Integrada, v. 7, n. 13-14, p. 209-217, 2014.
25. OLIVEIRA, J. A. C. Desafios do cuidado integral em saúde: a dimensão espiritual do médico se relaciona com sua prática na abordagem espiritual do paciente? [Dissertação]. São Paulo:Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. 156p., 2018.
26. OLIVEIRA, R. A. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 19, n. 2, p. 54-55, 2017.
27. OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Espiritualidade/religiosidade e o humaniza SUS em Unidades de Saúde da Família. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 31, n. 1, 2018.
28. PANZINI, R. G. & BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo. Vol. 34, supl1, p. 126-135., 2007.
29. PUCHALSKI, Christina; FERRELL, Betty; VIRANI, Rose; OTIS-GREEN, Shirley; BAIRD, Pamela; BULL, Janet; CHOCHINOV, Harvey; HANDZO, George; NELSON-BECKER, Holly; PRINCE-PAUL, Maryjo; PUGLIESE, Karen; SULMASY, M Daniel. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of palliative medicine, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

30. PUCHALSKI, Christina; ROMER, Anna L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000.
31. PUTTINI, R. *Medicina e espiritualidade no campo da Saúde*. 1ª. Ed. São Paulo: Annablume. 2011, 312p.
32. SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.
33. SALGADO, M.I. e FREIRE, G. *Saúde e espiritualidade: Uma nova visão da medicina*. 1ª. Ed. Belo Horizonte: Editora INEDE, 2008, 478p.
34. STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, Wayne; McWHINNEY Ian R.; McWILLIAM Carol L.; FREEMAN, Thomas. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (Patient-Centered Care Series.)* 3ª. Ed. Londres, UK: Radcliffe Publishing, 442p., 2014.
35. STROPPA, André e MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. *Religiosidade e saúde. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, p. 427-443, 2008.
36. TAUNAY, Tauily Claussen D'Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA; Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva, CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.
37. TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo*. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 1987.147p.

ANEXO A: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.

EIXOS PRINCIPAIS	TEMAS
<p>F – <i>Faith</i> (Crença ou fé, valores espirituais ou religiosos); I – <i>Importance/ Influence</i> (Importância e influência da espiritualidade na vida do indivíduo); C – <i>Community</i> (Se o indivíduo participa ou vivencia a sua espiritualidade/ religiosidade em comunidade); A – <i>Address</i> (como o profissional de saúde pode encaminhar as questões relativas à espiritualidade/ religiosidade no cuidado em saúde)</p>	<p>Crença, fé – valores espirituais e religiosos: conceito de religião, conceito de espiritualidade. Qual a(s) religião (ões)? Meios de vivenciar a espiritualidade.</p> <p>Importância/ influência da espiritualidade/ religiosidade na vida do indivíduo.</p> <p>Meios de vivenciar a espiritualidade/ religiosidade em grupos sociais: família, comunidade, instituições religiosas, outros.</p> <p>Relação da espiritualidade com o cuidado médico Encaminhamento para abordagem espiritual/ religiosa.</p>
<p>Articulação da espiritualidade/ religiosidade com o processo saúde e doença</p>	<p>Conceito de saúde Conceito de doença. Relação da espiritualidade/ religiosidade com a promoção de saúde. Relação da espiritualidade/ religiosidade com o enfrentamento da doença.</p>
<p>Abordagem da espiritualidade/ religiosidade na consulta médica</p>	<p>Necessidade da abordagem médica sobre a espiritualidade/ religiosidade. Maneiras e momentos para se abordar espiritualidade/ religiosidade na consulta médica Efeito da espiritualidade/ religiosidade no tratamento de alguma condição.</p>