

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ANDREA DOS REIS FERMIANO

**A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE DA FAMÍLIA
NO CUIDADO DE SI**

São Carlos

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANDREA DOS REIS FERMIANO

**A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE DA FAMÍLIA
NO CUIDADO DE SI**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica. Área de concentração em Gestão da Clínica.

Orientação: Profª Drª Umaia El Khatib

São Carlos

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

F359ie Fermiano, Andrea dos Reis.
A influência da espiritualidade da família no cuidado de si
/ Andrea dos Reis Fermiano. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
56 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Cura espiritual. 2. Espiritualidade. 3. Cuidado. 4.
Família. I. Título.

CDD: 615.852 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

ANDREA DOS REIS FERMIANO

“A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA FAMÍLIA NO CUIDADO DE SI.”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de concentração em Gestão do Clínica.

DEFESA APROVADA EM 30/05/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Umaia El-Khatib

Prof.^ª Dr.^ª Silvia Franco da Rocha Tonhom

Prof.^ª Dr.^ª Maria Waldenez de Oliveira

As minhas três mães:

Maria Madalena dos Reis Scalco que me ensinou o poder da fé;

Hilda Caffer dos Reis que me ensinou essência do cuidado;

Martha dos Reis que me ensinou a importância da ciência.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Umaia El Katib, meu profundo agradecimento pelo apoio, confiança e incentivo com que me orientou na realização dessa pesquisa.

Agradeço a todas as pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para que este trabalho chegasse ao seu término. Mesmo correndo risco de “pecar” pela omissão de alguns nomes, não posso deixar de agradecer de modo especial:

- à Maria Madalena dos Reis Scalco, minha mãe querida, que me acompanha em todos os momentos da minha vida, me incentivando, torcendo, sofrendo, rindo, chorando e rezando;

- à Martha dos Reis, minha tia, um exemplo de superação, que leu os primeiros escritos deste trabalho, apresentando críticas e sugestões valiosas;

- à todas as cuidadoras do bairro Jardim Gonzaga, localizado na cidade de São Carlos (SP), que educadamente e pacientemente concordaram em participar do presente estudo, atendendo-me sempre com alegria e cordialidade, proporcionando-me momentos de reflexão e lição de vida;

- aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família do Jardim Gonzaga, companheiros de trabalho, que me apoiaram durante a realização desta pesquisa, respeitando meus momentos de angústia, stress e cansaço;

- à Denise Gili, minha amiga- irmã, que me adotou na cidade de São Carlos e me socorre nos momentos difíceis.

- ao Adriano André Silva, meu amigo, que inúmeras vezes ouviu-me argumentar sobre as dificuldades de conciliar o trabalho e o estudo;

- às Professoras Doutoras Silvia Franco da Rocha Tonhom e Maria Waldenez de Oliveira, cujas críticas e sugestões, apresentadas durante o Exame Geral de Qualificação para o Mestrado, foram de grande valia para reelaboração e enriquecimento deste trabalho;

- a Deus, pela vida maravilhosa, pelos sonhos realizados e pelos que ainda serão sonhados.

RESUMO

FERMIANO, Andrea. A Influência da espiritualidade da família no cuidado de si. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Clínica)- Curso de Pós Graduação da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 56-p.

Orientadora: Prof^a Dr^a Umaia El Katib.

Este estudo teve como objetivo identificar se há influência da espiritualidade da família no cuidado de si, e caso fosse identificado, como ela ocorre. Vasconcelos (2004) descreve a espiritualidade como uma força capaz de auxiliar o indivíduo, família e comunidade, a melhor superar as dificuldades da vida, proporcionando uma melhor tolerância com os problemas da realidade cotidiana. A pesquisa caracterizou-se por ter uma abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido com famílias pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim Gonzaga, no bairro Jardim Gonzaga, situada na periferia do município de São Carlos. Participaram desse estudo 20 mulheres, responsáveis pelo cuidado de famílias que se destacam na comunidade, pois apresentam autonomia no cuidado de si diante de problemas de saúde. A coleta de dados se deu através de entrevistas, com quatro questões norteadoras, realizadas no domicílio das participantes ou na Unidade de Saúde da Família. Para análise das informações, foi utilizada a análise temática. Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: A mulher como principal cuidadora da família; A espiritualidade como força que ajuda o indivíduo no cuidado; A influência da espiritualidade nas decisões e superação das dificuldades da vida. Entre vários aspectos, conclui-se que a espiritualidade influencia de maneira importante no cuidado de si da família; que a fé auxilia na recuperação, cura e manutenção da saúde. Os profissionais de saúde precisam se aproximar da espiritualidade de modo a ampliar os conhecimentos e as formas de entender e cuidar do ser humano.

Descritores: espiritualidade, cuidado de si e família.

ABSTRACT

FERMIANO, Andrea. The influence of spirituality on the family's during self-care. Master thesis (Professional Master in Clinical Management) – Graduate program in the Federal University of São Carlos, São Carlos. 56-p.

Advisor: Professor Umaia El Katib.

The aim of this study was to assess the influence of spirituality levels in a family during self-care and, if so, how this influence occurs. Vascoceles (2004) describes spirituality as strength able to help the individual, his/her family and community; it is also the best source to overcome the obstacles of life, providing a better understanding and tolerance about the issues of daily life. A qualitative approach was chosen for the study. The subjects were families that live in the area comprehended by the Jardim Gonzaga Family Health Unit, in the Jardim Gonzaga neighborhood, located in the periphery of São Carlos County. A group of 20 women, responsible for caring for their families and recognized in their community as having a high level of autonomy in their self-care when faced with health issues, were the main study subjects. Information was collected by means of interviews, with four guiding questions, which were asked in the participants' houses or in the Family Health Unit. A thematic analysis was used to process the information. From the analysis of the interviews the following categories emerged: women as the main caretakers of their families; spirituality as a force that helps each individual in their self-care; the influence of spirituality in decisions and in the strength to overcome hardships in life. Among other conclusions, spirituality seems to exert an important influence in a family's self-care and faith helps in convalescence, in curing and in maintaining health. Health workers need to get closer to spirituality in order to broaden their knowledge and their tools to understand and care for human beings.

Keywords: spirituality, self-care, family.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Distribuição das características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa. São Carlos, 2013. | 30 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 09 |
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| OBJETIVO..... | 22 |
| JUSTIFICATIVA..... | 22 |
| PERCURSO METODOLÓGICO..... | 23 |
| Tipo de estudo..... | 23 |
| Local do estudo..... | 23 |
| Sujeitos da pesquisa..... | 25 |
| Coleta de dados..... | 26 |
| Análise dos dados..... | 27 |
| APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 29 |
| Caracterização do sujeito..... | 29 |
| O que os dados revelaram..... | 31 |
| 1. A mulher como a principal cuidadora da família..... | 31 |
| 2. A espiritualidade como força que ajuda o indivíduo no cuidado..... | 36 |
| 3. A influência da espiritualidade nas decisões e superação das dificuldades da vida..... | 40 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 46 |
| REFERÊNCIAS..... | 48 |
| ANEXO..... | 54 |

APRESENTAÇÃO

A ESPIRITUALIDADE E O CUIDADO EM MINHA HISTÓRIA DE VIDA

Sou a primogênita de uma pequena família, do Município de Oriente, interior do estado de São Paulo, em sua grande maioria formada e comandada por mulheres. Minha família paterna é descendente de africanos, meu pai é o caçula de 7 irmãos, sendo 2 homens e 5 mulheres; não conheci meu avô paterno, porque ele faleceu quando minha avó estava grávida de 7 meses. Meu pai foi criado somente pela mãe que mesmo com uma quantidade elevada de filhos sempre trabalhou duro para sustentá-los. A imagem mais forte que tenho dela é o olhar firme e das mãos calejadas. O meu pai foi o único que teve oportunidade de estudar, pois como não conheceu o pai as mulheres da família se sentiam “obrigadas” a amenizar esse sofrimento, poupando-o da roça e de outras mazelas da vida. Por isso, sempre ouvi meu pai dizer que uma família não sobrevive sem uma mãe.

Minha mãe vem de uma família portuguesa, com homens extremamente machistas; minha avó materna desde muito cedo trabalhou na roça para ajudar em casa e quando se casou não foi diferente, mesmo com três filhos, sendo 2 mulheres e 1 homem, ela sempre ajudou e algumas vezes sustentou sozinha a sua família. Freqüentou uma unidade escolar rural, cuja classe tinha alunos da primeira à quarta série. Ela chegou à terceira série e, além de trabalhar na roça, trabalhou como diarista cuidando de outras casas além da sua, foi atendente de limpeza e atendente de enfermagem no Hospital Espírita de Marília. Sem dúvida, é dela que vem o amor à enfermagem e à prática do cuidado. Era uma mulher forte, mas ao mesmo tempo doce, que me amou desde o primeiro momento da minha existência, uma das mulheres mais importantes da minha vida; com ela aprendi que os remédios não saem somente das farmácias, mas também da terra. Aprendi que a tristeza, muitas vezes, se cura com leite quente com canela, que ansiedade melhora com chá de erva cidreira, leite com raspa de chifre de boi fortifica, que o abraço conforta, que os exemplos mudam pessoas e que luta e confiança realizam sonhos. Com a sua doença e morte, cheguei a questionar a

minha fé e revii a minha religiosidade, pois passei a acreditar que a morte não é o fim e que mesmo longe ela ainda me guarda e me ilumina.

Minha mãe tem muito da minha avó, uma mulher forte, mas com uma alegria nata, sua marca registrada é a gargalhada alta de quem não tem medo de ser feliz. Desde muito cedo trabalhou no comércio e se destacou pela alegria e beleza. Ajudou muito em casa, mas aos 19 anos engravidou e casou-se, parando os estudos para realizar o seu maior sonho, o de ser mãe. Voltou aos bancos escolares somente depois que seus filhos foram para escola e graduou-se em Ciências Sociais na Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP/Marília. Para minha mãe, ser mãe foi mais que um desejo, foi uma missão, que ela cumpriu muito bem; é “leoa” quando se trata dos filhos, não mede esforços para cuidar, consegue transmitir confiança e amor no olhar ou num simples alô. Com ela aprendi uma das coisas mais importantes, a fé, a certeza que existe um Deus, que é pai e que nos ajuda sempre que solicitamos com o coração, com ela aprendi a primeira oração *“Santo anjo do Senhor, meu zeloso guardador, se a ti me confiantes a piedade divina, sempre me rege, guarde, governe e ilumine. Amém!”* e todas as outras que rezo diariamente na certeza de ser ouvida e atendida. Aprendi respeitar os diferentes e a lidar com algumas misérias e lutas da humanidade, como socióloga, trabalhou anos nos assentamentos de sem terra, ensinando o povo a lidar com a tão sonhada conquista de ter um chão para chamar de seu. Desde muito pequena tive contato com os assentados, visitei favelas, vi crianças com a mesma idade, com fome, sem brinquedo e muitas vezes com um filho no colo, mas, nunca a vi julgando alguém, ao contrário, sempre estendia a mão. Talvez por isso, mesmo sofrendo com a realidade onde trabalho, consigo transformar esse sofrimento em luta e amor pelo que faço.

Como disse minha avó teve três filhos, 2 meninas e 1 menino. Não tenho muita afinidade com meu tio, mas minha tia, sem dúvida, é um dos meus amores; me ama como se fosse minha mãe. Uma mulher extremamente inteligente, que luta desde criança pela vida; teve inúmeras doenças, mas nunca desistiu de escrever uma história brilhante. Dela vem a paixão pelo estudo e o respeito à ciência. Socióloga, historiadora e educadora me apresentou o poder da imaginação, da história e das estórias.

Mesmo com tantas profissões e exemplos de vida sempre quis cuidar das pessoas, todas as minhas opções eram sempre na área da saúde, medicina, enfermagem, biomedicina e fonoaudiologia. Depois de um terrível período de incertezas e indecisões, optei por ser enfermeira, passando no vestibular na Faculdade de Medicina de Marília, considerado na região o mais difícil, pois é uma faculdade pública que só tem dois cursos, enfermagem e medicina, de período integral e com um método, naquela época, totalmente novo e desafiador, onde só ingressavam por ano 40 alunos de enfermagem e 80 de medicina.

Por ser uma faculdade de período integral, a maioria dos alunos era de uma classe econômica diferenciada, com pouquíssimos negros, um na medicina e duas na enfermagem. Confesso que sentia-me como em todas as escolas particulares em que estudei: uma gotinha de tinta. Mas agora não mais como uma folha totalmente em branco, pois já tinha história, identidade e certeza que merecia e queria estar ali.

O método Problem Based Learning (PBL), a postura e a sabedoria dos meus docentes contribuíram muito não só para formar a profissional que sou hoje, mas para construir a cidadã- enfermeira. Com PBL aprendemos a pensar a saúde de uma forma crítica, subjetiva, pois não existe nada pronto, somos obrigados a correr atrás das nossas inquietações e os docentes são nossos “gurus” nesse processo. Logo no primeiro ano vamos a campo, entramos na casa e na vida das pessoas, aprendemos que saúde não se faz só com grande sabedoria técnico- científica, mas com a troca, com respeito à vida e cultura do próximo. Afinal, que conhecimento técnico- científico tem um aluno do 1º ano de enfermagem? Nenhum, mas temos o conhecimento da nossa história, daquilo que acreditamos e do que buscamos, o que já era muito, porque era o começo.

Nessa caminhada tive duas grandes mestres Mara e Silvia, minhas docentes do primeiro ano; com elas aprendi acima de tudo a humildade que um enfermeiro deve ter, a humildade para entrar na vida das pessoas despida de arrogância que muitas vezes o saber acadêmico nos trás. Ver aquelas mulheres, com inúmeros títulos no currículo, pisar na lama, entrar em casebres, se curvar diante da cultura alheia, muitas vezes, assumindo que não sabiam como resolver problemas daquela realidade, foi extraordinário, pois me deram a oportunidade de ver o olhar de

respeito e confiança que as pessoas tinham por elas e de desejar receber esse olhar todos os dias.

Muitas vezes, o que via nessas comunidades carentes, era muito além do que eu podia compreender e o que eu tinha para oferecer era só uma prece, uma palavra de conforto, meu silêncio e minha mão para segurar forte.

A escolha da minha Residência em Saúde da Família e dos locais que optei em trabalhar depois de formada e esse estudo (Cidade Aracy e Gonzaga) tem muito a ver com essa história. Mesmo sem ter tido nenhuma disciplina específica sobre espiritualidade, aprendi a observar e respeitar qualquer coisa que fizesse parte da vida das pessoas e nesses nove anos em todas as casas que entrei para prestar alguma assistência, havia sempre um objeto que me remetia à espiritualidade: um terço, uma imagem de santo, um quadro do anjo da guarda, um livro sagrado, uma fonte de água corrente, um incenso, um quipá, um ramo de arruda, um vaso de pimenta, um pontinho de sal atrás da porta, um pedaço de linha vermelha na face do recém nascido, enfim, algo que representava a fé, a crença religiosa e espiritual. Em todas as situações difíceis que presencie como enfermeira, vi o paciente clamar por algo transcendental, assim como eu, em todas as situações difíceis que passei na minha vida profissional e pessoal, também clamei a algo que transcende o Universo e fui atendida.

Portanto, apresento aos leitores um trabalho de pesquisa acadêmica que resultou de investigação pautada nos princípios da Ciência, mas que também, é fruto de muitas histórias de vida.

“A razão verdadeira e a fé nunca poderão ser contraditórias porque ambas vem da mesma fonte de toda a verdade, o Ser Absoluto”

São Tomas de Aquino

INTRODUÇÃO

A medicina moderna, com um modelo hegemônico, reducionista, fragmentado, focado na doença e em intervenções curativas (ALVES, 2005), por vários anos, considerou que a população deveria ser educada. Os meandros da saúde e da doença seriam tão misteriosos, que somente o árduo e sistemático esforço científico conseguiria desvendar seus segredos. Os costumes populares, as crenças, a tradição terapêutica leiga, as noções de proteção à saúde do senso comum estariam contaminadas por superstições, preconceitos e erros grosseiros. Tratava-se de uma educação no estilo iluminista, em que o detentor do saber era aquele que tinha a verdade científica e que deveria esclarecer o vulgo sobre o cuidado de si e do outro (CAMPOS, 2011), colaborando para a destruição da sua autonomia.

Na década de 70, esse modelo desperta uma resistência e insatisfação na população, gerando a organização de movimentos sociais, que reuniram intelectuais de varias áreas e classes populares. Dentre os levantes que lutaram para romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre serviços de saúde e população, destaca-se o movimento de Educação Popular (sistematizado por Paulo Freire), e que se constituiu como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde insatisfeitos com serviços oficiais aderiram a esse processo e começaram a praticar serviços comunitários nas periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, aproximando-se das classes populares e dos movimentos sociais locais. Assim, tiveram a oportunidade de conviver com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações (VASCONCELOS, 2007).

Com essas experiências, e a conquista da democratização política e construção do Sistema Único de Saúde organizado em torno de três diretrizes (a saber: descentralização, atendimento integral e participação popular), os profissionais tiveram

que repensar a forma de ver a saúde, pois se depararam com um ser humano singular e ao mesmo tempo complexo, multidimensional; que apresenta necessidades além da dimensão fisiológica ou material; que, mais do que ser educado, necessita ser cuidado integralmente, respeitando os seus aspectos biopsicossocial e espiritual.

Em busca de resgatar si próprio e de romper com uma medicina convencional, que o “dividiu em partes”- esquecendo da sua espiritualidade, dos seus sentimentos, de suas criações e até mesmo do seu estar no mundo -, o ser humano se aproxima da medicina alternativa (como acupuntura, homeopatia, cromoterapia, fitoterapia, terapias corporais, massagens, relaxamentos, passes mediúnicos, florais). Estas e outras tantas práticas mostram que os aspectos psíquicos, físicos e espirituais são indissociáveis na busca do restabelecimento do seu equilíbrio (EL-KHATIB, 2008).

Sendo assim, fez-se necessário pensar na saúde sob a ótica do cuidado integral, o que significou incluir dimensões como espiritualidade.

“A consideração da dimensão espiritual permite que motivações subjetivas, profundas para o trabalho e para a luta pela saúde, possam ser elaboradas e ampliadas coletivamente através do diálogo. Traz para o cotidiano do trabalho em saúde emoções, sentimentos e disposições que fortalecem o vínculo entre as pessoas, entre as comunidades e destas com o planeta, promovendo a solidariedade local e a integração da luta pela vida com a dinâmica ecológica. Permite também que a elaboração, não claramente consciente das pessoas em sofrimento desencadeado pelos problemas de saúde, possa ser trazida para ações educativas e para a construção de novas práticas de saúde. Contribui assim, para aprofundamento da integralidade em saúde por permitir que projetos pessoais e coletivos sejam considerados na estruturação do cuidado.” (BRASIL, 2012, p.11)

Para muitos profissionais, a espiritualidade é algo difícil de ser definido, conceituado. Dantas (2011) entende espiritualidade como a capacidade de transcender, de unir, ligar, religar e integrar os seres humanos entre si e com o mundo; a cordialidade e a convivialidade, estreitando as relações; a compaixão como capacidade de compartilhar a paixão com o outro, de sair do seu próprio círculo e entrar no universo do outro em sinergia.

Segundo Koenig (2001) apud Peres (2007) a espiritualidade é uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida, um relacionamento com o sagrado ou com o transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. Já a religiosidade é entendida como uma extensão do que o

indivíduo acredita, segue e pratica em uma religião organizada ou não; diz respeito ao nível de envolvimento religioso e ao reflexo de sua influência nos hábitos e no cotidiano da vida das pessoas (STOPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008; KOENING apud LUCCHETTI, 2010).

Para Moggi e Burkhard (2004), a espiritualidade se caracteriza por possuir elementos comuns a todas as religiões existentes, tais como: o amor, o respeito à vida, à fé, o livre arbítrio, a fraternidade, a esperança, a ética, a bondade, a igualdade e a liberdade. E as seis práticas para aprimorar a visão espiritual são: o controle dos pensamentos, o domínio da vontade, a serenidade, a positividade, a receptividade imparcial e, por fim, o equilíbrio.

Uma pessoa com espiritualidade, isto é, espiritualizada, pode ser definida como aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum “poder” considerado superior. Mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada (WORTHINGTON, 1996)

A espiritualidade e a religiosidade podem estar relacionadas, porém, não são sinônimos - a espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião, uma vez que é apenas uma expressão da espiritualidade. A religião envolve um sistema de culto e doutrina, que é compartilhada por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais e doutrinárias, além de valores específicos. Por outro lado, a espiritualidade está relacionada com a percepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou inteiramente entendido. A espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (SAAD; BATISTELLA; MASIERO, 2001).

Seguindo o mesmo raciocínio (de que a espiritualidade é capaz de ajudar o homem a suportar sofrimentos cotidianos), Vasconcelos (2004) descreve a espiritualidade como uma força capaz de auxiliar o indivíduo, a família e a comunidade, a melhor superar as dificuldades da vida (bem como as doenças que vivenciam), proporcionando um melhor enfrentamento da realidade cotidiana.

Ao conceito de espiritualidade, as autoras Martsoff e Mickleley (1998) relacionam cinco atributos conceituais mais comuns: sentido (significado ontológico da

vida); valores (crença e padrões que são estimados, tais como verdade, beleza e valor de pensamento); transcendência (experiência e apreciação de uma dimensão que vai além do si); conexão (relacionamento consigo, com o outro, com Deus/Força Maior e envolvimento); e vir a ser (desdobramento da vida que demanda reflexão e experiência e requer um juízo de auto-conhecimento).

Hansen (1993) define espiritualidade como uma força unificadora, que não tem como propósito aumentar a vida de uma pessoa, mas facilitar seu desenvolvimento, dar uma orientação à realidade de sua vida diária e um significado para sua existência, independente de sua profissão religiosa.

Brunner e Suddart (2002) destacam que espiritualidade está relacionada à busca pela verdade sobre si mesmo, sobre o mundo, a conceitos como amor, compaixão, sabedoria, honestidade, compromisso, imaginação, reverência e moralidade - que o ser, que a vivência, desenvolve. Engloba questões sobre o significado, a esperança, o relacionamento com Deus, a aceitação ou o perdão e a transcendência.

Para realizar o cuidado integral, abordando as dimensões biopsicossocial e espiritual, fez-se necessário pensar em Políticas e programas de assistência a saúde que conseguissem ir além da doença, que interagissem com a vida das pessoas, que visassem atender não só o indivíduo, mas a sua família e comunidade. Políticas e programas que entenderiam o ser humano como um ser social, passível de sofrer influencia e contribuir para o meio que vive (JUNGES et al., 2011).

Sendo assim, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com a missão de priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes. O preceito do programa é agir de forma integral e continua, com o objetivo de organizar a prática assistencial e a substituição do modelo tradicional de assistência – que é centrado na figura médica e hospitalar e orientado para a cura de doenças (BRASIL, 2000).

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização, 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e 2012 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, todas com o objetivo

comum de fortalecer o SUS, as trocas de saberes, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, a autonomia e corresponsabilidade, além de fomentar a compreensão do cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura, construídas na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundamentais para a vida (BRASIL, 2004, 2006, 2012).

No Programa da Saúde da Família e nas Políticas Nacionais citadas, a família é vista como um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros compartilharam do mesmo contexto social, das mesmas experiências. A família é um lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado sobre o que é se unir ou se separar, sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade (FERNANDES; CURRA, 2006).

Segundo o antropólogo Luis Fernando Duarte, o conceito de família varia dependendo da categoria social. Para pessoas das classes mais elevadas, prevalece a família como linhagem (pessoas orgulhosas de seu patrimônio), que mantêm entre seus membros um espírito corporativista. Nas classes médias, abraça-se em espírito e em prática a família nuclear, identificada com a modernidade. Já para as classes populares, o conceito de família está ancorado nas atividades domésticas do dia-a-dia e nas redes de ajuda mútua (BRASIL, 2012).

A partir do século XVIII, com o capitalismo, a população passa a ser considerada como uma questão econômica e política, através de indicadores como: população/riqueza; população/força de trabalho; população em equilíbrio entre crescimento e as fontes de que dispõe para sustentar tal crescimento. A relação entre Estado e indivíduos passa a ser de produção e exploração da força de trabalho, permitindo um novo meio de controle, chamado de tecnologia do corpo social (FOUCAULT, 2004). No Brasil, isso fica evidente no movimento Higienista, marcado pela auto-culpabilização, um controle tirânico sobre si e sobre os próprios pensamentos, despertando reações de intolerância às menores falhas morais, fossem elas reais ou imaginárias (COSTA, 1999 apud BRASIL, 2012). Diante desse cenário, a família nuclear burguesa passou a ser idealizada, o seu poder é legitimado e ela se

torna uma das grandes responsáveis por esse controle; o desejo mais correto deve ser o do pai, o interesse mais justo deve ser o da manutenção do matrimônio.

Hoje, além dessa família nuclear burguesa dita convencional, nos deparamos com outros tipos de família, com novos papéis. Temos a família nuclear de duas gerações, unidas pelo matrimônio e com filhos biológicos; famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; famílias adotivas temporárias; famílias adotivas birraciais ou multiculturais; casais que moram separados; famílias monoparentais (chefiadas por pai ou mãe); casais homossexuais (com ou sem crianças); família resultantes de divórcios anteriores (com ou sem filhos do casamento anterior); e várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso de cuidado mútuo (BRASIL, 2013).

O cuidado faz parte da existência humana desde o nascimento à sua finitude, constituindo uma necessidade primordial do homem no processo de ser e de viver. Boff (2008) compreende o cuidado como solicitude, desvelo, zelo, diligência, atenção que se concretiza no contexto da vida em sociedade. Sob o ponto de vista existencial, o cuidado é prioridade, representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade, de ocupação e de envolvimento afetivo com o outro.

Na etimologia latina, o cuidado significa *coero* (traduzido como cura), e deriva também de *cogitatus*, que significa cogitar, pensar, mostrar interesse, atitude de cuidado.

Para Souza et al. (2005), cuidar implica em colocar-se no lugar do outro (empatia).

Janice M. Morse (1991) apud Bison (2003), propõe cinco categorias para definir cuidado: (1) cuidar como uma característica humana, comum e inerente a todos os indivíduos, necessário para a sobrevivência e perpetuação da espécie; (2) cuidar como imperativo moral ou ideal, o ato de cuidar é visto como virtude moral; (3) cuidar como afeto, envolve compaixão e empatia para com o outro; (4) cuidar como relação interpessoal, com confiança, respeito, diálogo e co-responsabilidade; e, por último (5) cuidar como ação terapêutica.

Segundo a Fábula de Higino (O mito do cuidado), este é o responsável pelo homem: “como foi cuidado quem primeiro imaginou o homem, que fique com ele enquanto viver” (HEIDEGGER, 2011).

Da compreensão do ser humano composto por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, protagonista e co-responsável pelo seu cuidado, surge a concepção do cuidado de si.

Para Foucault, o cuidado é substituído pelo cuidado de si, o qual é oriundo do conhecimento socrático-platônico, entendido pelo autor como a **arte da existência**, ocupar-se de si mesmo, derivando em imperativos sociais e elaboração de saberes coletivos. (SILVA et al, 2009)

Segundo Silva et al. (2009), o cuidado de si está centrado no paradigma da simultaneidade - que compreende um ser humano composto por aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. O ser humano é visto como um agente aberto, muito mais do que a somatória de suas partes, pois se transforma por meio de sua interação como o meio ambiente. No paradigma da simultaneidade, o indivíduo não é uma construção lacrada, mas sim, um ser que interage com meio e se transforma.

Cuidar de si exige liberdade de escolha, uma consciência de ser livre e responsável pelos seus atos, pela sua alma, seus pensamentos, seu corpo, sua conduta e seus desejos. Deve-se ser capaz de transformar-se a si mesmo com o propósito alcançar felicidade, sabedoria, pureza e imortalidade (SANTOS e RADUNZ, 2010).

Para realizar o cuidado de si, é preciso ocuparmo-nos de nós, cuidarmos de nós e dos nossos, não sermos escravos dos outros, dos que nos governam, de nós próprios, é recuperar os nossos valores, crenças e fé.

O cuidado (cura) sempre esteve relacionado aos nossos valores, crenças, fé, ao que transcende - ou seja, a espiritualidade, algo místico e sagrado. Desde a Grécia antiga, o homem recorre aos deuses para cuidar da sua saúde, com a esperança de ser curado das suas enfermidades pela intercessão divina.

No Brasil não só o cuidado, como a vida das pessoas sempre esteve ligada à espiritualidade e à religião. Segundo o antropólogo Roberto da Matta (1991),

ser brasileiro significa acreditar e ter relações íntimas e pessoais com Deus e com o Diabo, com santos e orixás. Significa colocar nossas esperanças no “outro mundo” quanto há adversidade no cotidiano e, ao mesmo tempo, buscar explicações para os infortúnios no sagrado ou no transcendente.

Ser brasileiro significa, ainda ser fiel aos amigos, admitir que há sempre um “jeitinho”, alimentar os mitos de democracia racial e da não violência, pois ainda vivemos numa sociedade cega para a nossa realidade hierarquizada. Somos um povo que consegue unir missa com show, leis com “jeitinhos”, riqueza com miséria, céu com inferno e, até mesmo, Deus com o Diabo (MATTA, 1991).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a maioria dos brasileiros se declararam católicos, no entanto, no Brasil, há uma diversidade de seitas e credos religiosos.

Nesses nove anos como enfermeira da Estratégia da Saúde da Família, apesar de toda a minha formação técnico-científica, percebo a importância da espiritualidade na autonomia do cuidado de si das famílias. Crer em algo que lhe transcende é um dos principais suportes para combater a doença. A espiritualidade constitui o guia para preservação da vida e para dirigir a própria condição de saúde a uma boa direção.

Cuidar da saúde da família envolve problemas complexos, de múltiplas dimensões, e o conhecimento científico da biomedicina tem respostas apenas para alguns aspectos. Desse modo, “a razão não é suficiente para lidar com toda essa complexidade, exigindo também, a intuição, a emoção, e a acuidade de percepção sensível” (VASCONCELOS, 2006, p. 55)

Nas casas que entrei para prestar alguma assistência, nesses nove anos, todas tinham algum objeto que me remetia à espiritualidade - um terço, uma imagem de um santo, um quadro do anjo da guarda, um livro sagrado, uma fonte de água corrente, uma incenso, um quipá, um ramo de arruda, um vaso de pimenta, um potinho de sal atrás da porta, um pedaço de linha vermelha na face do recém nascido, enfim -, algo que representava a crença num poder superior, que vai além do indivíduo.

Pesquisas na área de psicologia, educação, sociologia e saúde têm estudado a influência da espiritualidade na vida das pessoas (PAULA et al., 2009), mas poucos artigos estudam a influência da espiritualidade da família no cuidado de si. A enfermagem é a profissão que mais se dedica a esse estudo, e a que mais se aproxima de uma assistência espiritual, mas talvez, pela própria história, ela ainda apresente dificuldades para consolidar essa prática. Em um estudo realizado com docentes de enfermagem acerca da espiritualidade e a assistência espiritual no ensino de graduação, conclui-se que ainda há dúvidas na Enfermagem sobre o que é espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual e que isso provoca uma postura reservada e insegura perante esse tema (SALGADO; ROCHA; CONTI, 2007).

O trabalho em saúde foi historicamente construído sob a hegemonia do conhecimento técnico-acadêmico, desvalorizando qualquer saber que esteja fora dos muros das universidades. Assim, ignora-se o chamado “saber da experiência feita”, (o saber popular) e, se considerarmos que a autonomia está intimamente ligada ao saber, na medicina moderna seria impossível considerar o sujeito que não tem o conhecimento acadêmico como autônomo, protagonista e co-responsável pelo seu cuidado.

Há evidências de que pessoas com espiritualidade tendem a adoecer menos, a ter hábitos mais saudáveis e, quando adoecem, apresentam menos complicações e quadros depressivos, além de recuperem mais rapidamente (SAAD; MEDEIROS, 2008).

Por isso, na busca por uma assistência mais humana, ética e integral surge a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a temática espiritualidade e família quando se trata do cuidado de si.

OBJETIVO

Este trabalho teve como principal objetivo:

- Identificar se há influência da espiritualidade na família para realizar o cuidado de si e, caso seja identificado, como ela ocorre.

JUSTIFICATIVA

Por se tratar de um tema com poucas referências na área da saúde, este estudo pode contribuir para realização de novas pesquisas e até mesmo para a mudança de comportamento de profissionais de saúde que tratam a espiritualidade como algo pouco relevante para o cuidado.

É como se o avanço técnico-científico da Medicina moderna não considerasse a influência da religião e da espiritualidade na história de várias profissões da área da saúde e da vida das pessoas. Como se a ciência e a religião não pudessem andar juntas.

Após a sua experiência de quase morte, Machado (2002) coloca a espiritualidade como uma dimensão essencial do ser humano, e adverte que não faz sentido alguém se prestar a cuidar de pessoas sem que ela mesma tenha despertado para a espiritualidade. Salgado et al.(2007) compartilha do mesmo pensamento, além de afirmar que para se ter uma visão integral do homem, é preciso admitir a existência da alma ou do espírito e o poder de comando que este exerce sobre o organismo.

Assim, este estudo também poderá contribuir para despertar no profissional de saúde a busca pela história da sua profissão e novas reflexões sobre o seu cotidiano ao desenvolver suas atividades. Em que momento o novo se sobrepõe ao velho, ignorando a importância da prece, da fé, da espiritualidade e da religião? O cuidado deixou de ser parte da essência humana para ser apenas ciência?

PERCURSO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, por abordar um assunto que não teria como se quantificar, devido à sua especificidade.

“Estudo da história, das relações das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem (...) sentem e pensam (MINAYO, 2006, p.57)

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido com famílias pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim Gonzaga, no bairro Jardim Gonzaga, situada na periferia do Município de São Carlos.

São Carlos localiza-se na região central do Estado de São Paulo, distante 230 Km da capital. Possui 219.312 habitantes (IBGE, 2010), e uma das maiores rendas *per capita* do Brasil. Na economia da cidade prevalece o setor industrial e de serviços, além da produção agropecuária. A implantação de Universidade de São Paulo (USP) na década de 50, e da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) na década de 60, aliada ao surgimento de inúmeras empresas, fizeram com que São Carlos se tornasse um pólo tecnológico e fosse conhecida como Capital da Tecnologia (CAMPOS et al., 2003).

Apesar de tais títulos, São Carlos também possui bolsões de pobreza, entre eles, o Jardim Gonzaga, área fronteiriça do perímetro urbano da cidade e detentor de altos índices de vulnerabilidade social (pobreza, violência, desemprego, drogas lícitas e ilícitas e baixa escolaridade). O bairro começou a ser ocupado em 1977, e possui esse nome em decorrência de um dos primeiros moradores, ser conhecido como “Seu Gonzaga” (GONÇALVES JUNIOR; SANTOS, 2006).

O Jardim Gonzaga se caracterizava por ter uma ocupação irregular - tanto no que se refere às dimensões e à ocupação dos lotes, como quanto ao caráter de ilegalidade de algumas construções, uma vez que estas se localizavam próximas de uma grande área onde havia risco de desabamento de parte das moradias. Tal local também é um espaço de preservação ambiental, conhecido pelos moradores como “buracão” (Bacia Hidrográfica do Córrego da Água Quente). Além disso, verificava-se a falta de serviços urbanos essenciais, principalmente na área da saúde e lazer.

Nos anos de 2001 a 2006, o bairro passou por uma grande transformação através do “Projeto de Urbanização Integrado-Gonzaga e Monte Carlo” (SÃO CARLOS, 2002), que se tornou possível graças a um financiamento viabilizado pela Prefeitura Municipal de São Carlos junto ao “Programa Habitar Brasil do Banco Interamericano de Desenvolvimento (HBB-BID), cujo objetivo principal é o de revitalizar áreas degradadas econômica e socialmente, como era o caso do Jardim Gonzaga. Foram realizadas obras de infra-estrutura (drenagem, rede de água e esgoto, pavimentação, iluminação e contenção de encostas), as de reestruturação das casas e legalização daquelas em que os moradores já habitavam há mais de cinco anos (portanto, com direito de usucapião), a edificação de dois Conjuntos Habitacionais e da Estação Comunitária (ECO)- em que há uma quadra poliesportiva coberta, um mini-campo de futebol, uma área de recreação infantil, uma sala multiuso, uma área de convivência e uma Unidade de Saúde da Família-USF (SANTOS et al., 2007) – local onde trabalho como enfermeira de saúde da família desde janeiro de 2013.

Em estudo realizado pela Universidade Federal de São Carlos nos anos de 2010 e 2011 para mapeamento e catalogação de práticas de educação popular e saúde no bairro Jardim Gonzaga, a espiritualidade aparece em destaque nas citações dos entrevistados; a prática popular mais citada foi participação na Igreja Católica, seguida da Igreja Pentecostal ou Neopentecostal, com destaque para a Igreja Assembléia de Deus, depois a procura de farmácia/farmacêuticos, benzimento, Centro Espírita, terreiros (umbanda e candomblé), erveiro, catolicismo popular, yoga, parteira, massagem, acupuntura, homeopatia, raizeiro, Lian-Gong e locutor da rádio que ensina chá (BRASIL, 2011).

Sujeitos da Pesquisa

Participaram deste estudo famílias que se destacam por apresentarem autonomia no cuidado de si diante de problemas de saúde. Essas famílias foram identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da USF Jardim Gonzaga; esses profissionais trabalham no domicílio/moradia, local onde a família tende a assumir (de forma mais preeminente) a sua identidade, suas próprias leis, regras de funcionamento, exercício de seu poder de autonomia ¹.

Foram realizados dois encontros com esses Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para discussão sobre autonomia e identificação das famílias. No primeiro encontro, que ocorreu em maio de 2013, discutimos sobre o conceito que os ACS tinham de autonomia; eles a definiram como a capacidade do sujeito de cuidar de si, de ser independente. Nesse encontro, identificaram-se 11 famílias que os agentes consideravam autônomas.

No segundo encontro, que ocorreu no início de julho de 2013, discutimos o texto *Co-construção de autonomia: sujeito em questão* de Gastão e Rosana Campos (2006) e os ACS identificaram mais 9 famílias que consideraram (apesar de algumas dependências), conseguir interferir e até mesmo modificar a sua rede, agindo diretamente sobre si mesmos e sobre o contexto em que estão inseridos.

¹ Gastão e Rosana (2006) trazem o conceito de autonomia não como algo absoluto, mas como um processo dinâmico, em que se perde e se ganha sempre gradativamente, dependendo do momento de cada sujeito e dos padrões sociais e históricos estabelecidos. Os autores definem autonomia não como algo contrário de dependência, ou com liberdade absoluta, mas como a capacidade do sujeito de lidar e interferir sobre a sua rede de dependência. Autônomo é um sujeito de reflexão e de ação.

Coleta de dados

Após a identificação das 20 famílias, agendei, pessoalmente ou via telefone, as entrevistas semi-estruturadas com o indivíduo que a família denominou como cuidador.

A coleta ocorreu no período de julho a setembro de 2013, principalmente no final de tarde ou nos finais de semanas. Fui recebida em todas as casas com um carinho especial, provavelmente pelo vínculo que tenho com essas famílias e pelo prazer que elas demonstraram em falar sobre o seu cuidado e da sua espiritualidade.

No início de cada entrevista, apresentei os objetivos do estudo, expliquei que a identidade e as informações fornecidas na entrevista seriam mantidas em sigilo (respeitando-se a Resolução 466/2012), esclareci possíveis dúvidas sobre a sua participação e em seguida pedi a leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO).

As entrevistas com os cuidadores tiveram 4 questões norteadoras:

- Você se considera a cuidadora da sua família?
- Como se dá o cuidado?
- De onde vem a sua força para o cuidado?
- Relate um momento em que a sua fé foi importante para o cuidado?

A coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar.

Essas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para evitar a identificação dos sujeitos da pesquisa, todos foram chamados pela letra “S”, seguido de um número para diferenciação. As informações serão preservadas no período de cinco anos e, posteriormente, destruídas.

Fizeram parte do estudo todos os cuidadores das famílias identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da USF Jardim Gonzaga com autonomia em relação ao cuidado de si diante dos problemas de saúde, que já haviam sido cadastradas e acompanhadas pela Equipe da USF.

Não foi excluída nenhuma família, pois todas as famílias identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da USF Jardim Gonzaga estavam de acordo com os critérios de inclusão.

Análise dos dados

As informações obtidas pelas entrevistas foram analisadas através de análise temática.

A Análise Temática consiste em desvendar os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja presença seja significativa de algum modo para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2006).

As etapas metodológicas seguidas foram: a transcrição de todas as entrevistas; a leitura inicial exaustiva do material, na busca por uma visão de conjunto; a identificação de particularidades do conjunto; a elaboração de pressupostos iniciais para balizar uma posterior análise e interpretação; a escolha de formas de classificação inicial e a determinação dos conceitos teóricos que orientaram a análise. Em uma segunda etapa, procedeu-se à análise do material por meio de: uma distribuição de frases de cada entrevista; uma leitura dialogando com as partes dos textos da análise; a identificação dos sentidos apontados em partes das entrevistas, segundo cada classe de classificação; um diálogo entre os temas pressupostos e outros acrescentados ao longo da análise; um exame sobre os diferentes núcleos de sentido buscando temáticas mais amplas; um reagrupamento das partes das entrevistas por temas encontrados; elaboração de uma redação por tema, que interligasse os sentidos das entrevistas e articulando-os com os conceitos que orientaram a análise.

Na etapa final, por meio de uma redação, elaborou-se um diálogo dos temas com os objetivos e com as questões propostas.

Para o presente estudo e análise foi realizada, uma revisão bibliográfica de livros, artigos científicos, dissertações e teses disponibilizados no *Scientific Eletronic Libraly Online* (SCIELO), BIREME, Biblioteca Virtual em Espiritualidade e Saúde (BVES), SAUESP- Produção Científica em Saúde e Espiritualidade, publicados no

período de 2000 a 2012. Para a busca, foram utilizados as seguintes palavras-chave em ciências e saúde (DEC's): “espiritualidade”, “autonomia”, “família”, “cuidado”.

Foram consideradas todas as publicações em língua portuguesa, com resumo publicado na íntegra.

Em busca inicial, com o cruzamento dos descritores “espiritualidade”, “autonomia”, “família” e “cuidado”, foram encontrados somente 4 publicações, ao usar “espiritualidade” e “autonomia” permaneceu-se com o mesmo número, ao juntar “espiritualidade”, “família” e cuidado, foram identificados 22 publicações; e por fim, ao realizar a pesquisa com “espiritualidade” e “cuidado”, chegamos a 98 publicações. Assim, estas foram selecionadas segundo a sua pertinência com o objetivo de compreender se há influência da espiritualidade da família no cuidado de si. Após a triagem, permaneceram 20 publicações, que foram utilizados como referências no presente estudo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização do sujeito

Dos 20 cuidadores que participaram da pesquisa, 20 eram do sexo feminino. A média etária foi de 47 anos, sendo a idade de 22 anos a menor, e a 76 anos a maior. Quanto ao estado civil, 12 das participantes são casadas, 3 referiram-se a si como amasiadas, 2 viúvas, 2 separadas e 1 solteira. Quanto a escolaridade, 8 concluíram o ensino médio, 3 concluíram o ensino fundamental, 7 tem o ensino fundamental incompleto e 2 são analfabetas.

Em relação à religião, a maioria (15) relatou adotar o catolicismo, 3 se denominaram ser evangélicas, 1 relata não ser nem católica e nem evangélica e 1 disse não ser nem católica e nem evangélica, não ter religião.

Quando questionadas sobre a ocupação, 11 referiram ser do lar, 7 trabalham sem carteira assinada (sendo 2 diaristas, 1 manicure, 1 ajudante cozinheira, 1 dona de bar , 1 pequena empresária e 1 lavadeira); 2 são aposentadas.

Quadro 1: Distribuição das características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, São Carlos, 2013

| Nº | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Religião | Naturalidade | Ocupação |
|-----|-------|--------------|-------------------------------|---|---------------------------|---|
| S1 | 26 | solteira | Ensino médio | católica | São Carlos | Cuido da casa, meu irmão e um monte de criança |
| S2 | 49 | Casada | Ensino médio | evangélica | Ibaté | Não trabalho |
| S3 | 33 | Amasiada | Ensino fundamental | Não sou católica, nem evangélica, não tenho. | São Carlos | Do lar |
| S4 | 44 | Casada | Ensino Fundamental incompleto | evangélica | São Carlos | Do lar |
| S5 | 42 | Casada | Ensino médio | católica | Paraná | Faz bico 2x na semana ajudante de cozinha |
| S6 | 48 | Viúva 2 x | Ensino Fundamental incompleto | católica | Monte Belo | Não, cuida da filha |
| S7 | 40 | Amasiada | analfabeta | Não sou evangélica, nem católica, mas gosto de ir na Igreja | Frutal | Trabalha só em casa |
| S8 | 76 | Viúva | Ensino Fundamental incompleto | católica | São Paulo | Aposentada por invalidez |
| S9 | 31 | Casada | Ensino médio | católica | Bahia | Do lar |
| S10 | 49 | Casada | Ensino médio | Católica desde quando me entendo por gente | Itaberaba | Diarista |
| S11 | 69 | Casada | Ensino Fundamental incompleto | católica | Mirassolândia | Em casa, antes trabalhou na roça |
| S12 | 59 | Casada | Ensino médio | evangélica | Paraná | Do lar |
| S13 | 47 | Casada | analfabeta | católica | Itaberaba | Diarista |
| S14 | 49 | Casada | Ensino médio | católica | Paraná | Pequena Empresária |
| S15 | 48 | Casada | Ensino Fundamental incompleto | católica | Paraná | Dona de Casa |
| S16 | 35 | Casada | Ensino médio | católica | Piabirú | Manicure |
| S17 | 46 | Casada | Ensino Fundamental incompleto | católica | Minas | Do lar |
| S18 | 22 | Amasiada | Ensino fundamental | católica | São Carlos | Tem um bar com marido |
| S19 | 66 | Desquitada | Ensino fundamental | católica | Alagoas | Aposentada, já trabalhou com costura |
| S20 | 61 | Separada | Ensino Fundamental incompleto | Católica | Minas Gerais (Carbonita) | Dona de casa, e também autônoma, faço parte da cooperativa de sabão, na divulgação e lava roupa pra um restaurante. |

O que os dados revelaram

Os dados coletados deram origem e foram analisados segundo as seguintes categorias:

1. A mulher como a principal cuidadora da família;
2. A espiritualidade como força que ajuda o indivíduo no cuidado;
3. A influência da espiritualidade nas decisões e superação das dificuldades da vida.

1. A mulher como a principal cuidadora da família

Das 20 famílias que foram identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Jardim Gonzaga, todas apontaram a mulher como a principal cuidadora da família e todas as entrevistadas se consideram responsáveis por esse cuidado.

“Ah eu me considero, porque eu me esforço bastante, eu creio que eles não tem do que reclamar.” (S4)

“Eu acho que sim, né? Eu cuido dos meus filhos, cuidei do meu sogro quando ele estava doente até o final da vida dele, eu que ficava com ele, porque era a única companhia que ele tinha. Cuido também, tem um senhorzinho,(...) .” (S5)

“Pros meus filhos, pra minha família eu sou de unha e dente. Eu bato em qualquer um por causa da família, principalmente.” (S6)

“Ah, assim, sabe? Eu me considero assim, uma cuidadora, eu gosto de cuidar das pessoas, eu faço o que eu posso, tanto pela minha família como pelas pessoas do bairro. Precisou de mim, eu tô indo. Eu ajudo, se precisar de mim, eu ajudo qualquer pessoa.” (S7)

“Ah, eu acho que sim, porque meu marido já vai fazer, que vê? Já vai fazer quase 8 anos que ele sofreu um AVC e ele não fala direito, ele não anda direito, então, esse tempo tudo, eu tô cuidando dele.” (S11)

O fato de todos os cuidadores serem do sexo feminino nos chama a atenção. Embora a família, como instituição social, tenha se modificado nos últimos séculos (BRASIL, 2013), o modelo de família nuclear burguesa é, ainda hoje, a considerada a mais comum e a mais dominante em nossa sociedade. Ainda temos

muito forte a distinção de papéis entre o homem/provedor e a mulher/cuidadora. Este é o modo como os sentimentos e habilidades individuais são transformados em atributos naturais de homens ou de mulheres: as mulheres, talhadas para cuidar e os homens, para prover (BADINTER, 1985; LOURO, 1996).

Louro (1996) mostra que o cuidado foi atribuído à mulher, este se tornou mais que uma identidade aprendida, foi um papel instituído e constituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, organização da sociedade, discursos e doutrinas.

Badinter (1985) revela que, nos séculos XVII e XVIII, o conceito de amor de mãe era outro entre as mulheres burguesas; os filhos, ainda recém nascidos, eram entregues às amas-de-leite para que fossem alimentados e cuidados, e só voltavam para casa dos pais após os cinco anos de vida. Nessa época ser ama-de-leite era um negócio, dependendo da criança, bem lucrativo; a ama dos lactentes reais era escolhida com a ajuda do médico da família e tinha que satisfazer algumas exigências, como ser alegre, bem-disposta, viva, bonita, sóbria, mansa e sem nenhuma paixão violenta. Já para as famílias menos ricas recorriam aos serviços de um intermediário qualquer, deixando as crianças, muitas vezes, com amas totalmente desconhecidas, que se submetiam a esse serviço simplesmente por dinheiro. Muitas amas-de-leite deixavam de amamentar seus próprios filhos para garantir o sustento da família.

Somente no último terço do século XVIII, a sociedade passa a se preocupar mais com a criança e inicia-se uma espécie de revolução da mentalidade feminina: surgem inúmeras publicações que recomendavam às mães cuidar pessoalmente de seus filhos e da família, engendrando o mito de instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelos seus filhos. Realça-se, ainda, que a associação entre “amor” e “materno” significa não só a promoção do sentimento, como também a promoção da mulher enquanto mãe.

Embora a sociedade tenha atribuído o papel de cuidadora às mulheres, muitas vezes elas foram sacrificadas, por serem consideradas perigosas e malditas, pela naturalidade e a intimidade com que a tratavam a doença, a cura, o nascimento e a morte. Eram chamadas de curandeiras, bruxas, feiticeiras, eram duplamente acusadas e condenadas por serem mulheres e por possuírem um saber que escapava ao controle da medicina e da Igreja (DEL PRIORE, 2000).

A imagem do feminino sempre esteve relacionada com o místico; a figura da mulher sempre oscilou entre o sagrado e profano. De um lado, temos a figura da “Virgem Maria”, desconectada dos prazeres sexuais que levam ao mal, protetora e atenciosa para com os filhos, reclusa no lar e livre das influências mundanas que possam te levar à perdição. De outro lado, temos Eva, uma mulher perdida, sedutora, curiosa, consumida pela sexualidade e demais vontades malélicas que podem destruir uma sociedade (BRANDEN, 1992).

Hoje as mulheres não são mais queimadas pela inquisição, mas ainda são sacrificadas, assumindo inúmeros papéis que são determinados pelo meio sócio-histórico-cultural. Nem todas as participantes escolheram ser esposa, cuidadora, mãe, trabalhadora, mas criaram mecanismos para desenvolver condições de sobrevivência.

“Ah, eu me tornei cuidadora, porque meu irmão sofreu um acidente e não tem quem cuida dele mesmo, e eu cuido porque eu gosto dele, eu gosto de cuidar dele e eu acho que vem de mim também, porque não é só dele que eu cuido.” (S1)

“Sim, com certeza. É um cargo muito complicado, porque você tem que pegar marido, filho, neto, tudo, parente de marido, porque agora eu abandonei um pouco, porque eu também não agüento, não sou de ferro. Mãe, irmã, sobrinho, fica tudo sobre você, sobre a sua cabeça. (...) minha irmã não sabe pegar minha mãe e levar no médico em Ribeirão Preto, aí me liga pra mim e eu tenho que sair daqui correndo pra levar, meu marido não sabe fazer nada, nem comprar uma cueca se eu não tiver perto pra comprar, se vai fazer uma compra, compra tudo errado; eu tenho que estar em cima da saúde dele, a minha filha que mora do lado aqui, tudo é comigo, meus netos acontece alguma coisa liga pra mim. Então você fica meia acarretada, então por isso, você tem que aprender a se cuidar um pouco, porque é dez pessoas precisando de uma só. E não pode parar de jeito nenhum.” (S10)

“Ai! Pior que sim, ôi, tudo que acontece tem que ser eu mesmo, porque senão não sai, né? Eu sai daqui, fui pro Paraná, cuidei da minha sogra um mês dentro do hospital. Só eu! Ai, pois ela morreu, a gente veio embora, daí de dois anos a minha cunhada acidentou, que meu irmão faleceu, meu sobrinho, daí ela ficou acamada um ano, eu ficava cuidando dela, porque ela usava sonda, ela arrancava, porque ela era muito nervosa, aí ela arrancava e eu tinha que ficar sentada ali olhando nela, aí à noite eu chegava em casa e ia lavar as roupas dela. Aí essa vida sabe? Dois anos foi essa vida. Agora não, graças a Deus, ela está andando, está tudo..., mas dois anos foi difícil pra nós.

Agora meu sogro fica doente e fica ligando: “Ah você não vai vir pra cá?”. Eu fui esses dias, ficamos lá 7 dias, aí ele ficou internado, tudo, a gente cuidando dele, aí ele melhorou e a gente veio embora. Aí meu sobrinho fica só ligando; “Tia você não vai vir pra cá?” Eu falei: “Agora não.” (S17)

Quanto ao cuidado prestado à família percebe-se que, pelos relatos, quando as mulheres se referem a ele, em geral, esse cuidado extrapola “o domicílio”

e que a família, para essas cuidadoras, são todas as pessoas com quem elas tem uma relação de afeto mútua e duradora.

“Cuido do marido e do filho que não é meu...” (S2)

“Cuido da família e de quem precisa.” (S3)

“Cuido filhos, sogro, de parentes, pessoas de idade, de crianças especiais, tenho uma sobrinha especial.” (S5)

“Cuido do marido, filho, neto, parente do marido, mãe, irmã e sobrinho” (S10)

“Cuido da família e pessoas do bairro.” (S7)

Segundo BRASIL (2012), muitos moradores de bairros pobres pensam na família não em termos de “casa”, mas sim em termos de comunidade.

O bairro do Gonzaga surgiu de uma ocupação coletiva de terrenos, por famílias inteiras, que trouxeram seus filhos, parentes, agregados e amigos, com várias histórias de vida, expectativas e sonhos. O bairro tem como marca a circulação de pessoas e processos comunitários de cuidado. Nesses casos, é difícil definir exatamente quais são os limites da própria casa e da família.

Nessas comunidades, os vizinhos não são simples desconhecidos, muitas vezes, são filhos e parentes, ou alguém com uma história de vida muito parecida; pessoas que lutam pelos mesmos direitos, que sofrem os mesmos preconceitos e são marcados pela mesma miséria. Sendo assim, o cuidado mútuo em bairros como o Gonzaga é uma força de proteção, de sobrevivência.

Apesar da maioria das participantes terem companheiros, em nenhum relato o homem aparece como um parceiro no cuidado, pelo contrário eles são tratados como mais um membro da família a ser cuidado. Segundo Wegner e Pedro (2010), alguns estudos têm apontado a necessidade de inclusão do homem nos cuidados com os filhos, como por exemplo, deve-se repensar as identidades de gênero, o envolvimento do pai no cuidado da criança doente, a inserção do homem/pai nos cuidados com recém-nascidos, entre outros. Mas o que vemos hoje ainda são maridos assistidos pelas mulheres, da mesma forma como fazem com os seus filhos ou demais membros da família. Cabe às mulheres agendar consultas, levá-los ao médico e muitas vezes até descrever a sua queixa.

Como relatou S17: “Só eu que corro atrás pra doença, pra tudo. Meu marido mesmo, esses dias, ele ficou doente e tudo tem que ser eu, ir lá no posto, marcar consulta, tudo. Levar na consulta, tudo é a S17.”

Quando as mulheres ficam doentes, não são os companheiros os principais cuidadores, na maioria das vezes elas têm que contar com a solidariedade dos demais membros da família, como mãe, avó, tia e outras mulheres da comunidade.

“Aí, à tarde eu comecei a sentir muita dor, não agüentava, não agüentava, o Marcos [marido] foi até trabalhar, porque não podia faltar. Ai eu falei: “Mãe, pelo amor de Deus, chama alguém pra me levar na maternidade.” (S9)

Percebe-se na fala, que algumas mulheres não se sentem só responsáveis pelo cuidado, mas também por todos os problemas e sucessos da família. Em situação de doença cabe a ela faltar do trabalho para acompanhar os familiares doentes na consulta - mesmo quando isso pode acarretar perdas financeiras ou até ameaça de demissão. Diferente do homem, que se sente legitimado a estar ausente nos problemas de saúde da família, por causa das expectativas sociais que recaem sobre ele (GUTIERREZ, MINAYO, 2009).

“Você cuida do marido que é o chefe da casa, você tem cuidar bem dele, como? Com atenção, carinho, sabedoria, porque é assim, tem um versículo que fala assim: “A louca, a mulher louca destrói e a sábia edifica, edifica o lar... enfim você tem que ser sábia, você tem que saber administrar o lar, em tudo, em tudo, na vida conjugal, a vida financeira, espiritual, tudo, você tem que saber fazer tudo, senão não vive.” (S1)

Segundo Badinter (1985), no século XIX e XX, a devoção e sacrifício das mulheres/mães/esposas ficaram mais evidentes, através da imposição de uma culpa materna. A sociedade começa a santificar a mãe admirável, ela também passa a crucificar aquele que fracassa na sua missão sagrada, a mulher torna-se “responsável” exclusiva pelos possíveis problemas futuros de seus filhos e marido.

“Mas como poderá uma mulher saber que expiou suficientemente e que se sacrificou o necessário para cumprir seus deveres maternos? A resposta lhe é dada pelo filho. Como o destino físico e moral deste depende totalmente dela, o filho será sinal e o critério da sua virtude ou de seu vício, de sua vitória ou de seu fracasso. A boa mãe será recompensada e a má será punida na pessoa do filho. Uma vez que “o filho vale tanto quanto a mãe” e que a influência desta é absolutamente determinante, só depende dela que seu filho seja um grande homem ou um criminoso.” (Badinter, 1985:195)

Para agüentar esse papel de cuidadora e responsável pelo bem e o mal que acomete a sua família, as mulheres recorrem à espiritualidade, a Deus e Nossa Senhora - que não só ajudam, como também as protegem.

2. A Espiritualidade como força que ajuda o individuo no cuidado.

No decorrer da história, o homem passa a não só almejar o cuidado integral, como lutar por ele; busca (em diferentes ciências) ferramentas que deem conta de “suas partes” e de seus “males”, transita por entre o que conhece e não, o que pensa conhecer e o que sequer imagina desconhecer. Neste movimento, o ser humano cria, descobre, recria, redescobre, formula e reformula. Deixa de ser visto apenas como corpo ou matéria, mas como um sujeito que transcende, manifestando-se nos seus atributos de natureza não objetiva, e material - tais como crenças religiosas, sua fé ou sua espiritualidade (EL- KHATIB, 2008)

Aos serem questionadas acerca de onde vem a sua força para o cuidado, 17 referiram-se a algo ligado a dimensão espiritual, 10 relataram que vem de Deus, 1 que vem de Deus e Jesus, 1 de Deus e Nossa Senhora Aparecida, 1 da filha e de Nossa Senhora, 1 relata encontrar força na religião católica e kardecista, 1 do espírito de luta e da fé e, por fim, 1 da fé. Somente 3 participantes relataram que a força vem de recursos não relacionados à espiritualidade, 2 mencionaram que a força para o cuidado vem da família e dos ensinamentos maternos e 1 que vem dela mesmo.

Para Boff (2001), a espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração do novo, de esperança, de força e de autotranscendência do ser humano.

“A espiritualidade vem sendo descoberta como dimensão profunda do humano, como elemento necessário para o desabrochar pleno de nossa individuação e espaço de paz no meio dos conflitos e desolações sociais e existenciais. (BOFF, 2001,p.18)

Em estudo sobre a vivência da espiritualidade, realizado por Sousa e Batista (2006) com mulheres, os autores evidenciaram que a espiritualidade é considerada um apoio nas vidas das entrevistadas. É através do desenvolvimento da espiritualidade e da fé que estas mulheres encontram força para enfrentar o cotidiano da vida. Segundo Hansen (1993), uma força unificadora que não tem o propósito de aumentar a vida, mas de facilitar o seu desenvolvimento.

Em uma pesquisa que descreve as manifestações de religiosidade e espiritualidade de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica, Paula et al. (2009) identifica a espiritualidade e a religião como uma influência positiva no cuidado das crianças portadoras de tal doença: a fé em Deus age como uma esperança de cura, como uma força maior que pode mudar o prognóstico ou ajudar a suportar o sofrimento.

“Eu tenho que ter muita fé em Deus, porque se eu não tiver fé em Deus, eu não consigo. Antes mesmo, eu tomava até remédio para não entrar em depressão, mas, graças a Deus eu comecei a ir na Igreja, sei lá se é isso, mas foi o que eu tô conseguindo.” (S1)

“Busco, busco a Deus, sabedoria de Deus, porque é ele que te instrui a cuidar de tudo, principalmente da sua vida. Depois vem a família, porque senão tiver a sabedoria de Deus você não sabe cuidar, você dá um deslize, principalmente na conversa, no conversar com a pessoa, às vezes, você pensa que vai ajudar uma pessoa e você acaba derrubando ela mais ainda, você acaba destruindo a vida dela com uma palavra errada que você falar, você tem que ter muita sabedoria.” (S2)

“Em Deus meu, a gente sempre põe Deus em primeiro lugar, tudo que eu vou fazer primeiro eu peço pra Deus iluminar. Porque assim, to no caminho certo? Não é pra eu envolver? É pra eu me envolver? Então é assim.” (S3)

“Ah não sei. Em Deus né? Acho que a gente que, dificuldade tem, porque desde o momento que eu falei:- “Não vou mais trabalhar.” O negócio apertou, né? Ficou bem mais difícil, eu ganhava bem, não ganhava tão ruim assim, ganhava mais ou menos, então a gente se apega pra Deus e a gente vai conseguir, não dá hoje, dá amanhã, mas eu tô ali firme e forte, fazendo tudo que eu posso. A gente sempre se agarra a Deus, né?” (S5)

“Eu acho que é Deus, viu, que dá força pra gente. É Deus mesmo e a gente não pode se entregar também, porque se a gente tem uma doença, uma dor, qualquer coisa e se entregar, vai ficar pior. A gente precisa ir no médico, vamos no médico, mas também a gente tem que fazer a parte da gente. Deus fala: “Ajuda que eu te ajudo.” Então vamos ajudar também, né?” (S8)

“Ah eu peço a Deus pra me ajudar, né, Andrea?” [se emocionou ao falar de Deus] (S9)

“Olha, que nem, ontem mesmo eu pensei assim, sabe? Fui dar o banho nele e eu não estava muito legal, falei, meu Deus, me dá força, saúde, pra eu agüentar cuidar, né? É Deus que dá força pra gente agüentar pra cuidar.” (S11)

“Através de Deus, porque a gente tem que confiar muito em Deus.” (S13)

“Em primeiro lugar, Deus, né? Procuo a Deus e peço socorro a Ele porque sem Ele a gente não é nada. Primeiro lugar é Deus, depois eu vou procurar outras ajudas.” (S15)

Uma participante mencionou que encontra força, além de Deus, em Jesus Cristo. Para os cristãos, Jesus Cristo é o filho de Deus, a humanização do

Divino, que veio ao mundo com a missão de servir e de se sacrificar pela humanidade.

“Em Deus, sinceramente foi em Deus, em Jesus. Porque, se eu não - eu penso assim - se eu não tiver assim, na presença de Deus, buscando a Deus em oração, acho que eu não ia conseguir. Primeiramente foi Deus que me ajudou a superar tudo isso e força de vontade também.” (S4)

Os sujeitos da pesquisa mencionaram, além de Deus, outra figura Sagrada, Nossa Senhora Aparecida, considerada pelos católicos, Maria, a mãe do filho de Deus.

A imagem de Nossa Senhora Aparecida foi encontrada na segunda quinzena do mês de outubro de 1717, por três pescadores, pessoas humildes e, pelo que tudo, indica religiosos. A principal característica da imagem é sua cor negra. Num país de mestiçagem de negros, brancos e índios, ter como companheira de cor a mãe daquele que, segundo a Igreja Católica, fora o Salvador da humanidade e, além disso, uma santa que ouve os pedidos dos desamparados e os auxilia na luta pela vida, a tornou a santa mais adorada no território brasileiro. (BRUSTOLONI, 1998)

O povo brasileiro tem grande confiança e adoração por Nossa Senhora Aparecida, pois a considera mais do que simplesmente a mãe do filho de Deus, mas a mãe de todos os homens. Daí as múltiplas invocações do povo, para cativar as suas graças e benção, o seu carinho e proteção.

“Nossa Senhora Aparecida (mostrou a Imagem de Nossa Senhora) e a Deus, a Deus também, Nossa Senhora!” (S6)

“Deus. Deus e minha Nossa Senhora, sou muito [com ênfase] devota de Nossa senhora Aparecida. Então, eu não fico sem a minha oração, eu não fico sem Ela, dia e noite, eu estou no trabalho pedindo para Ela, eu estou em casa pedindo por Ela, aonde eu vou eu estou pedindo para Ela e Ela me dá força de mãe pra cuidar de todo mundo.” (S10)

A religião e a fé também foram apontadas como ferramentas que proporcionam força para realização do cuidado.

“Assim, eu sou católica, batizada na Igreja católica, mas me identifico muito com Kardecismo, então, o que pra mim passa assim, tá aqui porque o que eu tenho que passar, eu tenho que passar, tava lá, eu que falei que ia vir e assumir essa responsabilidade.” (S16)

“A gente ter fé, eu acho que a gente vai longe.” (S17)

“Do meu espírito de luta e fé.” (S20)

A religião ajuda as pessoas a suportarem situações de pressão abrindo atalhos a situações de impasse que nenhum outro caminho empírico abriria, exceto através do ritual e da fé no sobrenatural.

Segundo Vasconcelos (2010), a espiritualidade e a religião podem fortalecer o ser humano, contribuindo para a formação das suas crenças e valores, incentivando comportamentos e práticas saudáveis, fornecendo interações sociais, promovendo recreação e ajudando no enfrentamento de crises e transições da vida.

A religião oferece um apoio importante para a família, por meio de envolvimento da comunidade religiosa, que engaja seus adeptos, facilitando uma quantidade maior de momentos de trocas de experiências, cuidado e muitas vezes ajudando na aceitação de sofrimentos inevitáveis. (PAULA et al., 2009)

Nota-se que a maioria das respostas apresentadas nessa temática estão relacionadas à religião, principalmente à religião católica. Sendo assim, considero importante uma breve reflexão sobre a construção histórica da espiritualidade do povo brasileiro, considerando que, nesse estudo, entendemos a religião como expressão da espiritualidade.

Para caracterizar, compreender a espiritualidade e religiosidade do povo brasileiro é preciso resgatar traços da nossa herança cultural, de uma sociedade que se alicerçou em relações desiguais, preconceituosas e discriminatórias entre vários segmentos sociais. A sociedade brasileira se estruturou a partir de um “triângulo racial” altamente hierarquizado, no qual o branco tentou impor os seus valores e crenças ao índio e ao negro. Para a terra de Santa Cruz, os lusitanos trouxeram a religião católica como a única e verdadeira (Reis, 1999).

Diante de tanta crueldade e humilhação, morrer de melancolia foi a primeira forma de resistência dos escravos. Para evitar a morte prematura dessa mercadoria tão valiosa, os senhores passaram a permitir os folguedos, batuques e outras demonstrações das suas crenças (Reis, 1999).

Quanto aos índios, já dizia Pero Vaz de Caminha na sua primeira carta ao Monarca português D. Manuel: “se nós entendêssemos a sua fala e eles a nossa, seriam logo cristãos”. Dada a simplicidade dos nativos da Ilha, fácil seria imprimir-lhes a “nossa Santa Fé”. E é o pano de fundo onde nasce o modo de ser brasileiro e

a sua religiosidade, a devoção e a fé em Deus, Jesus Cristo, Nossa Senhora e demais santos católicos.

“Eu sempre fui assim, sempre fui assim.” (S7)

“Vem do tempo da minha mãe, já vem de família já mesmo. (S18)

“Eu tenho já a força, acho que vem da minha mãe” (19)

Para Paula et al.(2009), o ser humano traz em si a capacidade de se transcender, desligar-se de preocupações, superar sofrimentos, assumir o cuidado de si e sintonizar sentimentos e significados ao que a vida oferece – como, por exemplo, paz, saúde, harmonia, equilíbrio, partilha, solidariedade entre outros.

Quando os sujeitos respondem que a força vem deles, da sua família, da sua mãe, essas respostas também estão ligadas à espiritualidade. Segundo Koenig (2001) apud Peres (2007), a espiritualidade é uma busca pessoal de resposta sobre o significado da vida e, para Vasconcelos (2004), o relacionamento com o sagrado (ou com o transcendente), é uma força capaz de auxiliar o indivíduo, família e comunidade a superar as dificuldades da vida. A capacidade do ser humano de aprender com os familiares, de refletir, partilhar, de ouvir, de desvelar, de buscar dentro de si o que precisa para viver.

“Quando você tem apenas sensações, percepções e impulsos, o mundo é arcaico. Quando você acrescenta a capacidade de criar imagens e símbolos, o mundo é mágico. Quando você acrescenta concepções, regras e papéis, o mundo se torna mítico. Quando surgem capacidades formais-reflexivas, o mundo racional surge à vista. Com a visão lógica, compõe-se o mundo existencial. Quando aparece o sutil, o mundo se torna divino. Quando aparece o casual, o eu se torna divino. Quando aparece o não-dual, o mundo e o eu são compreendidos como um único Espírito.” (WILBER, 2009, p.136).

3. A influência da espiritualidade nas decisões e superação das dificuldades da vida.

A espiritualidade exerce uma importante influência na vida das pessoas, principalmente nos momentos de decisões e dificuldades, pois é em situações de sofrimento e incerteza que o ser humano exercita a sua fé, na busca de alívio e superação.

Nos depoimentos sobre um momento que a fé ajudou as cuidadoras, 16 relatam situações de doença e, dessas, 9 contaram casos de filhos doentes.

“Oh! Meus filhos, tudo nas drogas, meus filhos eram viciados e hoje graças a Deus, são todos evangélicos, casados, na igreja, todos empregados. Porque eu sofri muito com os filhos.” (S2)

“Ah, várias, pela saúde do meu filho, o Hendril é prematuro, ele é de 7 meses, me emociono quando lembro.” (S3)

“Eu já passei por momentos difíceis com um dos meus filhos, muito difícil, quando ele se envolveu com o mundo das drogas, muito difícil.” (S4)

“Já, quando meu filho tinha asma, (...) quando ele, ele tem asma, quando ele tinha crise de asma (...)” (S5)

“Sim, quando eu fiquei grávida dessa daqui (...), essa daqui com 4 meses, eu estava com esse lado [do corpo] todo inchado e ninguém sabia o que que era, daí eu pedi tanto, tanto a Deus que, se eu tivesse alguma coisa, ele me ajudasse.” (S9)

“Lembro, vários momentos, mas o primeiro, muitos momentos eu lembro, porque se eu for te contar vou ficar o dia todo, mas o mesmo que me marcou foi a gravidez de Cleide, minha outra filha do Aracy.” (S10)

“Ela (Nossa Senhora) me ajudou bastante. Eu me lembro assim, esse meu menino que era muito doente, aí a gente fez uma promessa pra ir pra Aparecida do Norte, levar ele (...). Então é onde a gente se pega, né? Que ele melhorou, sabe?” (S17)

Segundo Wegner e Pedro (2010) a doença é considerada uma das principais dificuldades da vida cotidiana da família e que, muitas vezes, o processo saúde/doença pode desde desestruturar até causar uma ruptura na dinâmica familiar – isto pode levar a perdas importantes nos laços familiares sociais se intensificando quando a doença acomete as crianças da família.

Em todas as falas, a espiritualidade é considerada um construto do cuidado. A presença de Deus, no cuidado, representa uma força superior que encoraja na solução dos problemas do cotidiano.

Dezoito sujeitos destacaram a oração e a prece como um recurso para aliviar o sofrimento.

“Ah, eu, tipo, tanto falaram que eu não podia ser mãe, teve um dia que eu fui na igreja e rezei muito na igreja pedindo pra ser mãe (...)” (S1)

“(...) Foi muita oração, muita busca mesmo, que eu consegui e Deus me deu essa benção (...)” (S2)

“Então eu sempre pedi por ele (filho Hendril que nasceu prematuro de 7 meses) e, graças a Deus, hoje ele tem nove anos e é um menino sadio. E outras coisas, coisas simples, também que eu peço e sempre fui atendida.” (S3)

“(…) Pedia ajuda pra Deus constantemente, só ele mesmo que me dava essa força. Ia todos os dias pra Igreja e orava, tinha dia de eu chegar e não ter nem palavra pra falar com Deus, sabe? Chorar mesmo, falava: “Senhor, o Senhor conhece o que eu tô passando e eu só vim aqui mesmo gemer diante de Ti, Deus”, porque não tinha mais nem palavra, mas eu venci.” (S4)

“(…) Nossa! Eu pedia tanto, pedia tanto, pedia tanto, que até que um dia acho que Ele me viu cansada de sofrer, né? Ele me deu uma luz. E graças a Deus agora.” (S5)

“Aí ela foi de joelho, pediu perdão,” (S8)

“Eu pedindo a Deus pra me ajudar e que desse tudo certo, por causa dela. Hoje eu olho pra ela e falo: “Meu Deus, como Deus é maravilhoso.” Porque, olha, o tanto que ele me ajudou e tá aí.” (S9)

“Aí, do meu serviço, eu via aí eu pedi, fui e falei assim (para Nossa Senhora Aparecida): “Ah, minha Mãe, a Senhora que é mãe proteja, não deixa [eu] vir mais pra casa sem ter esse nenê e toma conta, está nas suas mãos (...). E outro momento, foi essa daí que eu pedi também. Então tudo que eu peço pra ela eu alcanço, então não posso reclamar eu só tenho que agradecer. Outro momento que eu pedi pra Ela e Ela me escutou foi minha sogra, ela tava na CTI no Sertãozinho e eu tava aqui e o Zé tava lá, aí antes de eu sair daqui, eu fiz o terço da libertação e pedi pra Ela: “Mãe, tá nas suas mãos, se a Senhora achar que deve deixar [ela morre], que deixe, se a Senhora achar que não deve deixar, então tire que não deixe sofrer.” Eu fui pra lá no sábado de tarde, cheguei lá meio dia e fiquei na CTI. Levaram [a sogra] pra UTI, quando foi de noite, eu entrei, aí eu vi que era só os aparelhos mesmo [que estavam funcionando], aí eu tornei falar pra Ela: “ Mãe, me escuta, se for pra ficar sofrendo, a Senhora [a] tire, se for pra deixar que a Senhora [a] tire daí de dentro.” (S10)

“(…) Eu lembro, eu lembro de quando o meu marido ficou ruim eu pedi muito pra Deus ajudar [para] que ele ficasse bom, que ele se recuperasse. E tá aí oh.” (S11)

“Peço, por todos, pela minha família, pela comunidade e até pelo postinho, peço a Deus por tudo, até por vocês.” (S12)

“(…) Pensei em [me] separar, mas antes de tomar a decisão pedi para Deus, após ser agredida e vendo a revolta dos filhos, pedi misericórdia divina, desde aquele dia, ele nunca mais relou [a] mão em mim.” (S13)

”Aí comecei a me pegar com Deus, eu rezava pra Nossa Senhora todo dia de noite, que se fosse pro meu marido ser igual [a]os meu[s] cunhados, que era pra tirar de mim. Aí eu rezava, rezava, rezava e nada Dela tirar, aí não foi, casei com ele, tá até hoje, 22 anos de casado.” (S14)

“Eu tive um acidente e a primeira coisa que eu busquei foi a Deus, que Ele me socorresse, [por]que eu tinha meus filhos pra cuidar (...)” (S15)

“Eu agradeço a Deus, não vou falar todo dia, porque nem todo dia a gente lembra, mas quando eu lembro, e guardo sempre. Quando vou dormir, eu agradeço a Deus por tudo que eu passei e tudo que eu tenho hoje.” (S19)

“(...) eu rezei, elas me deixaram, eu fiquei ali ajoelhada, pedindo (...). E eu sai dali bem (...). Então, isso daí eu não esqueço nunca, Andrea, foi um milagre [feito] com uma oração.” (S20)

Nas falas, percebe-se que a oração é uma prática comum na vida das pessoas, e que elas acreditam que seu benefício é certo. Ela é utilizada como uma importante ferramenta de alívio, cura e transformação de vida. A oração independe do credo religioso ou grau de instrução; é um momento do indivíduo com a sua fé, com a sua essência, pensar em Deus e buscar o equilíbrio.

O cristão, budista, muçulmano e outros, todos os povos recorrem à oração. Por meio dela, a pessoa entra em contato com a sua espiritualidade, um Plano Superior, com uma Divindade, para agradecer, contemplar, pedir e adorar. É um patrimônio da alma, uma potencialidade de todo ser humano, em maior e menor intensidade (SOUZA, 2009).

A oração, a prece é um recurso antigo e amplamente utilizado para aliviar as doenças e na promoção de boa saúde (ROBERTS; AHMED; HALL, 2009). Na Bíblia, no livro de Mateus (Cap. XI), Jesus Cristo fala, “vinde a mim todos vós que sofreis e que estais sobrecarregados, e eu vos aliviarei”. Essa busca é comum por parte das pessoas, visto que o sofrimento é real e recorrente e, enquanto houver a possibilidade de amenizá-lo ou resolvê-lo, há de se buscar esse recurso. Mesmo que para muitos, seja totalmente alheio ao racional e científico.

Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, percebemos também que a possibilidade de perda de uma criança é algo que marca muito a família, e que mexe intensamente com a sua espiritualidade. A idéia da morte de um filho desperta muitos sentimentos na mãe/cuidadora (como o medo e a impotência), contudo, ao mesmo tempo, reforça-se a fé e a força para lutar - muitas vezes, até pelo que os profissionais de saúde consideram impossível.

”Vou [por] ela na UTI, a senhora vai pra casa, porque ela vai [ser posta] na UTI e, a senhora acredita em Deus, em milagre? Só milagre pra tirar a sua filha viva daqui.” Eu sentei naquele corredor, mas chorei, chorei, chorei, chorei, chorei, de repente sumiu o sentido, quando fez “plim” eu estava dentro da catedral, não sei como, sei que eu cheguei na catedral. Aí eu chorei, chorando, chorando, chorando, rezando, pedindo pra Nossa Senhora Aparecida, aí eu olhei e falei: “Nossa Senhora Aparecida, se ela tiver que ser minha, me dê ela, mas se for pra ser de vocês, leva de uma vez e tira eu e ela do sofrimento, porque eu não agüento mais e ela também não agüenta mais.” (S6)

“A fé me ajudou muito na minha menina, desmaiada lá, 2 meses na UTI e eu pedia tanto, mas tanto, tanto e hoje ela está aí. Tenho muita fé. Os médicos [chegaram] em mim e disse[ram] que não ia ter mais salvação, que ela já tinha ido. Aí Eu falei: “Pra vocês ela já foi, mas pra mim, ela tá viva.” (S7)

“Ela (Nossa Senhora) me ajudou bastante. Eu me lembro assim, esse meu menino (...) que era muito doente, aí a gente fez uma promessa pra ir pra Aparecida do Norte, levar ele (...). Então é onde a gente se pega (...) né? Que ele [melhorou], sabe?” (S16)

Segundo Paula et al. (2009), durante a doença de uma criança, as experiências espirituais dos pais ajudam muito para que exista maior tolerância dos momentos difíceis. Estas experiências podem ser resumidas na presença da fé de que Deus pode curar as crianças doentes e protegê-las de complicações clínicas. A forte relação com Deus ajuda a família a continuar a lutar pela vida dos seus filhos. Os autores também acreditam que poder contar com uma força espiritual traz um conforto para o cuidador.

Quando a família acredita em algo que a transcende, e o conhecimento científico não é a única fonte de explicações para o sofrimento que estão passando, parece que fica mais fácil lutar pela vida. Enquanto o conhecimento científico provoca incertezas (particularmente quando os prognósticos são ameaçadores), a espiritualidade pode encorajar o cuidador e produzir sentimentos de esperança ou de aceitação da condição imposta pelas dificuldades do dia-a-dia.

No depoimento de S6, o sentimento de esperança e de aceitação da condição de saúde da filha fica claro quando a cuidadora reza para Nossa Senhora e pede: “Nossa Senhora Aparecida, se ela tiver que ser minha me dê ela, mas se for pra ser de vocês, leva [ela] de uma vez e tira eu e ela do sofrimento, porque eu não agüento mais e ela também não agüenta mais.” Nesse caso, a mãe/cuidadora dá um novo sentido para possibilidade da perda, a criança não vai simplesmente morrer, ela vai para Nossa Senhora. Provavelmente, esse pensamento não só a conforta, como também lhe dá forças para aceitar o futuro incerto.

Na fala de S7, a confiança em Deus lhe proporciona autonomia para cuidar da filha e acreditar que o impossível pode acontecer. Ela vai contra o saber técnico e aposta na fé quando fala que a filha está viva e se mexendo.

“(…) Pra vocês ela já foi, mas pra mim ela tá viva.” Aí eu vi ela fazendo assim com dedo, oh. Ela mexeu com [o] dedinho. Aí eu chamei as moças da pediatria e falei pra elas que ela tinha mexido o dedo, elas fal[aram]:”

Não, mãe, a gente fica aqui 24 horas, ela não está mexendo nada.” Eu falei: “ Tá sim, eu acabei de ver agora.” Ela pegou e falou pra mim: “ Aí mãe você tá vendo coisa.” Eu falei: “Não, eu vi ela mexendo com[o] dedo.” Depois de 2 m[eses]. Depois de 10 dias ela saiu da UTI e foi ficando boa.”

“(…) é quando a dor bate à porta e se esgotam os recursos da técnica, que nas pessoas acordam os videntes, os exorcistas, os mágicos, os curandeiros, os benzedores, os profetas e poetas, aquele que reza e suplica sem saber direito a quem, mas que acredita na sua fé (…)” (ALVES, 1989, p.11)

Alves (1986) e Sommerhalder (2006) acreditam que a espiritualidade surge diante da incompletude humana, pois atende à necessidade do ser humano de transcender a realidade dura, fria, materialista, isto ocorre, seja quando a pessoa adora a um Deus específico, ao poder, à natureza, à caridade ou a imagens de santos e animais.

Diante de casos como esse - de ausência de prognóstico, em que o indivíduo se depara com a finitude de um ente querido -, surge a necessidade de encontrar um sentido para vida, de lutar por aquilo em que se acredita. Muitas vezes isso só é alcançado pelo vínculo com a espiritualidade (ROCHA; FLECK,2004)

A quantidade de pessoas que buscam a espiritualidade e práticas religiosas para resolver os seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e melhorar o contexto de vida é crescente a cada dia – isto pode ser evidenciado nos templos das diferentes denominações religiosas (SOUSA, 2006)

O avanço da medicina moderna e da tecnologia são responsáveis por inúmeros benefícios para a saúde. No entanto, para atender à totalidade das suas necessidades essenciais, existenciais, aquilo que dá sentido à vida, o ser humano busca na espiritualidade (e na religiosidade, no sagrado, no seu eu transcendental, na relação consigo e com o meio) as respostas, o caminho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tinha como objetivo identificar se há influência da espiritualidade da família no cuidado de si e como ele ocorre, na tentativa de incentivar novas pesquisas e, principalmente, proporcionar reflexões e possíveis mudanças na mentalidade dos profissionais de saúde – especialmente aqueles que tratam a espiritualidade como algo pouco relevante para o cuidado de si.

No estudo, não só identificamos que a espiritualidade das famílias influencia no cuidado de si, mas que ela é capaz de ajudar o homem a suportar os sofrimentos, de lutar por aquilo que acredita, de dar esperança em momentos de desespero. A espiritualidade é a certeza de que algo pode acontecer, independente do que diz a ciência convencional. Esta força é responsável pelo processo de transformação na vida dos indivíduos, pela busca que eles fazem por equilíbrio, paz e saúde.

Para estudar, compreender e cuidar do homem multidimensional, não podemos mais separar ciência e espiritualidade. O ser humano está muito além do biopsicossocial, ele tem algo que transcende e que é superior à nossa razão.

O cuidado só será integral quando ampliarmos o conceito de saúde, compreendendo que está acontece quando há uma harmonia entre os aspectos orgânicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Assim, é preciso perceber a integralidade da vida com toda sua subjetividade. Nesse sentido, cabe ao profissional de saúde (através da educação popular) entrar em contato com todas as peculiaridades dos indivíduos, família e comunidade - entendendo o seu modo próprio de cuidar de si. Deve-se procurar perceber os pacientes para além das suas necessidades biológicas, respeitando as suas crenças, seus valores, sua cultura, sua forma próprio de ser e de viver.

O profissional só conseguirá entender e apoiar o cuidado de si realizado pelas famílias e comunidade, quando aprender a olhar para o que o outro está olhando, acolher sem julgamento, se despir do saber científico. O objetivo de tal atitude será não só ensinar, mas também aprender, aceitar o papel de coadjuvante numa história que não pertence ao profissional ou ao paciente, mas a ambos.

Durante o desenvolvimento desse estudo, também detectamos, que embora, tenho ocorrido muitas mudanças na família brasileira, o papel de cuidadora, ainda é atribuído, única e exclusivamente, a mulher. Percebemos que elas não se

sentem só responsáveis pelo cuidado, mas por todos os problemas e sucessos dos seus familiares e que para agüentar esse papel de cuidadora e, a responsabilidade pelo bem e o mal que acomete a sua família, as mulheres recorrem à espiritualidade- que não só ajuda, protege, como dá sentido a essa missão.

Cabe aos profissionais de saúde, fortalecer essas cuidadoras, proporcionando momentos de trocas entre elas, espaços protegidos, onde elas possam falar das suas angústias, suas dúvidas e seus medos.

Também identificamos que o cuidado no Brasil, sempre esteve ligado à espiritualidade – ser brasileiro significa acreditar no sagrado e no profano, no céu e no inferno; no impossível; no que não podemos ver, mas que sentimos. Significa colocar nossas esperanças no que transcende; é acreditar que amanhã tudo será melhor ou pelo menos diferente.

Cuidar ou apoiar o cuidado de si das famílias, exige colocar a espiritualidade no nosso cotidiano de trabalho, aceitando que, para muitos, ela é essencial para vida.

Esperamos que esse estudo abra novos horizontes em relação ao olhar daqueles que trabalham com saúde para a espiritualidade: que eles possam validar esse saber, que já é tão legítimo para o povo. Que se torne cada vez mais possível ao profissional aceitar a sua ignorância sobre esse assunto, para que assim, se possa buscar não só maior conhecimento, mas vivência. Entendendo que, na “sabedoria popular”, nas crenças e fé do povo existem mais ciência do que atualmente imaginam os especialistas em “saúde”.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorganização do modelo assistencial. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set 2004/fev.2005.

ALVES, R. A. **O que é religião?** 9.ed. São Paulo: Editora Loyola,1986.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. p. 268.

BISON, R.A.P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem.** 2003. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências e Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19082004-170744/pt-br.php>>. Acesso em: 01 abr.2013.

BOFF, L. **Espiritualidade:** um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001,

_____. **Ética e moral:** a busca dos fundamentos. Petrópolis: Editora Vozes. 2003.

_____. **Saber cuidar.** Ética do humano- compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008, p.33.

BRANDEN, N. **A psicologia do amor romântico.** Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 222.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília, v. 2, 2013. p. 205.

BRASIL. Universidade Federal de São Carlos. **Texto disparador sobre família.** São Carlos: UFSCar/ PPGGC, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde- CNEPS. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Universidade Federal de São Carlos. **Catálogo de práticas populares de saúde de São Carlos- SP.** Mapeamento e Catalogação de Práticas e Educação Popular em Saúde (Org.). São Carlos, v. 3, 2011. p.36.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de Ampliação e Acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr200.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> .Acesso em 25 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

BRUSTOLONI, J. J. **História da Nossa Senhora da Conceição Aparecida: imagem, santuário e as romarias**. Aparecida do Norte: Editora Santuária, 1998, p. 398.

CAMPOS, G.W.S. Educação paidéia, ciência e as práticas populares em saúde. **Revista e**, v. 18, n.5, p. 41-43, 2011.

CAMPOS, G.W.S; CMPOS, R.T.O. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: _____. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, S.E.A. et al. O lazer cotidiano do Jardim Gonzaga- São Carlos. In: XV ENCONTRO NACIONAL DE RECERAÇÃO E LAZER- LAZER E TRABALHO. NOVOS SIGNIFICADOS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA,15., 2003, Santo André. **Anais(...)**. Santo André: SESC- Santo André, 2003, (CD-ROM).

DANTAS, V.L.Z. Diálogo entre as práticas populares de cuidado, a promoção e o cuidado em saúde. **Revista e**, v.18, n.5, p. 43-45, 2011.

DEL PRIORI, M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORI, M. (org). **História das mulheres no Brasil**. 3. ed. São Paulo: contexto, 2000, p. 78-114.

EL-KHATIB, U. O desafio da inserção da espiritualidade como linha de pesquisa para a terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, p.110-114, 2008.

FERNANDES, C.L.C; CURRA,L.C.D. **Ferramentas de abordagem familiar**. Porto Alegre: Artmed/Pan americana, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 29. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. 288 p.

GONÇALVES JÚNIOR, L.; SANTOS, M.O. Brincando no Jardim Gonzaga: processos educativos de uma prática social de lazer. In: VI EDUCERE- CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO- PUCPR- PRAXIS, 6., 2006, Curitiba. **Anais(...)**. Curitiba. PUCPR, 2006. v.1. (CD-ROM).

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín**, supl. 1, p. 88-94, 2007.

GUSSI, M.A.; DYTZ, J.L.G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 377-84, maio-junho, 2008.

GUTIERREZ, D.M.D; MINAYO, M.C.S. Papel da mulher de camadas populares de Manaus na produção de cuidados da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n.4, p. 707-20, 2009.

HANSEN, T.J. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. **Nurs. Diagnosis**, v. 4, n. 4, p.140- 146, 1993.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 5 ed. Tradução: Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 25 fev.2013.

JUNGES, J.R; et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4327-4335, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a05v16n11.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

KOENING, H.G. **Espiritualidade no cuidado com paciente**: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: FÉ Editora Jornalística Ltda, 2005. p. 18-29.

LOURO, G.L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.M; MEYER, D.E; WALDOW, V.R. (orgs). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.7- 18.

LUCCHETTI, G; ALMEIDA, L.G.C; GRANERO, A.L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar. **J. Brás. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 128-32, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000100020&script=sci_arttext>. Acesso em 03 jan. 2014.

LUCK, L.; JACKSON, D.; USHER, K. Case study: a bridge across the paradigma. **Nurs Inq**, v. 3, n. 2, p.103-9, 2006.

MACHADO, W.C.A.; FIGUEIREDO, N.M.A. Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência de quase-morte. **Rev. Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 159-164, 2002.

MARTSOFF, D.S; MICKLEY, J.R. The concept of spirituality in nursing theories: differing word-views and extent of focus. **J Adv Nurs**, Londres, v. 27, p. 294-303. 1998.

MATTA, R. **O que faz do brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1991. 113 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Vozes. 2006.

MOGGI, V; BURKHARD, D. **Como integrar liderança e espiritualidade: visão espiritual das pessoas e das organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 147.

PANZINI, R.G.; et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PAULA, E.S.; NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 100-106, janeiro- fevereiro, 2009.

PENHA, M.R.; SILVA, M.J.P. Do sensível ao inteligível: novos rumos comunicacionais e saúde por meio do estado da teoria quântica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 1, p. 208- 14, 2009.

PERES, M.F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl.1, p. 105- 115, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>>. Acesso em 03 jan. 2014.

ROBERTS, L; AHMED, I; HALL, S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. **Cochrane Databases Syst Rev**. New York, v.12. n.2, 2009.

ROCHA, N.S; FLECK, M.P.A. Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão da literatura. In: TEIXEIRA, E.F.B; MULLER, M.C; SILVA, J.DT. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.p. 165-80.

SAAD, M; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. Espiritualidade baseada em evidência. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n.3, p. 107-112, 2001.

SAAD, M; MEDEIROS, R. Espiritualidade e saúde. **Einstein: Educ. Contin. Saúde**. São Paulo, v. 6, n. 3, p. 135-136. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/982-EC%20v6n3%20p135-6.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2013.

SALGADO, A.P.A; ROCHA, R.M; CONTI, C.C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-228, abr/jun. 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v152a11.pdf>>. Acesso em: 24 de jan. 2013.

SANTOS, M.O. et al. Estação comunitária do Jardim Gonzaga: processos educativos vivenciados na prática social e lazer. In: VII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO- EDUCERE: "Saberes Docentes"- edição internacional, 7., 2007, Curitiba. **Anais(...)**. Curitiba: PUCPR, 2007, p.1543-1555.

SANTOS, V.E.P; RADÜNZ, V. O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.46-51, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em 02 de abr. 2013.

SÃO CARLOS. Programa Habitar Brasil BID. Projeto de urbanização integrado-Gonzaga e Monte Carlo. vol. 5. **Projeto Urbanístico**. São Carlos, Março de 2002.

SILVA, I.J; et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Ribeirão Preto, v.43, n.3, p.697-703. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SOMMERHALDER, C. **Religiosidade, suporte social, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade: dados do pensa**. 2006. 149 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 2006.

SOUSA, M.R.C; BATISTA, P.S.S. **Climatério e espiritualidade: vivência de mulheres**. 2006. 54 f. (Trabalho de Conclusão de Curso – TCC) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SOUZA, M. A. **A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos**. 2009. 100 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

SOUZA, M.L; SARTOR, V.VB; PRADO, M,L. Subsídio para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Santa Catarina, v.14, n.1, p.75-81, jan/mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 de abr. 2013.

STOPPA, A; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M.I; FREIRE, G (orgs.). **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p.427-443.

VALLA, V. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V.(org). **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2011. p.117.

VASCONCELOS, E.M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.7, n.2, p.110-118, jul/dez. 2004.

_____. Espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In:_____. (org). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.18-30.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras - leigas de crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 335- 42, junho. 2010.

WORTHINGTON JÚNIOR, E.L. Empirical research on psychotherapeutic process and outcomes: a ten year review research prospectus. **Psychol. Bull**, Washington, v. 3, n. 119, p. 448-87, 1996.

Anexo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A influência da religião e da espiritualidade na autonomia da família no autocuidado”, desenvolvida por Andrea dos Reis Fermiano sob orientação da Prof^a. Dr^a. Umaia El Katib do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).
2. O projeto justifica-se pelo fato das informações coletadas serem importantes para mudança comportamento de profissionais de saúde que tratam a espiritualidade como algo pouco relevante para o cuidado.
 - a. Você foi selecionado por ser o cuidador dessa família e por pertencer à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Jardim Gonzaga.
 - b. O objetivo do estudo: Identificar se há influência da religião e da espiritualidade na autonomia da família no cuidado de si própria e caso seja identificado, como ela ocorre.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às questões de uma entrevista.
3. Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de se sentir desconfortável em algum momento durante a entrevista ou de achar que as suas informações serão divulgadas de maneira ilícita. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a entrevista, retomando-a em outro momento ou de desistir da participação em qualquer etapa do estudo, sem ter qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua participação será mantida em sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Você também poderá tirar dúvidas e pedir esclarecimentos que se fizerem necessários sobre a pesquisa.
4. Os contatos com os participantes e a coleta de dados serão realizadas pela pesquisadora que é discente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da

Clínica da UFSCar. A mesma estará presente e disponível para informações durante todas as fases da pesquisa.

5. Você será informado de todas as etapas da pesquisa e terá acesso, a qualquer momento, às informações atualizadas sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, e garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre a pesquisa.

As informações sobre o acompanhamento da pesquisa e para contato quando necessário podem ser feitas diretamente com a pesquisadora Andrea dos Reis Fermiano, email: fermiand@yahoo.com.br, fone: (16) 3364-5229.

6. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição envolvida.
7. As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O instrumento de coleta de dados não contém campo para colocar o nome do participante para que sua identidade seja mantida no anonimato e assegurada sua privacidade.
8. Não haverá benefícios diretos em curto prazo de sua participação, como também não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.
9. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Andrea dos Reis Fermiano

RG: 30.419.974-6

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washigton Luiz, Km. 235- Caixa Postal 676- CEP 13.565-905

– São Carlos- SP- Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico:
cephumanos@power.ufscar.br.

São Carlos, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante