

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

TATIANE BAGATINI

**INTERFACES ENTRE ESPIRITUALIDADE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM
ADULTOS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL:
ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO**

**São Leopoldo
2010**

TATIANE BAGATINI

**INTERFACES ENTRE ESPIRITUALIDADE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM
ADULTOS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL:
ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.Dr. José Roque Junges

Co-orientador: Prof.Dr. Marcos Pascoal Pattussi

São Leopoldo

2010

Tatiane Bagatini

**INTERFACES ENTRE ESPIRITUALIDADE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM
ADULTOS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL:
ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 29 de julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Roque Junges – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Laura Cecília Lopez – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Dedico esta dissertação à minha amiga querida, que seria minha orientadora do mestrado, mas foi orientadora da minha vida. Apesar de nunca ter sido minha professora oficialmente, ensinou-me lições que jamais vou esquecer, sobre a vida, a morte, a espiritualidade e o sentido. A ti, Lucilda Selli (*in memoriam*). Sempre estarás viva dentro de mim!

E aos meus pacientes,
com quem aprendo a ser uma profissional melhor,
descobrimo meu jeito de intervir na promoção da saúde, e não da doença.

AGRADECIMENTOS

Alguns acontecimentos marcam profundamente nossa existência e nos tornam pessoas melhores, quando enfrentamos o sofrimento e o transformamos em algo que faça sentido. Há um momento na nossa vida em que a vida mesmo começa a fazer sentido...

Ao concluir esta etapa de minha formação profissional, e pessoal, rememoro esses dois anos que passaram e percebo que pude contar com o apoio de algumas pessoas importantes em minha vida.

A essas pessoas, o meu agradecimento especial:

Aos meus pais, Roni e Solani Bagatini, que, mesmo morando longe, estiveram presentes nos momentos mais difíceis da minha vida, sempre me incentivando a ir em frente.

Ao meu irmão, Felipe Bagatini, que soube suportar minha ausência em dois aniversários consecutivos – por causa do mestrado –, pelo apoio e carinho sempre.

Quero compartilhar com vocês esse momento pessoal de conquista e alegria, que é a tão esperada conclusão do Mestrado.

Ao professor José Roque Junges (Roque), orientador e amigo, pela compreensão e auxílio para que eu descobrisse minha própria capacidade de enfrentar as dificuldades. E por lembrar, através das atitudes de cuidado, a presença da nossa amiga Lucilda.

Ao professor Marcos Pascoal Pattussi (Pattussi), co-orientador, por me ensinar a importância da objetividade em alguns momentos e pela alegria de sempre.

Ambos souberam me orientar nesse trabalhoso e gratificante percurso!

Ao professor Antonio Alberto Fernandes (Betinho), com quem fiz estágio de docência e com quem aprendi sobre a importância de estar junto com o outro.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo conhecimento transmitido em aula e incentivo para a produção científica.

À Francieli Almeida, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por ser prestativa e acolhedora nos momentos de dúvida.

Às amigas: Ângela, Rejane e Araci pela docilidade, carinho e exemplo.

Ao amigo Telmo, pelo apoio e incentivo a continuar na vida acadêmica.

À Débora, pela orientação emocional e à Josiane, pela orientação espiritual.

Aos que entenderam que eu precisava ficar horas estudando para me tornar uma profissional melhor e com quem pretendo, daqui em diante, passar muitas horas de lazer para me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus colegas de trabalho do Ambulatório Álcool e Drogas, por me ajudarem a perceber que o sentido da prática profissional é oportunizar caminhos. Ao diretor de Saúde Mental de São Leopoldo, pela compreensão no momento final do Mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (CAPES/PROSUP), pela bolsa de mestrado, sem a qual a realização deste não teria sido possível.

A Deus.

À vó Ida, que sempre diz: “no fim dá tudo certo”.

Terminou... e deu tudo certo!

“A realidade é um documento que devemos editar. Esse documento é de natureza dramática. Dia por dia a vida nos faz questões, somos interrogados pela vida e devemos responder. A vida é um período de perguntas e respostas que dura quanto durar uma vida. Com relação às respostas, não me canso de dizer que podemos responder à vida apenas com o responder de nossas vidas. Responder à vida significa fazer-nos responsáveis por nossas vidas”.

FRANKL (1989, p.100).

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), é composta de três partes:

I – Projeto de Pesquisa (Formatação ABNT);

II – Relatório de Pesquisa (Formatação ABNT);

III – Artigo Científico (Formatação Revista Ciência & Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO).

SUMÁRIO GERAL

I – PROJETO DE PESQUISA.....	09
II – RELATÓRIO DE PESQUISA.....	71
III – ARTIGO CIENTÍFICO.....	114

PROJETO DE PESQUISA

RESUMO

Atualmente, é reconhecido que a saúde é determinada pela interação de fatores biológicos, psíquicos, sociais e espirituais. O modo com o qual o sujeito percebe sua saúde tem a ver com o sentido que dá à doença, os recursos que utiliza para alívio do sofrimento e a construção subjetiva, individual e social destes conceitos. Considerando o ser humano como ser biopsicosocioespiritual, o processo saúde-doença é percebido pelo paradigma da integralidade, que compreende uma visão holística e complexa na qual o sujeito é visto como um ser unificado, onde corpo, mente e espírito são aspectos indissociáveis. A pesquisa tem como objetivo analisar as interfaces entre espiritualidade e autopercepção de saúde em adultos no município de São Leopoldo/RS. O delineamento metodológico é quantiqualitativo. A abordagem quantitativa é um estudo transversal de base populacional com amostra aleatória de conglomerados ou setores censitários, na área urbana. O instrumento de coleta de dados foi um questionário padronizado e pré-codificado aplicado a 1.100 adultos. A abordagem qualitativa tem caráter exploratório-descritivo e utilizou na coleta de dados a entrevista semiestruturada, realizada no domicílio do entrevistado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados esperados são de uma associação da espiritualidade com a saúde.

Palavras-chave: Espiritualidade. Autopercepção de saúde. Processo saúde-doença. Adultos. Saúde Coletiva. Saúde Pública.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Percepção Subjetiva do Processo Saúde-Doença.....	16
2.2 Espiritualidade: religiosidade e existencialidade.....	22
2.3 Relação Saúde-Espiritualidade.....	26
2.4 Estudos sobre Saúde-Espiritualidade.....	31
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 Objetivo Geral.....	39
3.2 Objetivos Específicos.....	39
3.2.1 Abordagem Quantitativa.....	39
3.2.2 Abordagem Qualitativa.....	39
4 HIPÓTESES.....	40
4.1 Abordagem Quantitativa.....	40
4.2 Abordagem Qualitativa.....	40
5 METODOLOGIA.....	41
5.1 Delineamento.....	41
5.2 Abordagem Quantitativa.....	42
5.2.1 População de Estudo.....	43
5.2.2 Amostra.....	43
5.2.3 Desfecho.....	44
5.2.4 Exposição.....	44
5.2.5 Logística.....	45

5.2.6 Estudo-piloto.....	45
5.2.7 Controle de Qualidade.....	46
5.2.8 Processamento de Dados.....	46
5.2.9 Análise de Dados.....	46
5.3 Abordagem Qualitativa.....	46
5.3.1 Universo Empírico.....	47
5.3.2 Técnica de Coleta de Dados.....	48
5.3.3 Logística.....	48
5.3.4 Estudo-piloto.....	49
5.3.5 Análise de Dados.....	49
5.4 Aspectos Éticos.....	50
5.5 Triangulação de Métodos.....	50
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	52
7 ORÇAMENTO.....	53
8 CRONOGRAMA.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada.....	64
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	66
ANEXO B – Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual.....	68
ANEXO C – Resolução de Aprovação do Projeto pelo CEP UNISINOS.....	69

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde está relacionado à concepção de homem, mundo, realidade, influência do contexto social e possibilidade de mudança (SARRIERA *et al.*, 2003, p.88). A caracterização da saúde como multidimensional aponta para a crítica ao modelo biomédico como forma de repensar a concepção de saúde que embasa tais práticas onde prevalece a visão do doente e da doença. Devido à parcialidade da visão de mundo cartesiana, a saúde, individual e coletiva, está sendo afetada; portanto, torna-se necessária a substituição do paradigma biomédico por um conceito amplo de saúde e de sujeito em seu caráter integral e coletivo e, ao mesmo tempo, múltiplo e singular (CASTIEL, 1994).

Os diferentes paradigmas que embasam os modos de viver do sujeito fazem pensar no processo saúde-doença e nas dimensões fundamentais da saúde. O que se entende por saúde? Que dimensões seriam essas? De que modo a espiritualidade se relaciona (ou não) com a saúde, considerando que esta relação pode produzir saúde e/ou doença? Em que momento esses modos de perceber a realidade se conectam (pontos convergentes) e se afastam (pontos divergentes)? Quais são as interfaces entre saúde e espiritualidade?

A pesquisa propõe fazer uma leitura da espiritualidade no campo científico, através de uma complementaridade entre diferentes saberes que compreendem o campo da saúde coletiva: epidemiologia, bioestatística, subjetividade, antropologia, psicologia. Qual é a relação possível entre o saber baseado em um método quantitativo e a subjetividade humana quando se aborda a relação saúde-espiritualidade? A espiritualidade é um dos aspectos da saúde ou é mais ampla por envolver uma relação com a existência e a vida propriamente dita? Em que medida e de que maneira o espiritual influencia a saúde?

O tema desta pesquisa é a relação saúde-espiritualidade, sob uma concepção ampliada de saúde em suas dimensões biológica, psíquica, social e espiritual. A delimitação do tema consiste em abordar aspectos relativos à saúde, para além da presença ou ausência de doença. O problema de pesquisa é compreender as percepções de saúde e sua relação com a espiritualidade, por meio da caracterização das interfaces – onde esses campos de conhecimento se encontram e as relações que estabelecem entre si.

Pensar um conceito amplo de saúde é ultrapassar a visão voltada à doença, envolvendo o sujeito através do que pensa, sente e faz em cada momento e descobrir a motivação que o conduz às escolhas de vida ou de morte que faz no cotidiano. A pesquisa parte da perspectiva relacional, segundo a qual o sujeito se produz nas relações que estabelece consigo próprio, no encontro com o outro e com o transcendente. A saúde é compreendida na integralidade e, considerando que o sujeito se constrói ao longo das experiências de vida, ao se deparar com a diferença, sua etiologia envolve causas diversas. A espiritualidade é percebida como uma das dimensões da saúde, cada vez mais enfatizada atualmente. O tema é abordado de um ponto de vista holístico e complexo, que possibilita a compreensão desta no processo saúde-doença.

Estudos que abordam a relação saúde-espiritualidade estão cada da vez mais presentes no meio acadêmico em âmbito internacional (BENSON, STARK, 1998; KOENIG, 2000, 2007a, 2007b; HILL, PARAGMENT, 2003; SEEMAN *et al.*, 2003; POWELL *et al.*, 2003) e nacional, através de diversos grupos de pesquisa: Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES), Universidade Federal de Juiz de Fora (ALMEIDA, 2007, 2008); Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER), Instituto de Psiquiatria, Universidade de São Paulo (ALMEIDA, KOENIG, LOTUFO NETO, 2006); Projeto Racionalidades Médicas, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CAMARGO JR, 2003); UNICAMP (DALGALARRONDO, 2008); Núcleo Interdisciplinar de Estudos Transdisciplinares sobre Espiritualidade (NIETE), Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Pontifícia Universidade Católica/RS (MARQUES, 2003).

As influências da espiritualidade na saúde são percebidas na atualidade, no entanto, este é um campo a ser explorado, pois, embora o número de estudos sobre o tema esteja crescendo, há pouca clareza em relação ao conceito, aos aspectos que compõe, aos modelos teóricos e instrumentos de medida. A espiritualidade é um tema que provoca desassossego a muitas pessoas na população em geral e em âmbito científico por não ser algo facilmente verificável e objetivamente observável. Estudos recentes começam a apontar indicadores e variáveis referentes ao aspecto espiritual na saúde física e mental do sujeito.

A presente pesquisa é um entre tantos estudos realizados em todas as partes do mundo, que demonstram a ousadia de buscar entender um aspecto da saúde, tantas vezes esquecido. Pelo fato da espiritualidade envolver uma relação com o imaterial, é confundida com religião, religiosidade, sentido da vida, experiência religiosa, crença, fé. Quanto à saúde, também há certa confusão, pois, esta é, muitas vezes, abordada somente em sua dimensão biológica, em detrimento do todo multidimensional; ou se percebe somente a doença em detrimento do sujeito integral. Este fato implica um cuidado maior na busca por estudos sobre saúde-espiritualidade, no sentido de descobrir as concepções que embasam tais estudos.

A relevância social desta pesquisa consiste em uma tentativa de efetivação da integralidade na prática em saúde, por estudar a relação desta com a espiritualidade, sob o ponto de vista da população adulta não-doente. A espiritualidade, cada vez mais, faz parte das concepções e práticas sociais e a compreensão dessa relação é um dos fatores que pode contribuir para uma melhora no atendimento em saúde à população brasileira. Na medida em que a equipe profissional conhece a percepção de saúde-espiritualidade das pessoas atendidas, passa a compreender o sujeito de modo mais amplo, podendo intervir nas reais necessidades deste, potencializando os aspectos que favorecem uma melhor saúde para a população.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Diante da visão de mundo mecanicista cartesiana, a integralidade supõe uma visão ampliada de saúde e de sujeito entendido em seu todo multidimensional. Então, torna-se fundamental que se compreenda a influência dos múltiplos aspectos do sujeito e suas inter-relações no contexto mais amplo em que se insere. Esta pesquisa contempla o ser humano como holístico/complexo/integral/biopsicosocioespiritual com o objetivo de ressaltar as múltiplas dimensões do todo e não fragmentá-lo. Ao considerar o ser humano como biopsicosocioespiritual, o processo saúde-doença é entendido segundo o paradigma da integralidade, que compreende a saúde desde uma perspectiva holística, sistêmica, ecológica (CAPRA, 2006a, 2006b) e complexa (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; ALMEIDA FILHO, 2004). A saúde é abordada segundo: PAIM (2008), CANGUILHEM (2000), CAMARGO JR (2003) e a relação saúde-espiritualidade: FRANKL (2002).

O capítulo é composto de: percepções do processo saúde-doença; espiritualidade, religiosidade e existencialidade; relação saúde-espiritualidade e estudos sobre o tema.

2.1 Percepção Subjetiva do Processo Saúde-Doença

A Reforma Sanitária Brasileira, iniciada na década de 1970, é um fenômeno sócio-histórico responsável pela mudança na concepção de saúde, na medida em que amplia este conceito envolvendo um conjunto de mudanças sociais, históricas, culturais, psicológicas, subjetivas e estruturais. Uma mudança na concepção e prática sanitária e envolve, inclusive,

uma reforma na perspectiva clínica, epidemiológica, antropológica e não apenas uma reforma setorial reduzida aos serviços de saúde. Além disso, envolve a determinação social da saúde por fatores como a desigualdade em relação à renda, gênero, cor, idade, entre outros, bem como um conjunto mais amplo de necessidades humanas – subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade, liberdade (PAIM, 2008).

Conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade num dado momento de desenvolvimento, sendo resultante das condições: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse da terra, serviços de saúde (BRASIL, 1986). A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (BRASIL, 2008) caracteriza a iniquidade na saúde e considera os determinantes: evolução demográfica, social, econômica; estratificação socioeconômica; condições de vida, ambiente, trabalho; redes sociais, comunitárias; comportamentos, estilos de vida; saúde materno-infantil e saúde indígena.

Desta forma, a Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 a 200, inaugura um novo sistema de saúde pública no país, no qual a saúde passa a ser legalmente: “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Assim, origina-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que percebe a saúde segundo os princípios da equidade, universalidade, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Com base na idéia de determinação social, saúde e doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, o que possibilita alargar os horizontes de análise e intervenção sobre a realidade (PAIM, 2008). Dentre os princípios do SUS, a integralidade é o de interesse nesta pesquisa por expressar uma forma de perceber o sujeito em seu todo multidimensional, envolvendo a saúde e suas dimensões: biológica, psíquica e social/cultural. Por estes motivos, justifica-se uma crítica ao modelo biomédico.

No século XVII, René Descartes desenvolveu o método analítico, segundo o qual a essência da natureza humana reside no pensamento e o conhecimento é obtido decompondo o problema em partes para melhor analisar (CAPRA, 2006b). Proveniente deste, o dualismo mente-corpo é uma divisão em domínios separados e interdependentes: mente/alma – coisa pensante, objeto de estudo da filosofia e da religião – e corpo/matéria – coisa extensa, objeto de estudo da ciência (HELMAN, 2003).

No modelo biomédico, baseado nas causas naturais da doença, o corpo humano é uma máquina e cada órgão uma peça; o papel do médico é atacar a doença, consertar defeitos de um mecanismo enguiçado (MINAYO, 1988). O saber biomédico comporta uma visão de saúde reduzida à ausência de doença, privilegiando determinantes biológicos em detrimento dos sociais na interpretação dos fenômenos saúde-doença (ROZEMBERG; MINAYO, 2001, p.116). A fragmentação do sujeito como objeto de estudo é proveniente desta visão científica mecanicista-cartesiana que separa o objeto em partes para melhor descrevê-lo objetivamente. A concepção biomédica entende doença como “desvio dos valores normais, acompanhado de anormalidades na estrutura e funcionamento dos órgãos do corpo” (HELMAN, 2003, p.112).

Mas, sob que ponto de vista algo pode ser considerado normal ou patológico? Canguilhem (2000) diferencia o normal do patológico ao entender saúde como capacidade normativa, inocência orgânica e a margem de tolerância às infidelidades do meio social na história do sujeito. A doença é uma redução desta margem de tolerância, uma perda da capacidade normativa pelo sujeito. Ter saúde é adoecer e se recuperar já que a normalidade ou patologia são entendidas para um determinado sujeito em um dado contexto, no qual a normatividade, ou capacidade normativa, representa a capacidade de instaurar novas normas.

É preciso olhar além do corpo para estabelecer a diferença entre normal ou patológico, considerando que o mesmo sujeito é normal e/ou patológico, conforme o ponto de vista e as circunstâncias. Para este autor, a consciência da normalidade inclui a relação com a doença, pois, através da “patologia paradoxal do homem normal”, este

só sabe que é normal num mundo em que nem todo homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente [...] mas experimenta a certeza de afastar essa eventualidade. Tratando-se da doença, o homem normal é aquele que experimenta a certeza de poder frear, nele mesmo, um processo que, em outros, iria até o fim da linha (CANGUILHEM, 2000, p.260).

Isso significa que há uma polaridade dinâmica entre saúde e doença, pois esta constitui aquela no momento em que os insucessos da vida chamam atenção para a vida, introduzindo a saúde e a doença na consciência humana. O ser humano é percebido além de seus órgãos ou funções e o corpo como apenas um de todos os meios de ação possíveis. A doença não é apenas o desaparecimento da ordem fisiológica, é o aparecimento de uma nova ordem vital, pois não há doença de um órgão ou célula, só há doença do todo (CANGUILHEM, 2000).

O discurso científico constituiu-se uma forma de poder que não supõe lugar a crenças, valores, magia, sendo o eixo de sustentação da produção de sentido na sociedade ocidental. A biomedicina constitui um saber socialmente construído, uma ciência que precisa evoluir para

atender à necessidade de cuidado no processo saúde-doença; denota a necessidade de integrar-se com outras profissões para alterar a percepção fragmentada de sujeito. A terapêutica surge como projeto ético direcionado a restaurar e recuperar este potencial de vida não capturável pela ciência neutra, lógica e objetiva, pois o olhar técnico ignora o subjetivo, mutável, complexo e infinitamente variável (CAMARGO JR, 2003).

O conceito clássico de saúde da Organização Mundial de Saúde¹ (OMS, 2009) adota saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Este conceito é criticado por Segre e Ferraz (1997) por ser irreal, ultrapassado e unilateral: a saúde perfeita é uma utopia; diferencia o físico do mental e social; tendência positivista que desconsidera a autonomia do sujeito. Para estes autores, a saúde é um estado de harmonia entre o sujeito e sua realidade. Outra crítica a este conceito refere que este desconsidera o processo saúde-doença (SARRIERA *et al.*, 2003).

Concordando com esta crítica, Czeresnia (2008), afirma que a racionalidade científica, ao construir representações da realidade, desconsidera o limite dos conceitos em relação à saúde-doença na experiência concreta da saúde e do adoecer. Para esta autora, a saúde pública define-se como promotora da saúde quando suas práticas se organizam em torno da doença. A Política Nacional de Promoção da Saúde redimensionou o conceito de saúde ao adotar um modelo de atenção voltado para a saúde coletiva que tem como ações específicas: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool, drogas e por acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006a).

Frente à fragmentação de ser humano e saúde, o paradigma da complexidade explica a realidade e os sistemas vivos através das relações que se estabelecem entre si, percebendo saúde e doença não como realidades opostas, mas como partes do mesmo processo. Assim, saúde difere quantitativamente e qualitativamente de enfermidade, pois “implica poder adoecer e sair do estado patológico” (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; 2003; ALMEIDA FILHO, 2004; ALMEIDA FILHO, ANDRADE, 2008).

Na tentativa de estabelecer uma teoria geral e positiva de saúde, que contempla sua historicidade, Coelho e Almeida Filho (2002, 2003) sugerem três níveis conceituais de saúde:

- 1) saúde primária: padrão científico de saúde considerado como universal, que influencia e

¹ O conceito entrou em vigor em 7 de abril de 1948, com o Preâmbulo à Constituição da OMS, na Conferência Internacional de Saúde, Nova Iorque (1946), assinada por representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, n2, p.100) e passou a ser conhecido em 1978, na Declaração de Alma-Ata, relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

determina o saber popular, como o modelo biomédico; 2) secundária: critérios definidores do estado de saúde ou doença para um grupo social e respostas da sociedade a estes estados; por exemplo, papel de sadio e reconhecimento público da saúde; 3) terciária: expressão singular das novas normas instituídas pelo sujeito, transformada pela experiência de enfermidade ou exposição a riscos; que envolve signos e significados individuais diferenciadores da saúde e independentes do adoecimento, no plano simbólico.

A complexidade da relação entre estes distintos níveis de saúde evidencia-se já que a saúde primária se aplica a todos os seres humanos; a secundária refere-se a alguns sujeitos específicos – os que se definem por sua pertinência a um dado grupo social. A saúde terciária encontra-se ligada ao indivíduo, ressaltando sua singularidade (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; 2003). A presente pesquisa considera o caráter sócio-histórico e cultural do processo saúde-doença e a determinação social da saúde, mas enfoca esta saúde terciária, ou seja, a singularidade do sujeito ou percepção subjetiva do processo saúde-doença.

Isso porque saúde e doença são experiências singulares e subjetivas, são formas pelas quais a vida se manifesta. Além da saúde, é preciso considerar o adoecer humano, pois a doença produz um sofrimento que não pode ser desconsiderado (CASTIEL, 1994). Conforme o paradigma holístico, a representação subjetiva do processo saúde-doença é entendida a partir da dimensão biológica/corporal, visto que, muitas vezes, a doença começa no corpo emocional e se desenvolve até aparecer no corpo físico (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2007).

Considerando o processo saúde-doença, as dimensões da saúde podem ser entendidas através das três dimensões de doença: 1) *disease*: realidade biológica, doença processo, anormalidades de estrutura e funcionamento de órgãos ou sistemas, conforme o modelo biomédico; 2) *illness*: a doença experiência, percepção individual e reação social a esta, experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente; 3) *sickness*: processo pelo qual os signos biológicos, comportamentais e significados culturais e pessoais são socializados (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002).

Para Helman (2003), a diferença entre a visão médica e leiga dos problemas de saúde é representada como, respectivamente, *disease* (patologia, doença) e *illness* (perturbação). À dimensão biológica/corporal da saúde se aplicam as premissas médicas básicas: racionalidade científica, dualismo mente-corpo, visão de doença como entidade, reducionismo, mensuração objetiva, numérica, dados psicoquímicos, foco no paciente. Esta autora ressalta a necessidade de considerar, na saúde, os fatores emocionais, sociais, psicológicos, subjetivos, culturais, bem como o contexto familiar e comunitário no qual o paciente se insere.

A perturbação é a resposta subjetiva ao mal-estar do paciente e dos que o cercam e inclui a experiência pessoal do problema de saúde e o sentido que o indivíduo dá ao mesmo. Este processo é influenciado pela personalidade do paciente e pelo contexto socioeconômico em que se insere; afeta seus comportamentos e tipos de tratamentos que procura; representa uma forma mais específica de adversidade à qual a pessoa está sujeita e deve ser considerado para compreender como o sujeito interpreta os problemas (HELMAN, 2003).

O processo saúde-sofrimento psíquico/subjetivo, enfatizado nesta pesquisa, é o objeto de estudo da psicologia, que estuda a subjetividade humana e percebe a saúde envolvendo o corpo físico e emocional, a mente, o social, cultural, espiritual, singular, individual e coletivo. A saúde coletiva tem como objeto de estudo o sujeito (paciente ou terapeuta); não estuda nenhuma enfermidade em si, mas nas pessoas que as têm/tratam/sofrem/interpretam/negam/aceitam a situação vivida em interação, na cultura (MINAYO, MINAYO-GÓMEZ, 2003).

Pelo fato do processo saúde-doença apresentar múltiplas dimensões, precisa ser abordado por meio da contribuição de conceitos de disciplinas diversas. Nesta pesquisa, busca-se uma complementaridade entre diferentes saberes, pela sua diferença – em relação ao objeto de estudo, métodos, técnicas, conceitos e nomenclaturas – na investigação das questões referentes ao ser humano e ao contexto em que se insere. Dentre os saberes que compõem o entendimento do processo saúde doença e sua relação com a espiritualidade, nesta pesquisa, a epidemiologia, a bioestatística e a psicologia, são mais enfatizadas que as ciências sociais e antropologia – não desconsiderando estas, conforme dito anteriormente.

Silva e Dalmaso (2002) fazem uma distinção entre saber clínico e epidemiológico. O saber clínico concebe a doença em sua dimensão biológica, identificada no corpo, utilizando recursos terapêuticos individuais; o cuidado é desenvolvido com base no trabalho médico. No saber epidemiológico a saúde relaciona-se a condições ambientais e sociais; com métodos de identificação coletivos, recursos que transcendem o indivíduo e se estendem ao meio social; a atenção abrange cura, prevenção e promoção. Sob este ponto de vista, a epidemiologia é mais abrangente que o saber clínico, porém, por estar fundada no paradigma científico, estuda populações como dados estatísticos, no modelo matemático e mecanicista, para desvendar a extensividade e magnitude dos problemas. Estas autoras afirmam que o lugar do sujeito na epidemiologia e práticas de planejamento em saúde pública é quase um lugar vazio.

A epidemiologia é uma ciência que investiga um conjunto numérico de indivíduos e impõe uma referência estatística sobre o processo saúde-doença, percebendo o sujeito enquanto número. Brant (2001), afirma que se faz importante uma nova epidemiologia capaz

de perceber o processo saúde-doença diante dos modos de viver, adoecer, morrer, pensar e fazer na atualidade. Este autor critica a epidemiologia tradicional, pois

ao se considerar o indivíduo como unidades estatísticas independentes, ignora-se completamente a existência das relações sociais dentro das quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos. [...] A epidemiologia considera a “matematização do real como critério de verdade” sem apreender a historicidade do sujeito em todas as suas dimensões (BRANT, 2001, p.224).

Para Brant (2001) a epidemiologia precisa reconhecer que os estudos qualitativos são indispensáveis para possibilitar a compreensão dos processos que regem o universo do sujeito. A abordagem qualitativa refere-se à intensividade dos fenômenos, aprofunda a compreensão de grupos, visando a desvendar a lógica interna específica, a cosmologia: visão de determinados problemas, expressos em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes, práticas (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003).

A seguir, uma distinção entre espiritualidade, religiosidade e existencialidade, para definir o que se entende por estes termos nesta pesquisa.

2.2 Espiritualidade: religiosidade e existencialidade

O tema da espiritualidade pode ser interpretado sob diversos pontos de vista e não há uma definição única deste conceito nem mesmo entre os estudiosos no âmbito científico. A delimitação teórica nesta pesquisa envolve a religiosidade e a existencialidade como dois aspectos da espiritualidade. É realizada uma distinção entre: espiritualidade, religiosidade, religião, experiência e prática religiosa, crença, fé, existencialidade e sentido da vida.

O conceito de **espiritualidade** envolve o componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida); este último não implica em qualquer referência a conteúdo especificamente religioso (VOLCAN *et al.*, 2003; MARQUES *et al.*, 2009).

Espiritualidade é uma vivência interior, com caráter experiencial, conexão com o todo, com a vida em si, relação com a transcendência. É um conceito complexo e subjetivo, como felicidade, qualidade de vida e beleza, em virtude de suas propriedades abstratas, de difícil medição (FLECK, SEKVINGTON, 2007, p.148); é definida como um sistema de

crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida (SAAD *et al.*, 2001). É a propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (REED, 1991).

A espiritualidade está relacionada à transcendência – campo experiencial fora da existência material – e à conexão – percepção e experiência de ligação com pessoas (vivas ou mortas), natureza e cosmos, ao longo do tempo e do espaço (DALGALARRONDO, 2008, p.24). A espiritualidade é um conjunto de crenças que traz vitalidade e significado aos eventos da vida; uma propensão humana para o interesse pelos outros e por si mesmo, que depende de três componentes ou necessidades: encontrar significado, razão e preenchimento na vida; esperança/vontade de viver; fé em si mesmo, nos outros e em Deus (ROSS, 1995). A espiritualidade refere-se a certo equilíbrio entre os estados emocional, psíquico, físico (DETHLEFSEN, DAHLKE, 2007).

Espiritualidade é a busca pessoal pela compreensão de respostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, o significado e a relação com o sagrado ou o transcendente que pode (ou não) levar a ou originar-se do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação da comunidade (KOENIG *et al.*, 2001). Espiritualidade é um conceito mais amplo que religiosidade, religião, crença e prática religiosa; é a “relação com o transcendente, com o extrafísico, espíritos, Deus ou algo do gênero. Esta dimensão espiritual transcendente pode dar-se dentro de um ambiente institucional, no caso da religião” (ALMEIDA, 2008, p.20).

O espiritual (religioso ou não) parece ser aquela área da vida humana que permeia as outras esferas, sendo sua origem e o seu final, a partir do qual ocorre uma maior consciência de se estar vivo. É um estímulo para a integração interna (corpo-mente-espírito) e externa (pessoa-ambiente-universo), proporcionando o sentimento de unidade; alimenta, dá sentido, vitaliza e significa a vida como um todo, não mais dividida (MARQUES, 2000).

O bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais (WHO, 2002), é a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação a sua crença (VOLCAN *et al.*, 2003); sensação de bem-estar experimentada quando encontra-se um propósito que justifique o comprometimento pessoal com algo na vida e envolve um significado último para esta (ELLISSON, 1983 *apud* MARQUES, *et al.*, 2009).

As crenças pessoais são valores sustentados por uma pessoa, que formam a base de seu estilo de vida e seu comportamento. A espiritualidade é a crença em algo não-material, enquanto as crenças pessoais podem ser de natureza material, como o ateísmo (FLECK *et al.*,

2003, p.448). A crença define-se por certa adesão ao que parece ou pode ser verdadeiro; é o assentimento voluntário dado a asserções tidas como verdadeiras (crenças morais, políticas, religiosas). A fé religiosa é um tipo de crença na qual os enunciados referem-se aos mistérios sobrenaturais (DALGALARRONDO, 2008).

A espiritualidade refere-se ao significado e propósito da vida, à crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados (SAAD *et al.*, 2001). Uma pessoa “pode ter uma religiosidade forte, freqüentando cultos regularmente, mas a espiritualidade pouco desenvolvida, por não vivenciar esses aspectos no seu interior” (SAAD, MEDEIROS, 2008, p.135). As crenças e práticas espirituais e religiosas baseiam-se fortemente em buscas pessoais para compreender o significado da vida, o relacionamento com o sagrado e o transcendente (ALMEIDA, KOENIG, 2006). Mas a espiritualidade não se limita a crenças ou práticas; coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver.

A **religiosidade** diz respeito à religião, crenças e práticas religiosas. A religião refere-se ao aspecto institucional e doutrinário de determinada forma de vivência religiosa; define-se por determinadas crenças e ritos referidos ao transcendente e entendidos como meios que oferecem salvação. Essas características expressam-se como ensinamentos, práticas e comportamentos religiosos ligados a templos, lugares e monumentos, potenciando aos fiéis a vivência espiritual em uma tradição religiosa. Esse modo de ser cria uma identidade religiosa e sentimento de pertencimento a uma comunidade religiosa (BOFF, 2001; LIBANIO, 2002).

No início do século XX, em 1917, Rudolf Otto (1992) inaugurou um novo modo de estudar o fenômeno religioso, continuado por Mircea Eliade (2008). Eles se apartaram das análises tradicionais que enfatizavam a comparação entre as diferentes religiões para apontar as diferenças. Esse novo enfoque coloca o acento na experiência religiosa que teria elementos semelhantes em todas as religiões. Com isso, há uma passagem do acento no institucional para o experiencial no estudo do fenômeno religioso. Essa nova perspectiva permite distinguir religiosidade e espiritualidade de religião.

Religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, envolve a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo (FLECK *et al.*, 2003, p.448). A religião tem caráter institucional, formal, externo, expressão doutrinal e autoritária, que inibe. Já a espiritualidade representa o individual, subjetivo, emocional, expressão interna, sem regras, que liberta (KOENIG *et al* (2001).

Todas as religiões têm como base a experiência com uma realidade misteriosa e fascinante que se apodera do ser humano, manifestando a presença de algo transcendente, sentido no cotidiano da existência humana e com grande capacidade de transformar a vida. Esta vivência foi chamada de *experiência do numinoso*. A espiritualidade refere-se a essa experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. Significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades. É a arte de deixar impregnar e orientar a vida pela vivência da transcendência (BOFF, 2001).

A espiritualidade manifesta-se como religiosa, quando essa transcendência repercute de tal forma na transformação da vida da pessoa que o experimentado não se explica apenas por forças contidas na interioridade da pessoa, mas é sentido como a presença de Outro absoluto, identificado com Deus. Assim a religiosidade é uma espiritualidade que assume a transcendência como divina, porque revela a presença da força de Outro na alma humana. Essa forma de espiritualidade foi também chamada de mística. A religião é entendida como elemento institucional, externo ao sujeito; campo de elaboração subjetiva em que a maioria da população latino-americana constrói simbolicamente o sentido de sua vida e busca motivação para a superação da crise existencial colocada pela doença (VASCONCELOS, 2006).

O bem-estar religioso é o bem-estar advindo da comunhão e da relação pessoal íntima com Deus ou com algo que se considere como uma força superior, que vai além do indivíduo, algo sagrado. É uma dimensão vertical da espiritualidade, satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considere absoluto (MARQUES, *et al.*, 2009).

A **existencialidade** ou caráter existencial da espiritualidade diz respeito ao sentido da vida, aos valores, ao bem-estar existencial – dimensão horizontal da espiritualidade, que se refere à percepção da pessoa em relação ao propósito da vida independente de uma referência religiosa (MARQUES, *et al.*, 2009). A necessidade de significado é condição essencial à vida; quando um indivíduo se sente incapaz de encontrá-lo, sofre pelo sentimento de vazio e desespero (ROSS, 1995). Transcender é buscar significado; a espiritualidade é o caminho (PERES *et al.*, 2007b). O sentido da vida é algo que se experimenta emocionalmente, um sentimento, transformação da visão de mundo do sujeito que o faz sentir reconciliado com o universo (ALVES, 2000); constitui fator importante e revelador da espiritualidade humana, muitas vezes afetada pelo sofrimento e adoecimento (ARAÚJO, 2009).

A abordagem existencialista procura, antes de tudo, ver o paciente tal como é realmente, descobri-lo enquanto ser humano e não como uma simples projeção de teorias a seu respeito; considera a pessoa como um processo. Os existencialistas valorizam a vontade e a

decisão humanas por acreditarem no fato de que o ser humano pode influir em relação ao seu destino. O existencialismo coloca a questão da fronteira entre normalidade e patologia, descobrindo a psicopatologia da média, partilhada por pessoas que vivem a angústia da solidão e da alienação (IONESCU, 1997).

Portanto, a espiritualidade está relacionada à transcendência; a religiosidade envolve uma vinculação a uma religião, crenças, práticas religiosas; o existencial aborda o espiritual sem a ligação a uma religião e envolve o sentido da vida, os valores. Esta dimensão será enfatizada no próximo item, visto que, nesta pesquisa, a psicologia existencial ou logoterapia é ponto de partida para se pensar a relação saúde-espiritualidade.

2.3 Relação Saúde-Espiritualidade

A saúde do sujeito é determinada pela interação de fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais (SAAD *et al.*, 2001). A espiritualidade, ao lado do biopsicossocial, está cada vez mais presente na experiência humana, na percepção subjetiva do processo saúde-doença. Assim, é importante reconhecer a influência da espiritualidade na saúde (ALMEIDA, 2007).

A percepção humana tem natureza subjetiva (PERES *et al.*, 2007a), pois a forma com a qual o sujeito se percebe tem a ver com suas construções contextuais subjetivas e culturais. Para indivíduos de uma comunidade, esta percepção “é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico” (UCHÔA, VIDAL, 1994, p.501). A perspectiva do sujeito deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico e envolve o saber popular. O caráter simbólico da saúde é reconhecido, pela antropologia médica, que

aborda as maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos, explicam as causas dos problemas de saúde; relaciona-se aos tipos de tratamento em que as pessoas acreditam e aos indivíduos a quem recorrem quando adoecem; estuda como crenças e práticas relacionam-se a mudanças biológicas, psicológicas, sociais do ser humano (HELMAN, 2003, p.11).

Por outro lado, as teorias leigas da enfermidade situam a etiologia dos problemas de saúde dentro do indivíduo (responsabilidade pela enfermidade, vulnerabilidade pessoal), no mundo natural (meio ambiente), no mundo social (bruxaria, feitiçaria, mau-olhado) e/ou no mundo sobrenatural (deuses, espíritos, entidades ancestrais) (HELMAN, 2003, p.124-8).

Um exemplo desta percepção do sujeito como construção individual e social é o efeito-placebo. A eficácia simbólica (efeito-placebo) nas práticas de cura, além da eficácia material, através do surgimento de efeitos mágicos a partir de crenças, representações e valores compartilhados pelo paciente ou pelo terapeuta. Esta eficácia simbólica pode ter efeito-placebo positivo (terapêutico) ou negativo (iatrogenia), ou seja, quando origina reações adversas do mesmo mecanismo outrora terapêutico (CAMARGO JR, 2003). O efeito placebo funciona a partir das crenças pessoais em uma medicação alopática ou tratamento alternativo, em uma pessoa capaz de curar (médico, curandeiro ou outro) que alivie, além da dor, o sofrimento que a doença envolve (BENSON, STARK, 1998).

A medicina oriental integra de forma explícita a dimensão religiosa e espiritual ao processo saúde-doença (FABREGA, 2000). A medicina ocidental tem duas posturas em relação à influência da espiritualidade na saúde: negligência, por considerar estes assuntos irrelevantes e oposição, por caracterizá-lo como patologia (PARGAMENT *et al.*, 1998). No entanto, desde 1983, na Assembléia Mundial de Saúde, há uma proposta de inclusão da dimensão “não material” ou “espiritual” da saúde, modificando o conceito clássico da OMS para “estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (OMS, 2009). E em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2008) incluiu no Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV) o “problema religioso ou espiritual” como categoria diagnóstica.

Diversos mecanismos foram propostos para explicar a influência da religiosidade na saúde humana: incentivo a estilos de vida e comportamentos saudáveis relacionados à alimentação, uso de substâncias, comportamento sexual, criação dos filhos; suporte social que propicia o sentido de pertencimento a um grupo e facilita a adesão a programas de promoção da saúde; sistema de crenças e suporte cognitivo que propicia sentido à vida e ao sofrimento; práticas religiosas; direção espiritual; modo de expressar o estresse. Considerando que a espiritualidade/religiosidade é um fenômeno multidimensional (BAETZ, TOEWS, 2009), não é um simples fato explica suas ações e conseqüências, mas a combinação de comportamentos, crenças e o ambiente promovido pela participação religiosa provavelmente colaboram para determinar os efeitos da religiosidade na saúde (ALMEIDA *et al.*, 2006).

Hill e Pargament (2003) estudam a religião e espiritualidade e suas implicações na saúde física e mental e identificam que pesquisas em psicologia da religião têm encontrado que a relação saúde-espiritualidade vai além de processos de medida uniformes, mas representam o envolvimento de variáveis complexas: as dimensões cognitiva, emocional,

comportamental, interpessoal e fisiológica. Estes autores indicam que, com maiores avanços no conceito e medida da religião e espiritualidade, pode-se constatar que esta relação faz parte de um tipo diferente dos até então concebidos, de construção social e psicológica.

Vários conceitos e medidas fazem parte de uma construção de sentido psicoespiritual: abertura a Deus (*Spiritual Support Scale; Religious Problem Solving Scale*); orientação, força motivacional (*Age Universal I-E Scale; Religious Internalization Scale*); sustentação religiosa/espiritual (*Negative Religious Coping Scale; Quest Scale*); suporte religioso (*Perceived Religious Support; Religious Coping Scale*). Os autores afirmam que, ao confiar em mediadores envolvendo as dimensões mencionadas e em índices globais – como frequência à igreja – o pesquisador subestima a complexidade e negligencia a possibilidade que algo inerente à própria experiência religiosa/espiritual possa contribuir no aumento ou diminuição da saúde física e/ou mental. Ou seja, a espiritualidade pode ter efeito direto na saúde, sem mecanismos mediadores envolvidos (HILL, PARGAMENT, 2003).

As primeiras discussões sobre religião no âmbito da psicologia foram trazidas por Freud (1997), que a considerou um remédio ilusório contra o desamparo, com raízes na fantasia, capaz de produzir sintomas neuróticos e psicóticos. Para este pensador, a motivação profunda da religião era defender o homem da cultura ameaçadora e atender sua necessidade de ilusão de felicidade (SANTOS; RAMÓN, 2007). Freud não identificou em sua obra esta sensação de eternidade, de algo ilimitado, sem fronteiras, mas nem por isso negou a existência da espiritualidade. No entanto, foram outros autores que estudaram este tema.

Na pesquisa, aborda-se a perspectiva teórica da psicologia espiritual e existencial, conhecida como logoterapia, criada pelo psicólogo austríaco Viktor E. Frankl, que trabalha o sentido existencial do sujeito, dimensão espiritual da existência, plenitude existencial; consiste na cura pela busca de sentido na vida, convivência e solidariedade no amor (FRANKL, 2001; LUKAS, 2006; SARRIERA, 2004). Concebe que cada sujeito é único, tem sua própria vocação ou missão na vida, cada um tem uma tarefa que está por ser realizada; diante da qual a responsabilidade é percebida como essência da existência humana. O sujeito “somente pode responder à vida, respondendo por sua própria vida” (FRANKL, 2001, p.98).

Frankl trata da dimensão espiritual/existencial do ser humano como dimensão indissociável da física e da psicológica (SARRIERA, 2004). A logoterapia trabalha conceitos como: inconsciente espiritual, vontade de sentido, tomada de decisão, frustração existencial e neurose noógena, vazio existencial, noodinâmica, sentido da vida e essência, sentido do amor

e do sofrimento (FRANKL, 2001). Esta psicoterapia trata de um pertencimento e regeneração da estabilidade psíquica; se dirige tanto a pessoas sadias como a doentes (LUKAS, 2006).

A espiritualidade sempre foi considerada importante aliada dos que sofrem e estão doentes (FLECK *et al.*, 2003). Diante da desvalia e necessidade de ajuda frente ao sofrimento, a crença em um ser superior, ou em vários, constitui a força de sustento, recuperação e proteção; atinge a solidão interior de quem padece pela dor, motiva o vínculo com o transcendente, com quem o sujeito pode contar e sentir-se seguro; propicia uma compreensão ou interpretação do que acontece; favorece a busca de sentido e a superação do sofrimento (ROCCA, 2007). A vulnerabilidade do sujeito se expressa no corpo físico, mental e espiritual (JUNGES, 2001) e a falta de sentido na vida pode ocasionar doenças nestes três níveis, indissociáveis. Saúde é a capacidade de reação do sujeito frente às vulnerabilidades/adversidades que a vida lhe apresenta (JUNGES, 2006).

Por ter uma crença profunda em algo, independente da religião, a relação do sujeito com a própria saúde se produz de modo diferente porque este dá um significado transcendental à vida, como estratégia possível de lidar com adversidades, sofrimento e doença (FLECK, SKEVINGTON, 2007). O sujeito se relaciona de modo diferente com a saúde quando tem uma espiritualidade, mas esta relação pode promover saúde ou doença (ALMEIDA, 2008; DALGALARRONDO, 2007; FARIA, SEIDL, 2005; GUIMARÃES, AVEZUM, 2007; KOENIG, 2007b; MARQUES, 2000; 2003) e saúde-doença ao mesmo tempo (DALGALARRONDO, 2008). Pode-se pensar que a relação saúde-espiritualidade é singular, de cada um, pois o que produz saúde para um pode produzir doença para outro.

A espiritualidade promove a saúde através de mecanismos psicológicos, sociais e de comportamento que geram aumento da longevidade, saúde mental, qualidade de vida, auto-estima, esperança, otimismo, melhor suporte social, hábitos de vida mais saudáveis, sentido na vida (ALMEIDA, 2008). “A maioria das pesquisas em populações saudáveis sugere que as crenças e práticas religiosas estão associadas com maior bem-estar, saúde mental e um enfrentamento exitoso de situações estressantes” (KOENIG, 2007a, p.6).

O espiritual proporciona um crescimento no relacionamento intrapessoal (consigo), interpessoal (com o outro) e transpessoal (com um poder supremo). O sujeito com esta dimensão desenvolvida tende a adoecer menos e ter hábitos de vida saudáveis, pois oferece um referencial positivo para o enfrentamento da doença e ajuda a suportar melhor sentimentos de culpa, raiva e ansiedade (SAAD, MEDEIROS, 2008). A espiritualidade também está sendo identificada como fator protetor ao consumo de drogas ilícitas (SANCHEZ, NAPPO, 2007).

Os efeitos benéficos da religião e da religiosidade na vida das pessoas são: fornecer um conjunto de sentido e significados plausíveis para a existência, sofrimento e morte; produzir uma rede de apoio social acessível e aceitável para o sujeito; estabelecer padrões comportamentais saudáveis em relação ao uso de álcool e drogas ilícitas; difundir a idéia de solidariedade e igualdade, veiculando valores e comportamentos relacionados à aceitação, tolerância, ajuda e apoio a outras pessoas e grupos (DALGALARRONDO, 2008, p.260).

Historicamente, a espiritualidade tem sido sinônimo de satisfação e conforto em momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). O caráter prejudicial da espiritualidade na saúde (coping religioso negativo) é percebido quando provoca pior evolução de quadros clínicos e da saúde mental (ALMEIDA, 2008), podendo haver associação com transtornos psicóticos (KOENIG, 2007b), esquizofrenia, suicídio, drogadição (DALGALARRONDO, 2007). Da mesma forma, algumas práticas religiosas são responsáveis por perigos e riscos de saúde, como: proibição de vacinas, medicação ou transfusão de sangue, endogamia, violência contra pessoas infiéis, manipulação de serpentes venenosas, destino dos mortos (ALMEIDA et al, 2006).

Pensamentos negativos provenientes de uma crença religiosa, que geram sentimentos de culpa, podem ocasionar mais sofrimento ao paciente, levando à sensação de abandono, desamparo, baixa auto-estima (PERES *et al.*, 2007b). A crença no sobrenatural, entre outros fatores, pode levar o sujeito a deixar de acreditar no remédio caseiro e no médico (HELMAN, 2003). Orientações religiosas podem fazer o indivíduo abandonar um tratamento médico, causando piora no quadro clínico, embora a maioria das religiões não estimule a interrupção do tratamento tradicional (KOENIG *et al.*, 2001). Porém, pessoas céticas também abandonam o tratamento médico, não sendo a crença religiosa o único fator responsável pelo abandono.

Os efeitos maléficos da religião e da religiosidade na vida das pessoas são: diminuir a liberdade individual por meio de cobranças exigentes do grupo sócio-religioso em relação a valores, pensamentos e comportamentos; estabelecer padrões de conduta moral de difícil alcance, produzindo uma sensação constante de culpa, insuficiência e baixa auto-estima; discriminar sujeitos homossexuais ou outro comportamento que difere da norma; desencadear episódio psicótico ou de outro transtorno mental com práticas rituais emocionalmente intensas; engendrar idéias sectárias de superioridade ou inferioridade de pessoas ou grupos distintos em termos culturais, religiosos, étnicos (DALGALARRONDO, 2008, p.260).

A seguir, diversos estudos que apontam que fatores biológicos, psíquicos e sociais interagem na gênese de qualquer enfermidade e influenciam na relação saúde-espiritualidade.

2.4 Estudos sobre Saúde-Espiritualidade

No curso da história humana o interesse pela espiritualidade e religiosidade sempre existiu, a despeito de diferentes épocas e culturas. Os primeiros trabalhos nesta área surgiram nos Estados Unidos, com Harold Koenig e David Larson (ALMEIDA, 2008), Canadá, Grã-Bretanha, Espanha, Suíça, Alemanha, Egito, Tailândia, Oriente Médio e Índia (KOENIG, 2007a). Desde 1960, com os primeiros periódicos especializados como o *Journal of Religion and Health*, a ciência tem demonstrado interesse pelo tema (PERES *et al.*, 2007a).

Na atualidade, existem inúmeras pesquisas sobre saúde-espiritualidade, em sua maioria no contexto norte americano (DALGALARRONDO, 2006). Embora o número de estudos sobre espiritualidade e saúde no Brasil e em outros países de língua portuguesa tenha crescido, estes são pouco conhecidos no exterior e não há uma revisão abrangente de literatura em português acessível a pesquisadores de tais países (ALMEIDA, 2007).

Nesta pesquisa, realizou-se a busca de artigos com os termos “*spirituality, health and adults*”, resultando 315 no PubMed e 34 no Scielo. Grande parte destes refere-se à associação da espiritualidade com sujeitos acometidos por doença física e/ou mental (câncer de diversos tipos, HIV/Aids, depressão e outros transtornos mentais, uso de drogas) e alguns referem-se a profissionais da saúde, lésbicas, transexuais, mulheres vítimas de violência, curandeirismo, transe e possessão, grupos de louvor. Outros artigos consistem em revisões de literatura que abordam conceitos como “coping religioso espiritual”, fenômenos anômalos, qualidade de vida. Optou-se por revisar 17 estudos do Scielo, no contexto brasileiro, que incluem revisões de literatura e estudos nacionais e internacionais citados nas referências destes.

Em 2001, foi publicado nos Estados Unidos o livro *Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed* pelos pesquisadores Harold Koenig, Michael McCullough e David Larson, uma síntese do resultado de 850 artigos publicados no século XX sobre as relações entre religião e saúde. Os numerosos estudos transversais e alguns estudos de seguimento evidenciam que os sujeitos que se envolvem com atividades religiosas (cultos, orações, leitura de textos religiosos) e se consideram “pessoas mais religiosas”, apresentam maior bem estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias, ideação e comportamentos suicidas (DALGALARRONDO, 2006).

Porém, uma limitação destas pesquisas é que grande parte das que demonstram a ação positiva da religião foi realizada no contexto cultural anglo-saxão, com base na epidemiologia e psicométrica, sem considerar o contexto sociocultural e simbólico da experiência religiosa para o sujeito (DALGALARRONDO, 2006). Considerar o contexto socioeconômico, político e cultural onde a espiritualidade surge e avaliar os sentidos específicos desta em cada contexto é fundamental, pois a espiritualidade é uma dimensão social e cultural da experiência humana.

Fleck *et al* (2003) afirmam que os instrumentos disponíveis, desenvolvidos geralmente nos Estados Unidos, são pouco válidos para estudar a prática religiosa em diferentes culturas. Por isso, a OMS, através do grupo de Qualidade de Vida, incluiu em seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Instrument), o domínio religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais (OMS, 2009).

Em 2006, Alexander Moreira Almeida, Francisco Lotufo Neto e Harold Koenig revisaram o livro mencionado, incluindo artigos publicados após 2006 e estudos conduzidos no Brasil. A maior parte dos estudos encontrou efeito de um maior envolvimento religioso associado a indicadores de bem estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado) e doença mental (menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas). Para estes autores, o impacto positivo na saúde mental é mais intenso em pessoas sob estresse (idoso, pessoa com deficiência, doente).

Há evidências da relevância da espiritualidade em diversos aspectos da saúde mental e adaptação ao estresse (ALMEIDA *et al.*, 2006; FLECK *et al.*, 2003; SAAD, MEDEIROS, 2008). A religiosidade deixou de ser considerada fonte de patologia, sendo reconhecida como provedora do re-equilíbrio e saúde da personalidade (LEVIN, 1996); fator protetor para suicídio, uso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais (KOENIG, 2004); melhora o estado psicológico por trazer esperança, perdão, altruísmo, amor; otimiza vias psicofisiológicas, psiconeuroimunológicas e psiconeuroendócrinas (SAAD, MEDEIROS, 2008).

Outros estudos abordam a influência da espiritualidade na saúde física, demonstrando que pessoas espiritualistas tendem a ser fisicamente mais saudáveis, tem estilos de vida mais benéficos e requerem menos assistência médica (KOENIG, 2000). Guimarães e Avezum (2007) realizaram uma revisão descritiva de estudos sobre espiritualidade e saúde física. Os resultados mostram associações entre espiritualidade e atividade imunológica, saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade, além de aspectos de intervenção com o

uso de prece intercessória. Os autores afirmam que a espiritualidade é fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças.

Powell *et al.* (2003) realizaram uma metanálise de revisões sistemáticas com o objetivo de examinar a base científica para as hipóteses mais populares sobre o impacto da religião e espiritualidade na saúde física. Os estudos de interesse foram os que relacionavam a religião/espiritualidade com a saúde física, somente, identificados nas bases de dados Medline e PsycInfo, bibliografias de revisões anteriores e consultas a pesquisadores no assunto.

Neste estudo, os critérios de exclusão foram: estudos que não apresentavam nenhuma tentativa de controlar fatores de confusão; delineamento transversal; medida inadequada da religião ou espiritualidade ou saúde física; nenhuma análise estatística; relatórios mais adiantados no mesmo estudo de coorte. Os critérios de inclusão: adequação de controle para fator de confusão; medida imprecisa da religião/espiritualidade ou de co-variáveis; falha para controle de testes múltiplos; observação posterior de subgrupo; adequação de controle para fatores de proteção. A medida de efeito utilizada foi o risco relativo (RR): RR=1 (sem relação religião/espiritualidade e saúde física), RR<1 (fator de proteção) e RR>1 (fator de risco).

Em tal estudo, identificaram-se nove hipóteses: 1) freqüentar igreja/serviços religiosos protege da mortalidade; 2) religião/espiritualidade protegem de doença cardiovascular; 3) protegem da mortalidade por câncer; 4) pessoas profundamente religiosas têm menor mortalidade; 5) religião/espiritualidade protegem das limitações nas atividades diárias; 6) retardam a progressão do câncer; 7) pessoas que se utilizam da religião para lidar com as dificuldades vivem por mais tempo; 8) melhoram a recuperação na doença aguda e impedem a recuperação na doença aguda; 9) rezar melhora a recuperação física da doença aguda.

Dentre estas hipóteses, os resultados apontam que apenas a primeira tem força persuasiva de evidência e três apresentam alguma força de evidência (religião/espiritualidade protege da doença cardiovascular; impedem a recuperação de doença aguda; rezar melhora a recuperação física na doença aguda). As outras hipóteses foram consideradas com falhas consistentes ou inadequadas. Powell *et al.* (2003) concluem que, embora exista tendência à correlação entre espiritualidade-saúde física, os estudos revisados não são adequadamente robustos e há a necessidade de maiores estudos a respeito.

Seeman *et al* (2003) realizaram uma revisão crítica sobre relação entre a religiosidade/espiritualidade e os processos fisiológicos, na qual foram analisados estudos embasados em práticas religiosas judaico-cristãs e diversos tipos de práticas espirituais de meditação, comuns a religiões orientais. Após, foram discutidos os multicomponentes dos programas de

intervenção mente-corpo que incluem aspectos de meditação e/ou relaxamento e terapia cognitiva/emocional com componentes espirituais. Os critérios de avaliação, além dos níveis de evidência, foram: desenho do estudo, amostragem, técnica de medida e análise.

Com base na literatura, Seeman *et al* (2003) elencaram 11 proposições que relacionam religiosidade/ espiritualidade com a fisiologia. Em relação a práticas religiosas judaico-cristãs, as proposições relacionadas foram: religiosidade/espiritualidade estão associadas à baixa pressão sanguínea e menos hipertensão; melhores perfis lipídicos; melhor função imune. Em relação à meditação, as proposições foram: meditação/relaxamento estão associados com baixa pressão sanguínea; baixo colesterol; baixo nível hormonal (estresse); menos oxidação (estresse); menor pressão sanguínea em situações desafiadoras; menor estresse; testes-padrão diferenciais de atividade cerebral; e melhor resultado de saúde em populações doentes.

Os resultados apontam que, embora tenham sido encontradas evidências em estudos transversais com generalização questionável e fatores de confusão, a pesquisa com amostras mais representativas e análise multivariada fornece uma evidência mais forte que relaciona práticas religiosas judaico-cristãs à melhor pressão sanguínea e função imune. A mais forte evidência vem de experimentos randomizados que relatam impacto fisiológico benéfico da meditação transcendental. Os autores concluem que a evidência disponível é consistente com a hipótese de que a religiosidade/espiritualidade relaciona-se aos processos fisiológicos (cardiovascular, neuroendócrino, função imune) (SEEMAN *et al.*, 2003).

Algumas considerações para pesquisas futuras: amostras representativas e controle de fatores de confusão; diferenciação entre religiosidade e espiritualidade, incluindo especificação das dimensões que podem ser diferentemente relatadas em processos fisiológicos e saúde; especificação da possível variação populacional (diferenças individuais de idade, gênero, classe social, etnia); exame de perfis fisiológicos (SEEMAN *et al.*, 2003).

Quanto à religião, um estudo da OMS investigou 5.087 pessoas em 18 países, com: 225 argentinos, 493 brasileiros (Porto Alegre e Santa Maria) e 251 uruguaios. Entre os países cristãos fora da África, o Brasil teve a maior porcentagem de entrevistados moderadamente ou extremamente religiosos (80% a 90%) (SAXENA, 2006). Há evidências de que o sujeito se torna mais religioso quando adoece física ou mentalmente; em situações de alto estresse psicológico, a religião é usada para auxiliar a lidar com/se adaptar a situações de sofrimento (KOENIG, 2007b). O censo demográfico aponta que 92,7% dos brasileiros têm uma religião definida e 7,3% da população não têm religião; 73,6% são católicos e 15,4%, evangélicos (IBGE, 2000). Os agnósticos podem ter espiritualidade rica (FLECK, SEKVIKTON, 2007).

Em relação à percepção de saúde, determinantes sócio-demográficos da auto-avaliação de saúde boa foram analisados utilizando dados da Pesquisa Mundial de Saúde, um inquérito domiciliar realizado no Brasil, em 2003. Neste estudo transversal, foram entrevistados 5mil adultos com 18 ou mais anos. Para a análise, utilizou-se a regressão logística, considerando idade e sexo como co-variáveis, grau de instrução, bens no domicílio e situação de trabalho como indicadores do nível sócio-econômico. Os resultados apontaram diferenças por sexo e idade, com auto-avaliação de saúde pior entre mulheres e idosos e acentuada desigualdade sócio-econômica. Após ajuste por idade, entre mulheres, a instrução incompleta e a privação material foram os fatores que mais contribuíram para a pior percepção da saúde; entre homens, a privação material e indicadores relacionados ao trabalho tiveram efeito importante (SZWARCOWALD *et al.*, 2005).

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD-2003) é um estudo transversal de base populacional realizado no Brasil a cada cinco anos, com pessoas de 14 ou mais anos, na qual existem dois módulos voltados à autopercepção da saúde, que abordam características de saúde e morbidade física. A análise foi realizada por regressão logística incluindo as variáveis: idade e sexo, renda, índice de bens, anos de escolaridade, quem informa e área rural e cor da pele/etnicidade. Os resultados mostram que os principais determinantes da auto-avaliação da saúde são as condições sócio-econômicas. Dentre os entrevistados, 52,53% informaram que sua saúde é boa; 21,85% muito boa; 21,30% regular; 4,31% ruim/muito ruim. Este último percentual cresce com a idade, sendo maior em mulheres e na área urbana (DACHS, SANTOS, 2003).

Em Canoas/RS foi desenvolvido um estudo de base populacional com 1951 indivíduos com 14 ou mais anos, com o objetivo de investigar a autopercepção de saúde. Dentre os sujeitos entrevistados, 63,2% referiram autopercepção de saúde boa. A autopercepção saúde ruim foi maior entre mulheres, idosos, com baixa escolaridade; que não consideraram sua vida saudável; fumantes e que faziam uso de medicamentos (ZART, AERTS, 2006).

Em Porto Alegre/RS, foi realizado um estudo transversal com 506 adultos de 16 a 78 anos, de ambos os sexos, com o objetivo de investigar a relação entre o bem-estar espiritual e saúde geral. A metodologia utilizada foi o Questionário de Saúde Geral, a Escala de Bem-estar Espiritual (SWBS) e a coleta de dados de identificação e demográficos. Após análise univariada, bivariada e multivariada, os resultados apontam para a inclusão da espiritualidade na concepção de saúde, unida às dimensões biológica, psicológica e social e confirma que a espiritualidade pode ter uma importante contribuição para a promoção da saúde e prevenção

da doença, afetando o bem-estar das pessoas. Houve uma correlação positiva entre autopercepção de saúde e bem-estar espiritual, ou seja, quanto melhor a avaliação subjetiva da própria saúde, maior o bem-estar espiritual. No entanto, o estudo também comprova que as pessoas com religião têm maior bem-estar espiritual do que aqueles que se declaram sem religião (MARQUES, 2000; 2003).

Também em Porto Alegre/RS, Costa *et al* (2008) realizaram um estudo transversal, com amostra aleatória de 136 estudantes universitários de psicologia da PUC/RS, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e bem-estar espiritual e se existe correlação entre estes. Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref e escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS). Através da análise estatística descritiva inferencial, verificou-se que 86% dos entrevistados têm religião e existe uma correlação positiva entre os domínios físico, psicológico, social e ambiental com o bem-estar existencial; sendo que o domínio psicológico e bem-estar existencial obtiveram correlação mais alta.

Em Pelotas/RS, foi realizado um estudo transversal que objetivou examinar a influência do bem-estar espiritual na saúde mental de 464 estudantes universitários de medicina e direito da UCPEL, na faixa etária dos 19 a 59 anos. O instrumento de coleta de dados foi um questionário auto-aplicável contendo a Escala de Bem-estar Espiritual (SWBS), SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire) e informações sócio-demográficas sobre práticas religiosas/espirituais e sobre a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse. Na análise estatística foram utilizados os testes do qui-quadrado e regressão logística. Os resultados mostram que 80% dos alunos possuem uma crença espiritual ou religião. A SWBS apresentou associação com frequência a serviços religiosos e práticas espirituais e não demonstrou influência de variáveis culturais e sócio-demográficas. Pessoas com bem-estar espiritual baixo/moderado têm o dobro de chance de possuir algum transtorno psiquiátrico menor; pessoas com bem-estar existencial baixo/moderado têm quase cinco vezes mais chance de ter estes transtornos. Os resultados apontam que o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtorno psiquiátrico menor, sendo a sub-escala de bem-estar existencial a maior responsável pelos resultados obtidos (VOLCAN *et al.*, 2003).

No Rio de Janeiro foi realizado um estudo qualitativo com 50 adultos de ambos os sexos, em seis favelas, com o objetivo de identificar a etiologia das doenças. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram: história de vida, entrevista semi-estruturada e observação participante. Os resultados encontrados foram que as doenças podem ter diversos tipos de causas: natural (interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde, como mudanças do

tempo, frio, ventos, lua), sócio-econômica (condições materiais de existência, como salário, moradia, tipo de trabalho, relações sociais próximas e coma sociedade mais ampla, saneamento básico), psicossocial (sentimento e emoções prejudiciais à saúde, como raiva, inveja, ciúme, tristeza, relação de gênero conflituosa) e sobrenatural (universo dos espíritos, seres transcendentais, como Deus, santos, orixás; mau-olhado, olho grande). Do ponto de vista dos grupos populares investigados a interpretação de saúde-doença recobre um contexto pluridimensional, ou seja, se apóia em suas condições reais de existência (MINAYO, 1988).

Em Nova Friburgo/RJ, um estudo de caso da experiência adoecimento-cura, permitiu perceber o significado existencial, social, cultural, psicológico, biológico e simbólico, para a paciente, para a comunidade e na relação entre estas. A expectativa inicial de diagnóstico e intervenção biológicos foi modificada através de um atendimento com a função terapêutica de ampliar a compreensão da experiência para além dos limites da objetivação científica. O processo de cura teve resolução a nível jurídico. O fato do reconhecimento de outras ordens de determinação da doença ter ocorrido no atendimento médico pode ter concorrido para a mudança de atitude da paciente frente a si e à comunidade e conseqüente cura. As autoras apontam o respaldo oferecido pela força simbólica da consulta médica na legitimação de um novo papel social que a paciente passou a exercer, colocando em questão os reducionismos em relação ao processo saúde-doença (ROZEMBERG, MINAYO, 2001).

Em Campinas, Piracicaba e São Paulo/SP, foi realizado um estudo qualiquantitativo com a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. O objetivo deste foi analisar um programa de treinamento por meio da compreensão da experiência de profissionais na utilização do RIME e da experiência dos doentes na re-significação da dor espiritual, manifestada durante a aplicação do RIME por profissionais treinados. Os sujeitos foram uma enfermeira, uma médica, três psicólogos e uma terapeuta alternativa voluntária, todos experientes ou estudiosos em cuidados paliativos, selecionados por convite e que atenderam 11 pacientes terminais internados em hospitais públicos das cidades mencionadas (ELIAS et al.,2007).

A abordagem qualitativa teve como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, questionário estruturado. Para a análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo temática, tendo por base a pesquisa-ação e a fenomenologia. A análise da vivência dos profissionais apontou cinco categorias: intervenção facilita o manejo do vínculo terapêutico; desperta sentimentos, percepções e emoções que sugerem maturidade psicoespiritual; manifestação de vivências de natureza espiritual/transcendental; manifestação

de sentimentos negativos; proposta viável com resultados positivos em cuidados paliativos. A análise da natureza da dor espiritual teve como categorias prevalentes: medo da morte por negação do quadro clínico e pela percepção da gravidade deste. As outras categorias da dor espiritual foram: medo do pós-morte por vivências ou sonhos espirituais negativos; pelo sentimento de desintegração, de inexistir, de ser afetivamente esquecido; idéias negativas em relação ao sentido da vida pela ausência deste e sentimento de vazio existencial; idéias negativas em relação à espiritualidade por experiência de abandono afetivo em relação a esta (ELIAS et al., 2007).

Na abordagem quantitativa, a análise de dados foi descritiva e pelo teste de Wilcoxon. Na aplicação do RIME, observou-se diferença estatisticamente significativa, isto é, ao final das sessões os pacientes relataram maior nível de bem-estar do que no início das mesmas. Os resultados sugeriram que o RIME favoreceu a re-significação da dor espiritual de pacientes terminais. Os autores concluíram que o programa de treinamento proposto mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o uso da intervenção RIME, capacitando-os para o processo de cuidar e prestar assistência espiritual (ELIAS et al.,2007).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as interfaces entre espiritualidade e autopercepção de saúde em adultos no município de São Leopoldo/RS;

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Abordagem Quantitativa

- Testar a associação entre espiritualidade e autopercepção de saúde;
- Verificar a consistência interna da Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual;

3.2.2 Abordagem Qualitativa

- Captar as percepções de espiritualidade e saúde para os adultos estudados;
- Entender de que maneira a espiritualidade se relaciona ao processo saúde-doença;

4 HIPÓTESES

4.1 Abordagem Quantitativa

H0: não há associação entre a espiritualidade e a autopercepção de saúde em adultos no município de São Leopoldo/RS. H1: há associação entre a espiritualidade e a autopercepção de saúde em adultos no município de São Leopoldo/RS.

4.2 Abordagem Qualitativa

O envolvimento espiritual, religioso e existencial do sujeito influencia na percepção subjetiva do processo saúde-doença tanto em relação aos aspectos demográficos, sexo e idade, quanto em relação à condição socioeconômica. Esta hipótese está embasada em dados demográficos brasileiros (IBGE, 2000) apontando que a participação em atividades religiosas é maior em mulheres (50,8%). A mulher tem autopercepção de saúde pior que o homem e a autopercepção de saúde ruim aumenta com a idade: idosos têm autopercepção de saúde pior que jovens (DACHS e SANTOS, 2006; SOUZA *et al*, 2008; SZWARCOWALD *et al*, 2005) e participam mais de atividades religiosas. Quanto à renda, a falta de saúde está associada à baixa renda (HELMAN, 2003): pessoas com autopercepção de saúde ruim têm renda menor e com autopercepção de saúde boa, renda maior. Pessoas com renda menor têm alta espiritualidade (DALGALARRONDO, 2007).

5 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa contempla a abordagem quantitativa e qualitativa.

5.1 Delineamento

A pesquisa ocorrerá em dois momentos, obtendo resultados quantitativos estatísticos de uma amostra mais ampla e acompanhando um universo empírico menor para explorar os resultados em maior profundidade (CRESWELL, 2007). A abordagem quantitativa tem foco na relação entre autopercepção de saúde e espiritualidade em 1.100 adultos; a abordagem qualitativa visa à percepção subjetiva na exploração de interfaces saúde-espiritualidade com 16 adultos. Considerando que a maneira com a qual o sujeito percebe sua saúde tem a ver com o sentido que dá à doença e os recursos que utiliza para alívio do sofrimento, a autopercepção de saúde da abordagem quantitativa corresponde à percepção subjetiva do processo saúde-doença na abordagem qualitativa.

Diversos autores abordam a complementaridade metodológica como fases sequenciais de um mesmo processo (BRICEÑO-LEÓN, 2003; CRESWELL, 2007; MINAYO, MINAYO-GÓMEZ, 2003; MINAYO, SANCHES, 1993), por propiciar uma compreensão da realidade de forma mais completa. Conforme Briceño-León (2003), esta complementaridade pode ser: qualitativa no início; quantitativa no início; execução paralela da investigação quantitativa e qualitativa; ou ambas as técnicas alternadas. Esta pesquisa aborda inicialmente a metodologia quantitativa e, após, qualitativa, visto que esta permitirá interpretar os dados quantitativos,

provenientes de uma amostra representativa da população, ao indicar o que é importante no contexto sócio-cultural e formular hipóteses culturalmente apropriadas.

A abordagem qualitativa é descritiva, baseada na visão de processo (GOLDIM, 2000) e em dados coletados em interações sociais ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que o sujeito ou o pesquisador atribui ao fato (CAMPOS, 2001). Tal abordagem estuda o contexto em que determinado evento ocorre, no qual a descrição do fenômeno observado possui vários significados que, relacionados ao ambiente e à participação do pesquisador, assumem conotações diversas daquelas realizadas quantitativamente (GOLDIM, 2000). Daí a importância, nesta pesquisa, da abordagem qualitativa vir após a quantitativa: entender saúde-espiritualidade na subjetividade, conforme o ponto de vista do sujeito pesquisado.

Portanto, a contribuição da interação metodológica provém de suas diferenças, pois a explicação em profundidade – dos valores, práticas, crenças, hábitos e atitudes sobre saúde-doença – e a explicação em extensão – como uma população se torna vulnerável ou exposta a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde – são diferentes, mas não opostas (DESLANDES, ASSIS, 2002, p.195). O uso do método misto (CRESWELL, 2007) justifica-se porque problemas sistêmicos não podem ser entendidos de maneira fragmentada, pois, segundo a compreensão holística de saúde, há a necessidade desta complementaridade para perceber o objeto de estudo de modo amplo, propiciando um diálogo entre os modos distintos de fazer pesquisa. Assim, estuda-se a relação quantitativa saúde-espiritualidade, mas também a percepção subjetiva do processo saúde-doença em suas interfaces com o espiritual.

5.2 Abordagem Quantitativa

A abordagem quantitativa é um recorte do *Estudo Exploratório do Capital Social em São Leopoldo/RS*, vinculado à linha de pesquisa *Epidemiologia e Condições de Saúde da População*, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS. É um estudo transversal de base populacional, na área urbana, com amostra aleatória de conglomerados ou setores censitários (IBGE, 2009), coordenado pelo professor Dr. Marcos Pascoal Pattussi. O instrumento de coleta de dados foi um questionário padronizado e pré-codificado aplicado ao responsável pelo domicílio. A abordagem quantitativa da presente pesquisa diferencia-se da referida pesquisa em relação ao desfecho, à exposição e à análise de dados.

5.2.1 População de Estudo

A população de estudo é composta por adultos residentes na área urbana do município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: município de médio porte situado no Vale do Rio dos Sinos, com área de 102 Km² e população estimada para 2007 de 207.721 habitantes (IBGE, 2009). São Leopoldo, berço da imigração alemã, agrega pessoas de diferentes etnias e conta com uma universidade particular, UNISINOS. A Rede Municipal de Saúde está organizada em três níveis de atendimento: primário (28 Unidades Básicas de Saúde), secundário (cinco Centros de Saúde e um Serviço Ambulatorial Especializado) e terciário (Hospital Centenário), além de três Centros de Atenção Psicossocial (Adulto; Infantil e Álcool e outras Drogas).

5.2.2 Amostra

A amostra consiste em 1.100 adultos residentes na área urbana de São Leopoldo, com idade entre 20 e 69 anos. O tamanho da amostra foi calculado com base nos dados do estudo-piloto através do método para proporções com aleatorização de conglomerados (HSIEH, 1988) e da autopercepção de saúde. Foi estimada uma amostra de 1.260 domicílios em 36 setores, calculada para obter 85% de poder ($1-\beta=0.85$), detectar uma diferença de 7% na prevalência de autopercepção de saúde ruim entre áreas com alto e baixo capital social, com um nível de confiança de 95%.

Para o cálculo da amostra foram utilizadas: prevalência de saúde referida como ruim (13,3%: baixo capital social e 4,9%: alto capital social), coeficiente de correlação intraclasses igual a 0,05. Para controlar fatores de confusão na análise de dados, o tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios e em 10% no número de setores devido a possíveis perdas, sendo necessários 1.520 domicílios em 40 setores censitários.

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana de São Leopoldo, com 38 domicílios em cada setor, totalizando 1.520 domicílios. A amostragem sistemática foi utilizada para a seleção de setores, conforme os passos: a) divisão do número total de setores urbanos (270) pelo número total de setores desejados (40); b) o resultado desta equação (6,75, arredondado = 7) indica o pulo efetuado; c)

foi sorteado um número de 1 a 10 (3) como ponto de partida para os setores selecionados (3, 10, 17, 24, 31, etc.).

Em cada setor foi sorteado o quarteirão para iniciar a pesquisa e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido (38). Se não houvesse número suficiente de domicílios no quarteirão, o entrevistador percorreria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio. Caso houvesse mais domicílios que o necessário, seria realizado um sorteio aleatório da esquina a partir da qual o domicílio seria identificado para o início da coleta de dados e o início se daria pela esquerda de quem estava de costas para a casa inicial. Em sentido anti-horário, o domicílio seguinte seria visitado e o próximo entraria na seleção.

5.2.3 *Desfecho*

O desfecho autopercepção de saúde foi medido através de uma questão: “Em geral, você diria que sua saúde está: excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim?”. Esta variável foi categorizada em: boa (excelente/muito boa/boa) e ruim (razoável/ruim).

5.2.4 *Exposição*

A exposição de interesse – espiritualidade – foi medida através da Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual (Anexo A), desenvolvida por Hatch *et al* (1998), composta por 26 questões, nas quais as categorias de resposta foram obtidas pela escala Likert de 5 pontos (concordo totalmente/concordo/neutro/discordo/discordo totalmente).

Exemplos de questões: “eu fui pressionado a aceitar crenças religiosas que não concordo” (crença); “orações mudam realmente o que acontece” (prática religiosa); “quantas vezes você orou/rezou na última semana?” (prática religiosa); “minha vida tem um sentido” (existencialidade); “eu acredito que existe um poder maior que eu” (espiritualidade). Pode-se observar que grande parte das questões mede religião (crença, prática religiosa) e poucas medem envolvimento espiritual, espiritualidade (transcendência), existencialidade (sentido da vida, valores). Então, faz-se uma crítica a esta escala por ser limitada enquanto instrumento de medida da espiritualidade e existencialidade, conforme descritas na fundamentação teórica.

A pontuação das questões negativas foi invertida e, posteriormente, os itens 26 foram somados gerando um escore com amplitude 0-104, com escores mais elevados representando maior espiritualidade. Um exemplo de questão negativa: “eu resolvo meus problemas sem utilizar meios da fé ou da religião”. A variável foi categorizada em alta (25% escores mais elevados), moderada (50% escores intermediários) e baixa (25% escores menores).

Além desta escala, foi questionado ao sujeito: “qual a sua religião?”, com as seguintes opções: católica, evangélica ou pentecostal, espírita, protestante tradicional, candomblé ou umbanda, religião oriental, ateu, sem religião e outra resposta.

5.2.5 Logística

A coleta de dados foi realizada no ano de 2007 por 50 entrevistadores devidamente treinados. O reconhecimento dos setores foi realizado pelo coordenador da pesquisa e entrevistadores – bolsistas de iniciação científica, alunos de graduação da UNISINOS. A equipe percorreu os setores desconhecidos com a finalidade de identificar se estes tinham condições para a realização da pesquisa. O tamanho da amostra previu a realização de 1.520 entrevistas em 40 setores censitários, porém, foram realizadas 1.100 entrevistas em 38 setores, representando 72% do cálculo inicial. As perdas ocorreram pela falta de recursos financeiros (14%), locais não habitados ou comércio (8%), recusas (4%) e pessoas ausentes na residência (2%).

5.2.6 Estudo-piloto

As entrevistas para o estudo-piloto foram realizadas em duplas com 100 pessoas em 10 setores censitários com as finalidades de: avaliar a qualidade do instrumento de coleta de dados (teste de compreensão do questionário); apreciar método e logística do trabalho de campo (tempo para entrevista e deslocamento); obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral e qualificar os entrevistadores (aprimorar técnicas de entrevista).

5.2.7 Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi efetivado através de um questionário simplificado com perguntas de pequena variação em relação ao tempo, aplicado por telefone a 110 pessoas (10% da amostra), concomitantemente à coleta de dados. A codificação do questionário foi realizada por um bolsista e a revisão pelo coordenador da pesquisa. Foram realizadas reuniões regulares com os bolsistas para discutir possíveis erros de codificação e corrigir estes erros.

5.2.8 Processamento de Dados

A digitação das respostas dos questionários foi realizada por dupla entrada no programa EpiInfo versão 6.0, simultaneamente à coleta de dados. A limpeza do banco de dados ocorreu pelo cruzamento dos bancos, verificação de inconsistências, conferência e correção conforme a ficha original visando à minimização de possíveis erros de digitação.

5.2.9 Análise de Dados

Na análise estatística dos dados quantitativos será utilizado o Programa STATA 9.0, para testar a associação entre autopercepção de saúde e espiritualidade, através do Teste Chi-Quadrado. Por se tratar de um desfecho com prevalência elevada, será utilizada a Regressão de Poisson para obter as razões de prevalência brutas e ajustadas.

5.3 Abordagem Qualitativa

A abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, utiliza como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Está vinculada à linha de pesquisa

Vulnerabilidades em Saúde e Bioética, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS e tem apoio da CAPES/PROSUP através da bolsa de mestrado.

5.3.1 Universo Empírico

O universo empírico é um recorte da amostra quantitativa, considerando as variáveis demográficas – sexo e idade – e a variável socioeconômica – renda familiar – referidas pelo entrevistado na primeira abordagem. Em relação ao sexo, foram selecionadas oito mulheres e oito homens, totalizando 16 adultos (Tabela 1). Conforme dados demográficos, a participação em atividades religiosas é maior em mulheres (50,8%) que em homens (49,2%) no Brasil (IBGE, 2000). As mulheres têm autopercepção de saúde pior que os homens (DACHS, SANTOS, 2006; SOUZA *et al.*, 2008; SZWARCOWALD *et al.*, 2005).

Quanto à idade (anos completos), foram selecionados os adultos na faixa etária dos 30 a 59 anos (OMS, 2009). A autopercepção de saúde ruim aumenta com o aumento da idade: idosos têm autopercepção de saúde pior que jovens (DACHS e SANTOS, 2006; SOUZA *et al.*, 2008; SZWARCOWALD *et al.*, 2005). E idosos participam mais de atividades religiosas que jovens; por isso, selecionou-se a faixa etária intermediária, evitando faixas extremas.

Em relação à renda familiar (salários mínimos) ou renda média entre os integrantes da família, foram selecionadas as pessoas que apresentavam renda mensal moderada – de 2 a 6,5 salários mínimos (R\$700,00 a R\$2275,00). O valor de referência foi o valor do salário mínimo neste período: R\$350,00 (BRASIL, 2006b). A falta de saúde geralmente está associada à baixa renda (HELMAN, 2003): pessoas com autopercepção de saúde ruim têm renda menor; e autopercepção de saúde boa, renda maior. E pessoas com renda menor apresentam alta espiritualidade (DALGALARRONDO, 2007). A renda moderada foi selecionada no sentido de tentar evitar uma interferência destes extremos.

Para a seleção do universo empírico foram utilizados como critérios de elegibilidade:

- Ter sido entrevistado no *Estudo Exploratório do Capital Social em São Leopoldo/RS*;
- Ter entre 30 e 59 anos no período de coleta de dados quantitativos;
- Possuir renda média entre 2 e 6,5 salários mínimos (R\$700,00 a R\$2275,00), no período de coleta de dados quantitativos;

Autopercepção de Saúde	Espiritualidade	Grupo	Sexo	Adultos Elegíveis	Universo Empírico
Boa	Alta	A	♀	46	2
			♂	8	2
	Baixa	B	♀	37	2
			♂	14	2
Ruim	Alta	C	♀	21	2
			♂	3	2
	Baixa	D	♀	20	2
			♂	9	2
Total				158	16 adultos

Tabela 1 – Seleção do universo empírico da abordagem qualitativa. São Leopoldo, RS, Brasil, 2009.

Conforme a Tabela 1, dentre 1100 adultos da amostra quantitativa, 158 adultos são elegíveis para a abordagem qualitativa. Destes, dispostos em oito grupos, foram selecionados dois homens e duas mulheres de cada grupo, totalizando 16 adultos.

5.3.2 Técnica de Coleta de Dados

A técnica de coleta de dados será a entrevista semiestruturada em profundidade, a qual apresenta um roteiro com questões norteadoras (Apêndice A), aprofundadas por meio de outras questões no momento da entrevista, na interação com o entrevistado. Tal técnica foi escolhida devido ao foco na percepção subjetiva de saúde-espiritualidade e compreensão de suas interfaces. Não se quer explorar as relações e interações entre sujeitos, como no grupo focal, mas aprofundar questões referentes à subjetividade, buscar justificativas e explicações das respostas na interação com o sujeito de pesquisa (BRICENÃOO-LEÓN, 2003).

5.3.3 Logística

A entrevista será realizada pela pesquisadora, no domicílio do entrevistado, com agendamento por telefone – cujo número consta no questionário quantitativo – e digitalizada em áudio (MP4). Se as informações coletadas na entrevista forem insuficientes para responder

aos objetivos do estudo, será agendada nova entrevista no sentido de aprofundar questões. A pesquisadora utilizará automóvel particular para o deslocamento.

5.3.4 Estudo-piloto

O estudo-piloto será realizado através de uma entrevista para fins de ajuste no roteiro.

5.3.5 Análise de Dados

Após a transcrição das entrevistas e leitura completa das falas pela pesquisadora, a técnica de análise de dados utilizada será a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1995), Minayo (2007) e Gomes (2001). Esta análise envolve a categorização de tópicos relevantes à questão de estudo, fala do sujeito, observação do comportamento e comunicação não-verbal.

Dentre os subtipos de Análise de Conteúdo será utilizada a Análise Temática. Para Minayo (2007, p.209), "fazer análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado". Para esta autora, a análise temática abrange três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Na pré-análise é realizada a organização do material a ser analisado e a definição de trechos significativos e categorias. Para Gomes (2001), as categorias abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si e podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa ou na coleta de dados. Faz-se uma releitura da totalidade do material para ter uma visão global dos dados e anotações para posterior classificação dos mesmos (GOLDIM, 2000).

A exploração do material é o momento da codificação, ou transformação, dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto; sendo a fase destinada a encontrar os núcleos de sentido referidos pelos participantes da pesquisa (BARDIN, 1995; MINAYO, 2007). No tratamento dos resultados e interpretação, deve-se tentar desvendar o conteúdo subjacente ao conteúdo manifesto (GOMES, 2001), a partir do qual são propostas inferências e

interpretações previstas no quadro teórico ou em torno de outras dimensões teóricas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2007).

5.4 Aspectos Éticos

O *Estudo Exploratório do Capital Social em São Leopoldo/RS* foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS (CEP 04/034). O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS (CEP10/023) (Anexo B), em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

As entrevistas serão realizadas no domicílio do entrevistado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). A entrevista não oferece riscos à saúde, porém, se mobilizar questões subjetivas demonstrando sofrimento psíquico ao sujeito, este será encaminhado para atendimento na rede municipal de saúde (CFP, 2005).

5.5 Triangulação de Métodos

Pelo fato da pesquisa contemplar o delineamento quantitativo e qualitativo, é preciso especificar a estratégia prevista para a realização da análise das representações subjetivas dos sujeitos entrevistados sobre saúde-espiritualidade. Considerando as particularidades das abordagens metodológicas em relação ao objeto de estudo, diferentes em sua natureza, mas complementares (MINAYO; MINAYO-GÓMEZ, 2003), esta complementaridade implica na definição da estratégia a ser utilizada na discussão entre resultados estatísticos, provenientes da análise quantitativa, e categorias temáticas, originadas na análise qualitativa.

A integração, junção ou mistura dos dados quantitativos e qualitativos pode ocorrer em diversos estágios do processo de pesquisa: na coleta de dados, na análise de dados, na interpretação ou em alguma combinação destes locais (CRESWELL, 2007). Esta pesquisa é sequencial: a coleta de dados é, primeiramente, quantitativa e, após, qualitativa, assim como as análises, conforme definido na metodologia. A complementaridade será utilizada na análise e

interpretação dos resultados através da triangulação de métodos, estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas (MINAYO *et al.*, 2005).

O termo remonta a Norman Denzin em seu clássico livro *The Research Act*, publicado em 1970, e significa: a) combinação/cruzamento de múltiplos pontos de vista; b) tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; c) visão de vários informantes; d) emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha a investigação. O uso desta estratégia permite interação, crítica intersubjetiva e comparação (MINAYO & SANCHES, 1993). A triangulação valoriza a quantificação, mas compreende a quantidade como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, processos e sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade, culturalmente específicas de classes, grupos e segmentos profissionais, gênero, etnia e idade (MINAYO *et al.*, 2005).

Do ponto de vista operacional, a triangulação é uma atividade de cooperação que pode se desdobrar nos seguintes passos: 1) formulação do objeto/pergunta referencial que guia o processo; 2) elaboração de indicadores; 3) escolha da bibliografia de referência e fontes de informação; 4) construção de instrumentos de coleta primária e secundária de informações; 5) realização do trabalho de campo; 6) análise das informações; 7) elaboração do informe final; 8) devolução e discussão com os atores interessados na avaliação (MINAYO *et al.*, 2005).

O marco teórico-conceitual adotado será a fenomenologia, originada com os filósofos Husserl e Heidegger (MINAYO, *et al.*, 2005). A fenomenologia caracteriza-se por utilizar: holismo (pesquisador tenta compreender o fenômeno de forma global, sem limitação quanto ao número de aspectos a avaliar); análise indutiva (permite elucidar o fenômeno estudado à medida que a pesquisa avança, sem imposições de expectativas prévias); entrevista naturalista (tenta entender o fenômeno tal como surge no decorrer da pesquisa, a realidade processual), além de exigir a descrição cuidadosa e sistemática do que é percebido na experiência vivida para identificar e elucidar a significação essencial dessa experiência (IONESCU, 1997).

Com base na fundamentação teórica, objetivos e estratégia de triangulação, definiu-se como pré-categorias de análise: a) autopercepção de saúde/percepção subjetiva do processo saúde-doença; b) espiritualidade (transcendência); c) religiosidade (crença, prática religiosa); d) existencialidade (sentido da vida, valores); e) relação saúde-espiritualidade. No entanto, é importante ressaltar que as pré-categorias que, supostamente, espera-se encontrar, podem ser redefinidas no momento da análise para adequação aos resultados encontrados.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados da pesquisa será realizada através das atividades:

- Apresentação dos resultados preliminares e oficiais da pesquisa em eventos;
- Produção de artigo científico sobre a fundamentação teórica e resultados preliminares;
- Devolução individual dos resultados aos integrantes do universo empírico;
- Apresentação dos resultados à Prefeitura Municipal de São Leopoldo;
- Disponibilização da versão impressa do artigo final aos interessados.

7 ORÇAMENTO

Recursos Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Notebook HP	1	R\$ 2.300,00	R\$ 2.300,00
Impressora HP LaserJet P1005	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
MP4	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Livros	15	R\$ 30,00	R\$ 450,00
Fotocópias	600	R\$ 0,08	R\$ 48,00
Folhas A4	1000	R\$ 0,025	R\$ 25,00
Grampeador	1	R\$ 5,00	R\$ 5,00
Grampos	100	R\$ 3,00	R\$ 3,00
Caneta	4	R\$ 0,50	R\$ 2,00
Saco Plástico	20	R\$ 0,20	R\$ 4,00
Prancheta	1	R\$ 3,00	R\$ 3,00
Pasta Polionda	5	R\$ 2,00	R\$ 10,00
Telefonemas	35	R\$ 0,40	R\$ 14,00
Combustível para transporte	10 litros	R\$ 2,50	R\$ 25,00
Total			R\$ 3.389,00

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alexander Moreira. Ciência pesquisa a espiritualidade. **Super Saudável**, Santo André: n. 39, p. 18-21, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov.2010.

_____. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suppl.1, p.3-4, 2007. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov.2010.

_____.; KOENIG, Harold G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. **Social Science & Medicine**, [], v. 63, n. 4, p.843-45, ago. 2006.

_____.; _____.; LOTUFO NETO, Francisco. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-50, set. 2006. Disponível em: <rbpbrasil.org.br>. Acesso em: 08 nov.2010.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, Paulete et al (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 143-56.

_____. **Morin, complexidade e saúde-doença**. CICLO DE ESTUDOS SOBRE “O MÉTODO” DE EDGAR MORIN, Cadernos IHU, ano 4, n. 15, Instituto Humanitas, UNISINOS. São Leopoldo: Impresses Portão, 2004, p. 35-42.

_____.; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.97-115.

ALVES, Rubem. **O que é religião?** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques. Sentido da vida, espiritualidade e sociopoética: convergências para a produção de novos conhecimentos e para o cuidado clínico. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p.245-6, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.interface.org.br>>. Acesso em: 08 nov.2010.

BAETZ, Marilyn; TOEWS, John. Clinical implications of research on religion, spirituality and mental health. **The Canadian Journal Psychiatry**, [], v. 54, n. 5, p.292-301, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BENSON, Herbert; STARK, Marg. **Medicina espiritual: o poder essencial da cura**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

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

BRANT, Luiz Carlos. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.221-31, 2001. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 08 nov.2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. _____. **Censo demográfico 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Relatório Final. Brasília, 2008.

_____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. _____. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Lei nº 11.321**, de 7 de julho de 2006b. Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de abril de 2006. Brasília, 7 de julho de 2006. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/servicos/areasdeinteresse/index_subs/categoriaservico.2004-07-30.5998397653>. Acesso em: 08 nov. 2010.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas Ciências Sociais. In: GOLDENBERG, Paulete et al (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 157-83.

CAMARGO JR, Keneth Rochel. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Luiz Fernando de Lara. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2001.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006a.

_____. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 2006b.

CASTIEL, Luis David. A multiplicidade e a singularidade do humano e seu adoecer. In: CASTIEL, Luis David. **O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papirus, 1994, p.171-203.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO Naomar de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, Paulete et al (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 101-13.

_____.; _____. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 315-33, mai./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/hscience>>. Acesso em: 08 nov.2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: 2005.

COSTA, Cristine Cardozo; BASTIANI, Marcelo; GEYER, Júlia Gaertner; CALVETTI, Prislá Ücker; MULLER, Marisa Campio; MORAES, Maria Lúcia Andreoli de. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 249-255, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud>>. Acesso em: 08 nov.2010.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.39-53.

DACHS, J. Norberto W.; SANTOS, Ana Paula Rocha. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 887-94, 2006. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suppl.1, p.25-33, 2007. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 177-8, 2006. Disponível em: <rbpbrasil.org.br>. Acesso em: 08 nov.2010.

_____. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo e as diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-223.

DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

ELIAS, Ana Catarina Araújo; GIGLIO, Joel Sales; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; EL-DASH, Linda Gentry. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suppl.1, p. 60-72, 2007. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

FABREGA, Horacio Júnior. Culture, spirituality and psychiatry. **Current Opinion in Psychiatry**, [], v. 13, n. 6, p. 525-30, nov. 2000. Disponível em: <<http://journals.lww.com/co-psychiatry/pages/default.aspx>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre,

v. 18, n. 3, p. 381-9, set./dez. 2005. Disponível em:
<<http://www.seer.ufrgs.br/psicreflexaocritica>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; SKEVINGTON, Suzanne. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suppl.1, p. 146-9, 2007. Disponível em: <<http://www. hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____; BORGES, Zulmira Newlands; BOLOGNESI, Gustavo; ROCHA, Neusa Sica. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-55, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Coleção Logoterapia. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. 2. ed. Aparecida, SP: Santuário, 1989.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, Romeu. A análise de dados e pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p.67-80.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suppl.1, p. 88-94, 2007. Disponível em: <<http://www. hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

HATCH, Robert L; BURG, Mary Ann; NABERHAUS, Debra S; HELLMICH, Linda K. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale: development and testing of a new instrument. **The Journal of Family Practice**, [], v. 46, n. 6, p. 476-86, jun. 1998.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, [], v. 58, n. 1, p. 64-74, 2003.

HSIEH, FY. Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization. **Statistics in Medicine**, [], v. 7, n. 11, p. 1195-201, nov. 1998.

IONESCU, Serban. **Quatorze abordagens de psicopatologia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

JUNGES, José Roque. Ética ecológica: antropocentrismo ou biocentrismo? **Perspectiva Teológica**, Belo Horizonte, v. 33, n. 89, p. 33-66, 2001. Disponível em: <<http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. Saúde como Capacidade de Reação. In: JUNGES, José Roque. **Bioética: hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola, 2006, p.141-7.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suppl.1, p. 5-7, 2007a. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, suppl. 1, p. 95-104, 2007b. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____. Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. **Journal of the American Medical Association**, [], v. 284, n. 13, p. 1708, 2000.

_____. Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, [], v. 97, n. 12, p. 1194-200, dec. 2004. Disponível em: <<http://journals.lww.com/smajournalonline/toc/2004/12000>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____.; MCCULLOUGH, Michael E; LARSON, David B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

LEVIN, Jeffrey S. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. **Social Science & Medicine**, [], v. 43, n. 5, p. 849-64, sep. 1996. Disponível em: <<http://journals.elsevier.com/02779536/social-science-and-medicine/>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

LIBANIO, João Batista. **A religião no início do milênio**. São Paulo: Loyola, 2002.

LUKAS, Elisabeth. **Psicologia espiritual**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2006.

MARQUES, Luciana Fernandes. **A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses**. 2000. 194 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2000.

_____. _____. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 56-65, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.revistacienciaeprofissao.org>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____.; SARRIERA, Jorge Castellá; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE). **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 179-86, ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1677-0471&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-81, dez. 1988. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

_____.; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____.; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, Paulete et al (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-42.

_____.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso: 08 nov. 2010.

OTTO, Rudolf. **O sagrado**. Lisboa: Edições 70, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARGAMENT, Kenneth I.; BRANT, Curtis R. Religion and coping. In: KOENIG, Harold. **Handbook of religion and mental health**. Londres: Academic Press, 1998, p.111-28.

PERES, Júlio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, suppl. 1, p. 136-45, 2007a. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

PERES, Mario F.P.; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristofer André. 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, suppl. 1, p. 82-7, 2007b. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

POWELL, Lynda H.; SHAHABI, Leila; THORESEN, Carl E. Religion and spirituality: linkages to physical health. **American Psychologist**, [], v. 58, n. 1, p. 36-52, jan. 2003. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/amp/58/1/>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

ROCCA, Susana María Larrosa. A fé parece ser uma chave no desenvolvimento das capacidades de resiliência. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 241, p. 17-21, out. 2007. Disponível em: <http://www.unisinos.br/ihu>. Acesso em: 08 nov. 2010.

REED, Pamela. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. **Family & Community Health**, [], v. 14, n. 2, p. 14-25, jul. 1991.

ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients, health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **International Journal of Nursing Studies**, [], v. 32, n. 5, p. 457-68, oct. 1995.

ROZEMBERG, Brani; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-23, 2001. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 08 nov.2010.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-12, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br>>. Acesso em: 08 nov.2010.

_____.; MEDEIROS, Roberta de. Espiritualidade e saúde. **Einstein: educação continuada em saúde**, São Paulo, v. 6, n. 3, pt. 2, p. 135-6, 2008. Disponível em: <<http://www.einstein.br/revista>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, suppl. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/biblioteca.php#historia>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SANTOS, Elismar Alves; RAMÓN, Saturnino Pesquero. Religião e individuação: fenomenologia do desenvolvimento humano através da direção espiritual. **Psico**, Porto Alegre, v. 38, n.1, p. 85-93, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SARRIERA, Jorge Castellá. Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p.77-86.

_____.; MOREIRA, Mariana Calesso; ROCHA, Kátia Bones; BONATO, Taís Nicoletti; DUSO, Rafaela; PRIKLADNICKI, Sabrina. Paradigmas em psicologia: compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 85-9, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/index.php>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SAXENA, Shekhar. A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science & Medicine**, [], v. 62, n. 6, p. 1486-97, mar. 2006.

SEEMAN, Teresa E.; DUBIN, Linda Fagan; SEEMAN, Melvin. Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. **American Psychologist**, [], v. 58, n. 1, p. 53-63, jan. 2003. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/amp/58/1/>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, out. 1997. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SOUZA, Miriam Carvalho; OTERO, Ubirani Barros; ALMEIDA, Liz Maria; TURCI, Silvana Rubano Barretto; FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; LOZANA, José de Azevedo. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 741-9, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

SZWARCWALD, Célia Landmann; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges; ESTEVES, Maria Angela Pires; DAMACENA, Giseli Nogueira; VIACAVA, Francisco. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, suppl. 1, p. 54-64, 2005. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez. 1994. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre; SOUSA, Paulo Luis Rosa; MARI, Jair de Jesus; HORTA, Bernardo Lessa. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-5, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 08 nov. 2010.

ZART, Vera Beatriz; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Percepção de saúde de moradores de Canoas/RS e fatores associados. [CD-ROM]. In: VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA e XI CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, ago. 2006, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DO SUJEITO

Nome: _____

Idade: ____ anos Data de Nascimento: ____/____/19____

Sexo: ()M ()F Telefone: _____

Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior

Como você se define em relação à cor/raça? _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Ponto de Referência: _____

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE / PERCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- Me fale sobre sua saúde... (o que é/como está a saúde)
- O que faz para se sentir bem. Exemplos.
- Quando adoece: o que faz p/ melhorar; que pessoa/grupo, lugar/serviço/recurso acessa.
- Se, conforme a doença, a pessoa acessa lugares diferentes (UBS, benzedeira, etc).
- Quando acessa um ou outro. Exemplo.
- Se há coisas para a cura que não dependem só da equipe de saúde.

ESPIRITUALIDADE (bem estar espiritual, transcendência)

- Me fale sobre espiritualidade.
- O que dá mais força para você enfrentar os problemas do dia-a-dia?
- Sua saúde tem algo a ver com a espiritualidade?

RELIGIOSIDADE (bem-estar religioso, crenças, práticas religiosas)

- Tem alguma religião/crença em algo;
- Práticas religiosas envolvidas com esta religião/crença;
- Simpatiza com alguma outra prática?

- Se relaciona a própria saúde com a religião/prática religiosa;
- Se acredita em algum ritual (objeto de sorte, amuleto, promessas, etc).

EXISTENCIALIDADE (bem-estar existencial, sentido da vida, valores)
--

- Bem-estar consigo, com outros, com o todo;
- Sentido da vida (tem, não tem, o que faz para...);
- O que a pessoa considera importante na vida;
- Se a saúde tem algo a ver com o sentido da vida/valores;

RELAÇÃO SAÚDE-ESPIRITUALIDADE

- Se na experiência de vida, percebe alguma relação saúde-espiritualidade. Exemplo.
- Se relaciona saúde-espiritualidade na sua prática/vida cotidiana. Exemplo.
- E diante dos acontecimentos significativos em sua vida. Exemplo.

DADOS DA ENTREVISTA

Entrevista Qualitativa nº____ Questionário Quantitativo nº____ Data:____/____/09

Local: () residência do entrevistado () outro:_____

Início:____hs____min Término:____hs____min Duração:____min

Comentários (contexto da entrevista, entrevistado):_____

Notas reflexivas:_____

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(SÓ PARA CONTAR PÁGINA)
(SUBSTITUIR POR XERÓX DO TCLE CARIMBADO)

ANEXO B – ESCALA DE CRENÇAS E ENVOLVIMENTO ESPIRITUAL

(1) discordo totalmente (2) discordo (3) neutro (4) concordo (5) concordo totalmente

- 1) No futuro, a ciência será capaz de explicar tudo, não necessitando mais de explicação da religião ou da fé.
- 2) Eu consigo me encontrar na religião ou na fé.
- 3) Uma pessoa pode se sentir completa se tem fé ou se segue uma religião.
- 4) Eu sou grato por tudo que tem acontecido comigo.
- 5) A fé e as atividades espirituais ajudam a me aproximar das outras pessoas.
- 6) Algumas experiências só podem ser entendidas através da fé e das crenças religiosas da pessoa.
- 7) Uma força divina e religiosa influencia os eventos em minha vida.
- 8) Minha vida tem um sentido.
- 9) Orações mudam realmente o que acontece.
- 10) Participar de atividades religiosas me ajuda a perdoar as outras pessoas.
- 11) Minhas crenças evoluem.
- 12) Eu acredito que existe um poder maior que eu.
- 13) Eu provavelmente irei rever minhas crenças religiosas.
- 14) Minha fé ou religião me completam de uma maneira que as coisas materiais não conseguem.
- 15) Atividades de fé religiosa me ajudam a desenvolver minha personalidade.
- 16) Reflexão interior me ajuda a entrar em contato comigo mesmo.
- 17) Eu tenho um relacionamento pessoal com uma força maior que eu.
- 18) Eu fui pressionado a aceitar crenças religiosas que eu não concordo.
- 19) Atividades religiosas ajudam a me aproximar de uma força maior que eu mesmo.
- 20) Quando eu faço algo de errado, eu me esforço para me desculpar.
- 21) Quando faço algo não correto, fico envergonhado.
- 22) Eu resolvo meus problemas sem utilizar os meios da fé ou da religião.
- 23) Eu examino meus atos para ver se eles refletem as idéias que conduzem minha vida.
- 24) Quantas vezes, aproximadamente, você orou/rezou na última semana?
(1) nenhuma vez (2) 1 a 3 vezes (3) 4 a 6 vezes (4) 7 a 9 vezes (5) 10 ou + vezes
- 25) Quantas vezes você leu ou refletiu sobre um texto religioso ou espiritual, na última semana?
(1) nenhuma vez (2) 1 a 3 vezes (3) 4 a 6 vezes (4) 7 a 9 vezes (5) 10 ou + vezes
- 26) Quantas vezes você participou de atividades religiosas em grupo ou foi a algum lugar de culto ou a uma igreja, no mês passado?
(1) nenhuma vez (2) 1 a 3 vezes (3) 4 a 6 vezes (4) 7 a 9 vezes (5) 10 ou + vezes
- 27) Qual a sua religião?

(1) católica	(2) evangélica/pentecostal	(3) espírita
(4) protestante tradicional	(5) candomblé/umbanda	(6) religião oriental
(7) ateu	(8) sem religião	(9) outra: _____

ANEXO C – RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP UNISINOS

(SÓ PARA CONTAR PÁGINA)
(SUBSTITUIR PELO XERÓX DA RESOLUÇÃO)

RELATÓRIO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	73
2 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	74
2.1 Seleção do Universo Empírico.....	74
2.1.1 <i>Sujeitos Elegíveis.....</i>	74
2.1.2 <i>Sujeitos a Entrevistar.....</i>	76
2.2 Inserção no Campo de Pesquisa.....	76
2.3 Coleta de Dados.....	80
2.4 Transcrição das Entrevistas.....	88
2.5 Análise de Dados.....	89
3 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	104
3.1 Análise de Dados.....	104
4 ESCRITA DO ARTIGO CIENTÍFICO.....	113

1 INTRODUÇÃO

O projeto *Interfaces entre espiritualidade e autopercepção de saúde em adultos no município de São Leopoldo/RS* foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, sob a Resolução de número 023/10. Por melhor contemplar o estudo realizado, o título foi posteriormente modificado na escrita da Dissertação, para: *Interfaces entre espiritualidade e autopercepção de saúde em adultos em um município do sul do Brasil: estudo quantitativo e qualitativo*, considerando a intenção de submeter seus resultados a uma revista científica de abrangência nacional.

O presente Relatório de Pesquisa tem por finalidade descrever a coleta de dados na abordagem qualitativa e a análise de dados na abordagem qualitativa e quantitativa, servindo de base para eventuais esclarecimentos. Considera-se que a coleta de dados da abordagem quantitativa foi descrita na seção de *Metodologia* do Projeto de Pesquisa por fazer parte de uma pesquisa realizada anteriormente à presente pesquisa.

2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Na abordagem qualitativa, são descritas as seguintes etapas da pesquisa: seleção do universo empírico (sujeitos elegíveis e sujeitos a entrevistar), inserção no campo de pesquisa, coleta de dados (sujeitos entrevistados), transcrição das entrevistas e análise de dados.

2.1 Seleção do Universo Empírico

Em novembro e dezembro de 2009, foram selecionados os sujeitos para compor o universo empírico da abordagem qualitativa, que foi um recorte da amostra da abordagem quantitativa. Os *sujeitos elegíveis* são aqueles que podem ser entrevistados, conforme a previsão realizada no Projeto de Pesquisa. Os *sujeitos a entrevistar* são os pré-selecionados para as entrevistas antes da inserção no campo de pesquisa.

2.1.1 *Sujeitos Elegíveis*

Para a seleção do universo empírico, foram utilizadas as variáveis demográficas – sexo e idade – e a variável socioeconômica – renda familiar – referidas pelo entrevistado na coleta de dados da abordagem quantitativa. Os critérios de elegibilidade foram os seguintes:

- Ter sido entrevistado no *Estudo Exploratório do Capital Social em São Leopoldo/RS*;

- Ter entre 30 e 59 anos no período de coleta de dados quantitativos;
- Possuir renda familiar moderada entre 2 e 6,5 salários mínimos (R\$700,00 a R\$2275,00), no período de coleta de dados quantitativos;

As respostas relativas ao desfecho (autopercepção de saúde) foram categorizadas em: boa (excelente/muito boa/boa) e ruim (razoável/ruim). Na exposição de interesse (espiritualidade), a variável foi categorizada em alta (25% escores mais elevados), moderada (50% escores intermediários) e baixa (25% escores menores). Optou-se por utilizar os dois extremos (alta e baixa), onde escores mais elevados representam maior espiritualidade.

Considerando os critérios de elegibilidade e a categorização da autopercepção de saúde e da espiritualidade, os sujeitos foram separados em oito grupos (Tabela 1), resultando em 158 *sujeitos elegíveis* para o universo empírico da abordagem qualitativa, dentre os 1.100 adultos da abordagem quantitativa. Destes, foram selecionados duas mulheres e dois homens de cada grupo, totalizando 16 *sujeitos a entrevistar*.

Tabela 1. Seleção do universo empírico da abordagem qualitativa. São Leopoldo, RS, Brasil, 2009.

Autopercepção de Saúde	Espiritualidade	Grupo	Sexo	Adultos Elegíveis	Universo Empírico
Boa	Alta	A	♀	46	2
			♂	8	2
	Baixa	B	♀	37	2
			♂	14	2
Ruim	Alta	C	♀	21	2
			♂	3	2
	Baixa	D	♀	20	2
			♂	9	2
Total				158	16 adultos

Conforme os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, neste relatório os sujeitos entrevistados não foram identificados pelo nome ou endereço, mas pelo nome do grupo ao qual fazem parte (Tabela 1), sexo e/ou número da entrevista. Por exemplo, o Grupo A Mulher refere-se a mulheres com autopercepção de saúde (AS) boa e alta espiritualidade (E); o Grupo C Homem é formado por homens com autopercepção de saúde ruim e alta espiritualidade.

2.1.2 Sujeitos a Entrevistar

Em novembro de 2009, deu-se início à seleção de 16 *sujeitos a entrevistar*, dentre os *sujeitos elegíveis* para compor o universo empírico da abordagem qualitativa. Em um primeiro momento foram selecionados o primeiro e o último questionário de cada grupo, tanto para mulher quanto para homem. Então, verificou-se que os sujeitos que referiram ter idade entre 57 e 59 anos na coleta de dados da abordagem quantitativa (ano de 2007), tinham idade superior a 60 anos. Estes adultos foram excluídos pela idade. Também foram excluídos os sujeitos que mudaram de endereço para outro município, pois a pesquisa contempla os adultos residentes em São Leopoldo.

Esta seleção inicial resultou nos seguintes sujeitos, conforme a religião: católica (9), espírita (1), protestante tradicional (1), evangélica/pentecostal (2), candomblé/umbanda (1), sem (1). A partir disso, optou-se por selecionar uma maior diversidade religiosa, motivo pelo qual foram adotados como *critérios de exclusão*:

- Idade entre 57 e 59 anos referida no questionário quantitativo;
- Mudança de endereço para outro município;
- Maior diversidade quanto à religião.

2.2 Inserção no Campo de Pesquisa

Após a seleção inicial dos sujeitos, em novembro de 2009, iniciou-se a inserção no campo de pesquisa. Para tanto, duas formas de contato com o sujeito foram utilizadas: contato telefônico e/ou visita domiciliar – conforme o telefone e endereço informados na abordagem quantitativa. A primeira tentativa de agendamento foi realizada por meio de contato telefônico, quando a pesquisadora identificou-se, informou sobre o objetivo da pesquisa e questionou o sujeito sobre o desejo de participar desta. A maior parte desses contatos obteve sucesso, ou seja, o sujeito foi encontrado e a entrevista agendada. No entanto, algumas tentativas foram sem sucesso porque o telefone tinha sido vendido, não recebia ligações ou caía na caixa postal.

Quando não foi possível contatar o sujeito por telefone, realizou-se uma visita domiciliar para agendar a entrevista. Quando o sujeito foi encontrado e concordou em

participar da entrevista, esta foi realizada no momento da visita domiciliar (2 casos) ou agendada para outra data (1 caso). Algumas visitas foram sem sucesso, ou seja, o sujeito não foi encontrado no endereço informado, o que foi considerado como perda.

A inserção no campo de pesquisa segundo os grupos ao qual pertencem os sujeitos será descrita a seguir.

Grupo A Mulher (AS boa, E alta)

No primeiro contato telefônico, as duas mulheres (uma espírita e uma luterana) aceitaram participar da pesquisa, momento no qual foram agendadas as entrevistas.

Grupo A Homem (AS boa, E alta)

Em dezembro de 2009, um homem protestante tradicional foi procurado no endereço informado. Através de vizinhos, obteve-se a informação que este sujeito havia mudado de endereço para Porto Alegre há dois anos, motivo pelo qual foi excluído. Em seguida, por meio de contato telefônico, dois homens (católico e evangélico/pentecostal) aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados.

Grupo B Mulher (AS boa, E baixa)

Na primeira quinzena de janeiro de 2010, após várias tentativas de contato telefônico sem sucesso, foram buscados os endereços de duas mulheres católicas no Bairro Centro. Em um dos casos, quem atendeu o interfone foi a moradora nova do apartamento e que não conhecia a antiga moradora. A vizinha da outra possível entrevistada informou que esta não morava mais naquele local. Considerando que nenhuma delas foi encontrada, foram excluídas, assim como uma luterana que já tinha 60 anos.

No dia 11/01 procurou-se uma mulher católica em seu endereço, mas esta havia mudado. Sua vizinha informou que ela tinha um salão de beleza a duas quadras do endereço antigo. A pesquisadora foi até o salão, que estava fechado, mas conseguiu anotar o telefone deste. Através de contato telefônico, a possível entrevistada não quis participar da pesquisa, pois disse que a “vida está corrida e falta tempo para uma entrevista”.

Após contato telefônico em dezembro de 2009, uma mulher protestante tradicional informou que entraria retornando das férias na segunda quinzena de janeiro, quando estaria disponível para dar a entrevista. Em 20/01 sua filha informou o celular da mãe e que esta

voltaria somente na segunda quinzena de fevereiro. Em 22/01, em novo contato telefônico, esta mulher referiu falta de interesse na pesquisa.

No dia 28/01, após contato telefônico com uma mulher, esta recusou a participação na pesquisa, pois não tinha tempo. No mesmo dia, a pesquisadora foi procurar um endereço, mas não foi encontrada a numeração da quadra informada. Estas duas mulheres, de religião evangélica /pentecostal, foram descartadas.

Grupo B Homem (AS boa, E baixa)

Neste grupo, nove homens foram excluídos antes encontrar os dois entrevistados. Dois deles (protestante tradicional e católico) foram descartados por apresentarem idade superior a 59 anos. Após contato telefônico, um homem católico foi descartado por incompatibilidade de horários. Na primeira quinzena de janeiro de 2010, após algumas tentativas de contato telefônico sem sucesso, pois o telefone encontrava-se fora da área de cobertura, procurou-se o endereço de um homem católico, mas a numeração do prédio era inexistente.

Em 11/01 agendou-se entrevista por telefone com um homem católico, dono de um mercado. Chegando ao local, este quis dar a entrevista e permanecer no caixa do mercado ao mesmo tempo. A pesquisadora informou que seria necessário um momento específico para a entrevista. Então, tentou-se agendar nova entrevista, mas o homem referiu que não seria possível porque não teria tempo para sair do serviço. Por este motivo, foi descartado.

No dia 14/12, através de contato telefônico, um homem católico informou não saber falar sobre espiritualidade, motivo pelo qual foi excluído. Em 19/01, houve outra recusa no primeiro contato telefônico com um sujeito católico, pois este alegou que tem um filho com deficiência e, porque este é muito agressivo e necessita de uma pessoa sempre cuidando dele, a pesquisadora não poderia entrevistá-lo nem ele poderia sair de casa para dar entrevista.

Em 21/01 foi realizada visita domiciliar a um homem sem religião, já que o telefone não recebia ligações, mas não havia ninguém em casa. Uma vizinha informou o telefone da esposa deste. A pesquisadora deixou um bilhete na caixa de correspondência informando seu telefone e o assunto de interesse. Então, foram realizados três contatos telefônicos para agendamento da entrevista, que não pode ser realizada por incompatibilidade de horários. O sujeito trabalha como segurança no horário vespertino, noite e finais de semana e não demonstrou interesse em dar a entrevista em outros horários, como manhã ou tarde, conforme sugerido pela pesquisadora.

Em outra situação, o contato telefônico foi estabelecido e a entrevista agendada. Porém, no dia agendado (30/01), o homem católico não estava em casa, o que foi entendido como uma recusa. Houve nova tentativa de contato telefônico, porém, sem sucesso.

Grupo C Mulher (AS ruim, E alta)

No primeiro contato telefônico, as duas mulheres (católica e umbandista) aceitaram participar da pesquisa, momento no qual foram agendadas as entrevistas.

Grupo C Homem (AS ruim, E alta)

Este grupo era composto por três sujeitos elegíveis (Tabela 1), mas dois (católico e evangélico pentecostal) apresentavam mais de 59 anos e foram excluídos. Em 10/12 agendou-se entrevista com o outro homem, evangélico/pentecostal. No contato telefônico no dia da entrevista, a esposa referiu que ele não se encontrava. Em 14/12 houve nova tentativa de agendamento, quando a esposa referiu: “ele não tem tempo esta semana. Pode ligar em fevereiro”. Então, a pesquisadora questionou sobre o real interesse na pesquisa e esta falou: “vou ser sincera. Ele não está interessado”.

Devido a esta recusa, nenhum homem do Grupo C foi entrevistado, motivo pelo qual houve a redução de 16 para 14 sujeitos entrevistados (8 mulheres, 6 homens).

Grupo D Mulher (AS ruim, E baixa)

Em dezembro de 2009, uma mulher muçulmana foi descartada, pois através de contato telefônico, descobriu-se que esta tinha 61 anos. Através de contato telefônico, duas mulheres (luterana e sem religião) aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistadas.

Grupo D Homem (AS ruim, E baixa)

Neste grupo, sete homens foram descartados antes encontrar dois para entrevistar. Dois destes homens (católicos) foram descartados pela idade superior a 59 anos. Outro católico foi descartado porque o telefone informado não completava a ligação. Então, realizou-se uma visita domiciliar, mas um vizinho informou que este foi morar em Tramandaí há dois anos.

No dia 14/01, a pesquisadora iria procurar um homem católico no mesmo bairro da entrevista 10. Porém, a entrevistada informou que aquela rua era perigosa e aconselhou não ir de carro ou sozinha. Considerando que três dias antes uma quadrilha havia sido desarmada pela polícia naquele local, devido à periculosidade, optou-se por não entrevistar aquele sujeito.

Em 21/01, houve uma tentativa de contato telefônico sem sucesso com um católico, pois o telefone foi vendido para outra pessoa. Então, realizou-se uma visita domiciliar: a casa foi encontrada, mas há uma família que reside lá há 35 anos e não conhece o possível entrevistado. O sujeito não reside mais no endereço informado na abordagem quantitativa.

No dia 23/01, pela manhã, após tentativa de contato telefônico sem sucesso com um sujeito sem religião, o endereço foi procurado, mas a numeração da casa não foi encontrada. A vizinha informou que o sujeito desmanchou a casa e mudou-se para Palmeira das Missões.

À tarde, a pesquisadora buscou outro endereço de um homem católico. No entanto, ao chegar ao local, constatou-se que havia outra família morando na casa. Uma vizinha informou que o possível entrevistado, cadeirante, havia se mudado para o sítio de um amigo, dono de uma Assistência Técnica de TV. A pesquisadora foi até a loja fora do horário comercial e copiou o telefone da mesma. Em 25/01, através de contato telefônico, obteve-se a informação de que o sítio está localizado em Novo Hamburgo, motivo pelo qual o sujeito foi descartado.

As perdas ocorreram pelos seguintes motivos: mudança de município (quatro casos), sujeito não encontrado (três), casa/prédio não encontrados (dois), idade superior a 59 anos (oito), incompatibilidade de horários (dois), periculosidade do local (um). As recusas ocorreram pelos motivos: falta de tempo para dar entrevista (quatro casos), falta de interesse na pesquisa (um), sujeito referiu não saber falar sobre espiritualidade (um), filho com deficiência (um) e sujeito não se encontrava em casa no horário da entrevista (um).

2.3 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre 26 de novembro de 2009 a 1º de fevereiro de 2010, com maior concentração de entrevistas em dezembro (5) e janeiro (6). Em novembro foram realizadas duas entrevistas e em fevereiro uma. Para tanto, foi utilizado o Roteiro da Entrevista Semiestruturada, previsto no projeto. A pesquisadora realizou as entrevistas utilizando carro particular para o deslocamento. Todas as entrevistas ocorreram no domicílio do entrevistado. Na data agendada, a pesquisadora entrou em contato telefônico com os sujeitos para confirmação da entrevista. Na maior parte delas o entrevistado estava sozinho; mas em alguns casos, houve a participação do cônjuge ou filho com algumas falas, sem prejuízo na entrevista.

A Tabela 2 mostra os *sujeitos elegíveis* e *entrevistados* em relação à religião informada na abordagem quantitativa. Foram entrevistados, quanto à religião: católica (7), espírita (1), evangélica/pentecostal (2), luterana (2), umbanda (1), sem religião (1).

Tabela 2. Sujeitos Elegíveis para o Universo Empírico e Sujeitos Entrevistados. São Leopoldo. 2010.

Grupo	Sujeitos Elegíveis	Religião	Sujeitos Entrevistados
A MULHER AS boa E alta	46	evangélica/pentecostal (16) católica (15) espírita (4) adventista (3) candomblé/umbanda (2) testemunha de jeová (2) luterana (1) protestante tradicional (1) sem religião (1) outra (1)	espírita (1) luterana (1)
A HOMEM AS boa E alta	8	evangélica/pentecostal (5); católica (2); protestante tradicional (1)	católica (1) evangélica/pentecostal (1)
B MULHER AS boa E baixa	37	católica (24) espírita (4) evangélica/pentecostal (3) sem religião (2) batuque (1) candomblé/umbanda (1) luterana (1) protestante tradicional (1)	católica (1) evangélica/pentecostal (1)
B HOMEM AS boa E baixa	14	católica (12) protestante tradicional (1) sem religião (1)	católica (2)
C MULHER AS ruim E alta	21	católica (9) evangélica/pentecostal (8) candomblé/umbanda (1) espírita (1) testemunha de jeová (1) protestante tradicional (1)	católica (1) umbanda (1)
C HOMEM AS ruim E alta	3	evangélica/pentecostal (2) católica (1)	-
D MULHER AS ruim E baixa	20	católica (12) evangélica/pentecostal (3) sem religião (2) espírita (1) muçulmana (1) outra (1)	luterana (1) sem religião (1)
D HOMEM AS ruim E baixa	9	católica (8) sem religião (1)	católica (2)
TOTAL	158		14

O quadro 1 mostra o perfil sociodemográfico dos sujeitos na abordagem qualitativa em relação à autopercepção de saúde e espiritualidade referida na abordagem quantitativa. Quanto ao sexo, foram entrevistados oito mulheres e seis homens, com idade entre 33 e 56 anos. Em relação à escolaridade, oito entrevistados têm ensino fundamental incompleto, quatro têm ensino fundamental completo e dois têm ensino médio incompleto. Quanto à cor da pele, 13 são brancos e um negro. Em relação à profissão, cinco mulheres são donas de casa, duas têm o local de trabalho na própria casa (mãe de santo e artesã) e somente uma trabalha fora (técnica de enfermagem). Entre os homens, dois são autônomos, três têm vínculo empregatício e um trabalha em casa na manutenção de computadores.

QUADRO 1. Perfil sociodemográfico dos sujeitos na abordagem qualitativa em relação à autopercepção de saúde e espiritualidade referidas na abordagem quantitativa. São Leopoldo, RS, Brasil, 2010.

Sujeito	Autopercepção de Saúde	Espiritualidade	Sexo	Idade	Escolaridade	Cor da pele
E1	Ruim	alta	feminino	56	fundamental incompleto	Branca
E2	Ruim	alta	feminino	49	fundamental incompleto	Branca
E3	Boa	alta	masculino	44	fundamental incompleto	Branca
E4	Boa	alta	feminino	33	fundamental completo	Branca
E5	Boa	alta	masculino	52	fundamental incompleto	Branca
E6	Ruim	baixa	feminino	56	médio incompleto	branca
E7	Boa	alta	feminino	47	fundamental incompleto	branca
E8	Ruim	baixa	feminino	47	fundamental incompleto	branca
E9	Ruim	baixa	masculino	48	fundamental completo	branca
E10	Boa	baixa	feminino	33	fundamental completo	branca
E11	Boa	baixa	masculino	50	médio incompleto	branca
E12	Boa	baixa	masculino	54	fundamental completo	branca
E13	Boa	baixa	feminino	53	fundamental incompleto	branca
E14	Ruim	baixa	masculino	47	fundamental incompleto	Negra

A seguir, a descrição das 14 entrevistas realizadas, conforme o agendamento, o local da entrevista, o perfil do entrevistado, quem mora na casa e algumas particularidades.

Entrevista 1 (Grupo C Mulher)

Esta foi a entrevista-piloto, agendada com a própria entrevistada no primeiro contato telefônico e realizada no dia 19/11/09. O endereço foi encontrado facilmente e a entrevista aconteceu na sala da casa. A entrevistada tem 56 anos, estudou até a 3^o série, é do lar e frequenta a Renovação Carismática da Igreja Católica. Ela mora com o marido e dois filhos – outro filho mora na sua própria casa –, estava sozinha no momento da entrevista e recebeu a entrevistadora com disponibilidade. O marido dela chegou, mas não cumprimentou.

Entrevista 2 (Grupo C Mulher)

A entrevista foi agendada em contato telefônico com a própria entrevistada e realizada em 26/11/09. O endereço foi um pouco difícil de encontrar, devido ao desvio no trânsito provocado pelas obras na linha do trensub. A entrevista aconteceu na área da casa. A entrevistada tem 49 anos, 5º série, é umbandista, trabalha em casa como Mãe de Santo e mora com o marido e a filha. A pesquisadora estava curiosa, pois foi a primeira vez que conversou com um praticante da umbanda. A entrevistada mostrou seu local de trabalho, além de fazer um café e oferecer à pesquisadora. Durante a entrevista, uma vizinha apareceu em sua casa para pedir conselhos referentes à situação conjugal; a filha biológica chegou para almoçar e uma filha de santo falou sobre buscar seu filho na escola. As falas destas outras pessoas não prejudicaram o andamento da entrevista e não serão utilizadas no artigo final da dissertação.

Entrevista 3 (Grupo A Homem)

Esta entrevista foi agendada no terceiro contato telefônico. Após dois contatos com a esposa do entrevistado, agendou-se uma entrevista com o próprio entrevistado para um sábado à tarde, dia 05/12/09. A entrevista ocorreu no pátio da casa, embaixo de uma árvore, onde se ouve o canto dos pássaros. O entrevistado tem 44 anos, 5º série, trabalha como montador de feiras em eventos e é evangélico. Mora de favor na casa da mãe, com a irmã (pessoa com deficiência), a esposa e a filha. Ele tem outros filhos do primeiro casamento que moram em suas casas. A esposa do entrevistado participou da entrevista e contribuiu com algumas explicações referentes à prática religiosa do entrevistado. Entende-se que isso não prejudicou a entrevista. Serão utilizadas no artigo final somente as falas do entrevistado.

Entrevista 4 (Grupo A Mulher)

A entrevista, realizada em 08/12/09, foi agendada com a entrevistada no primeiro contato telefônico. No horário combinado, esta não estava em casa, mas foi recombinação outro horário no mesmo dia. A entrevista ocorreu na cozinha da casa em construção, onde o filho passou pelo local e falou com a mãe algumas vezes. A entrevistada tem 33 anos, ensino fundamental completo e trabalha como técnica de enfermagem. Em relação à religião, define-se como católica não praticante e espírita. Disponibilizou-se a dar a entrevista no horário de almoço, intervalo entre um trabalho e outro. É divorciada e mora com o companheiro e o filho em um apartamento em cima da casa da mãe e dos irmãos, que moram no mesmo pátio.

Entrevista 5 (Grupo A Homem)

Esta entrevista, realizada em 16/12/09, foi agendada após no primeiro contato telefônico com o sujeito entrevistado e ocorreu na garagem da casa, com a interferência sonora de um senhor que estava consertando o telhado. O entrevistado tem 52 anos, estudou até a 3^o série, trabalha como vidraceiro autônomo e é católico, assim como toda sua família. Mora com a esposa, duas filhas, duas netas e o cunhado, em casa própria. O entrevistado falou pouco. A esposa e a filha cumprimentaram sem interferir na entrevista.

Entrevista 6 (Grupo D Mulher)

A entrevista foi agendada no primeiro contato telefônico com a própria entrevistada. Porém, no dia agendado, a pesquisadora ligou para a entrevistada para confirmar a realização da entrevista e esta informou que estava envolvida com a filha que estava no hospital devido ao nascimento do netinho. Então, foi agendada nova entrevista, realizada em 28/12/09. A entrevista foi realizada na área da casa, com interferência sonora (ventilador, serra elétrica, rádio ligado, filha falando com sobrinha e vizinho), que foi atenuada posteriormente. A entrevistada tem 56 anos, ensino médio incompleto, é do lar e define-se como “sem religião”, mas simpatiza com a umbanda, a católica e a evangélica. Mora com o marido, a filha solteira e o neto recém-nascido. Tem outra filha casada que mora no bairro ao lado do seu. Devido ao calor excessivo, a entrevistada ofereceu água à pesquisadora.

Entrevista 7 (Grupo A Mulher)

Esta entrevista, realizada em 29/12/09, foi agendada no primeiro contato telefônico com a entrevistada. O local da entrevista foi na área ao lado da casa, embaixo de um parreiral, ao som dos pássaros. A entrevistada, de 47 anos, estudou até a 5^o série e tem uma madeira nos fundos, onde trabalha com o marido na restauração de móveis e confecção de urnas para crematório. Quanto à religião, informou na abordagem quantitativa que é luterana, mas na entrevista qualitativa define-se como luterana e espírita, além de simpatizar com a Seicho No Ie. Ela reside com o marido e não tem filhos, mas tem enteados casados. O marido esteve presente em alguns momentos, falou algumas vezes, trouxe água e melancia. Após a entrevista, a mulher mostrou à pesquisadora a casa, o local de trabalho, o pátio e o cachorro.

A entrevistada referiu que na semana anterior ao agendamento desta entrevista ela havia encontrado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de quando participou da abordagem quantitativa e lembrou que ninguém entrou em contato para dar uma devolução

sobre os resultados da pesquisa. Ela ficou surpresa quando a pesquisadora ligou para convidá-la para participar da presente pesquisa, pois estava mesmo pensando na pesquisa anterior.

Entrevista 8 (Grupo D Mulher)

A entrevista foi agendada no primeiro contato telefônico com a entrevistada e realizada em 11/01/10, na sala da casa. A entrevistada tem 47 anos, estudou até a 5^o série, trabalha em casa e vende frango assado aos domingos, para complementar a renda do marido. A mulher informou ser evangélica, na abordagem quantitativa, mas, na entrevista referiu que é católica desde criança, luterana depois que casou (marido luterano) e simpatiza com a igreja evangélica. Ela reside com o marido e duas filhas adolescentes. Após a entrevista, ela mostrou a casa para a pesquisadora. A entrevista foi a mais longa (duas horas e meia) devido ao perfil psicológico da entrevistada, com depressão intensificada por lutos mal elaborados do filho, pai, mãe e irmã. Conforme consta no projeto de pesquisa, caso a entrevista mobilizasse questões mal resolvidas no sujeito ou fosse verificada a necessidade, este seria encaminhado a um serviço municipal de saúde correspondente. Assim, a entrevistada foi encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Capilé) em São Leopoldo, através da anotação do telefone, endereço e nome dos profissionais que poderiam atendê-la.

Entrevista 9 (Grupo D Homem)

Esta entrevista foi agendada no primeiro contato telefônico com o entrevistado. Porém, no dia agendado, houve um atraso da pesquisadora devido à demora da entrevista anterior (E8). Neste momento, a pesquisadora ligou para o homem a ser entrevistado, agendando novo dia para a entrevista, que foi realizada em 12/01/10. Neste dia, chegando à casa do entrevistado, este não se encontrava, mas uma vizinha o chamou porque viu que o cachorro do entrevistado estava na casa de outro vizinho, deduzindo que seu dono também estava lá. A entrevista ocorreu na sala da casa, com o filho por perto e a mãe na cozinha. Estes não cumprimentaram a pesquisadora. O entrevistado tem 48 anos, ensino fundamental completo e se diz católico não praticante, sendo que já buscou outras igrejas, mas hoje sem frequentar nenhuma. Já foi jornalista quando jovem, mas hoje recebe benefício do INSS, pois é portador da Síndrome de Gorlin-Goltz, um câncer de pele raro, degenerativo e letal. Trabalha em casa com manutenção de computadores e evita contato social pela desfiguração facial que a doença provocou e pelo preconceito que enfrenta. É divorciado e mora sozinho; filho e mãe o visitam.

Entrevista 10 (Grupo B Mulher)

Esta entrevista foi realizada no momento da visita domiciliar, em 14/01/10. Inicialmente, houve uma tentativa de contato telefônico sem sucesso. Então, a pesquisadora foi ao endereço informado, mas, conforme os vizinhos, a entrevistada havia mudado de endereço. Estes informaram o novo endereço, que ficava no mesmo bairro do endereço antigo e foi procurado em seguida. A entrevistada estava tomando chimarrão com a sogra e as filhas em frente à casa e concordou em participar da pesquisa, sendo entrevistada no mesmo momento naquele local. A entrevistada tem 33 anos, ensino fundamental completo, é do lar e definiu-se como católica e espírita, tendo informado na abordagem quantitativa ser católica. Está morando atualmente de favor na casa da sogra, com o marido e as duas filhas pequenas (6 anos e 1 ano), mas vai mudar-se para uma casa sua de herança, que fica em frente a esta. A mulher referiu que teria falado mais sobre o que pensa em relação à religião espírita se a sogra não estivesse ouvindo a entrevista e que gostaria de conversar com a pesquisadora em outro momento, se fosse necessário. Ela orientou a pesquisadora para não ir a uma vila localizada no mesmo bairro para procurar o próximo sujeito elegível, pois esta é de alta periculosidade.

Entrevista 11 (Grupo B Homem)

A entrevista foi agendada após três contatos telefônicos: os dois primeiros com o filho do entrevistado, já que este estava trabalhando. O filho informou os horários que o pai estava em casa. No terceiro contato telefônico, o sujeito aceitou participar da entrevista, que ficou agendada para 23/01/10, sábado, pela manhã. A entrevista aconteceu na cozinha da casa. O entrevistado tem 50 anos, ensino médio incompleto, é técnico de som na Prefeitura Municipal de São Leopoldo. Na abordagem quantitativa ele referiu ser católico e na qualitativa, católico não praticante. Ele é divorciado e mora com o filho mais novo; o mais velho mora com a mãe. A disponibilidade em dar entrevista foi grande, visto que teria que viajar para colocar som em uma festa assim que a entrevista acabasse. Um amigo que o ajudaria a carregar a aparelhagem de som chegou no momento da entrevista e ficou ouvindo até o final.

Entrevista 12 (Grupo B Homem)

A entrevista foi realizada após o consentimento do entrevistado no momento da visita domiciliar, no dia 23/01/10, no final da manhã, já que o telefone não recebia ligações. O local da entrevista foi na área da casa. O entrevistado tem 54 anos, ensino fundamental completo, é

católico e trabalha como guarda particular em uma madeireira em Novo Hamburgo. Ele mora com mais sete pessoas: a esposa, cinco filhos, um neto (9 meses). Tem outra filha casada.

Entrevista 13 (Grupo B Mulher)

A entrevista, realizada em 30/01/10, foi agendada dois dias antes com a entrevistada no momento da visita domiciliar, já que a tentativa de contato telefônico foi sem sucesso porque não completava a ligação. A entrevista aconteceu na cozinha da casa em obras na parte inferior. O filho estava por perto e ouviu trechos da entrevista. A entrevistada tem 53 anos, estudou até a 5º série, é do lar e define-se, quanto à religião, como evangélica não praticante (desde a morte do pai há 20 anos). Ela reside com o cônjuge (evangélico) e o filho mais novo (católico). A filha (católica) é casada e mora em Porto Alegre. Devido à situação de drogadição do sobrinho, a pesquisadora informou o contato telefônico do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em São Leopoldo, caso a família necessite de alguma orientação.

Entrevista 14 (Grupo D Homem)

A entrevista foi agendada com o entrevistado no momento da visita domiciliar e realizada em 01/02/10. Na ocasião da visita, o entrevistado aceitou em participar da entrevista, porém, em outro dia, pois estava envolvido com o desmanche da casa de madeira para construir outra de alvenaria. Se a pesquisadora tivesse chegado à casa uma hora depois, não teria encontrado mais a casa. No dia agendado, a entrevista foi realizada em meio à construção da nova casa e foi a entrevista mais curta. O entrevistado tem 47 anos, estudou até a 7º série, é trocador de matriz, afastando do trabalho atualmente, único negro entrevistado e se define, quanto à religião, como católico não praticante. Reside no momento em uma casa provisória com a esposa e o filho mais novo, mas tem outras duas filhas casadas.

Os entrevistados são sujeitos com histórias de vida difíceis e uma grande capacidade de superação, motivo pelo qual a pesquisadora teve várias lições de vida, para além das entrevistas. Todos eles demonstraram interesse em saber dos resultados da pesquisa. Ficou combinado que em julho de 2010, a pesquisadora entrará em contato telefônico com cada um deles para agendar dia e horário para ir a sua casa para realizar a devolução dos resultados.

2.4 Transcrição das Entrevistas

A transcrição das entrevistas foi realizada minuciosamente pela própria pesquisadora no período de dezembro de 2009 a março de 2010. A etapa foi demorada, pois exigiu grande concentração no que estava sendo dito para que houvesse uma transcrição fidedigna das falas. Após a realização de cada entrevista, gravada em áudio MP3, esta foi salva no computador e transcrita mediante o uso de fone de ouvido para evitar a interferência de sons externos. Percebeu-se que a voz feminina (aguda) é mais fácil compreensão que a masculina (grave) e que esta demanda mais tempo de transcrição para captar as falas integralmente.

Nas primeiras quatro entrevistas, para cada 10 minutos de fala, foi necessária cerca de uma hora de transcrição. No decorrer da transcrição, optou-se por ouvir cada entrevista duas vezes: para a escuta e digitação do que se entendia e, depois, para uma escuta mais acurada, para acertar palavras, frases e pontuação. O processo de ouvir-digitar ficou automático ao longo das transcrições e, portanto, mais fácil e rápido de ser realizado.

A Tabela 3 mostra que a duração das entrevistas foi variável – 30 minutos a 2 horas e 30 minutos – totalizando 15 horas, 6 minutos e 13 segundos de gravação, com tempo médio de 1 hora, 4 minutos e 44 segundos por entrevista. Estas, impressas e encadernadas, resultaram em 338 páginas de material transcrito a ser impresso e analisado.

Tabela 3. Entrevistas em relação à data de realização, duração e páginas de material transcrito.

Entrevista	Data de Realização	Duração (hora, minuto, segundo)	Material transcrito (página)
E1	19/11/09	43''8'	16
E2	26/11/09	1h22''20'	36
E3	05/12/09	56''38'	24
E4	08/12/09	1h11''36'	28
E5	16/12/09	30''5'	13
E6	28/12/09	1h0''45'	24
E7	29/12/09	1h09''4'	26
E8	11/01/10	2h33''2'	45
E9	12/01/10	53''32'	20
E10	14/01/10	1h22''	28
E11	23/01/10	41''31'	17
E12	23/01/10	41''18'	15
E13	30/01/10	1h31''20'	33
E14	01/02/10	29''54'	13
Total		15h6''13'	338

2.5 Análise de Dados

Após a impressão do material resultante das entrevistas, deu-se início à leitura do mesmo. Enquanto a pesquisadora leu o material, apontou ao lado os assuntos recorrentes, fazendo um esboço da codificação para a posterior categorização das falas, sublinhando as falas relevantes. A codificação serviu para nomear as falas, ou seja, dar nome ao que apareceu nas entrevistas, para, posteriormente, categorizá-las. Neste momento, foi necessário identificar o que os entrevistados falaram sobre a relação saúde-espiritualidade.

O Quadro 2 é um quadro-base para a pré-categorização das falas dos entrevistados e serve para a compreensão dos próximos 14 quadros apresentados, um para cada entrevistado, contendo os tópicos relevantes de cada entrevista realizada. As falas foram grafadas em itálico.

Quadro 2. Quadro-base para pré-categorização das falas na abordagem qualitativa.

Número da entrevista (idade), profissão, escolaridade do(a) entrevistado(a)		
Pré-categorias de análise	Caráter experiencial / subjetivo (foco na experiência do sujeito)	Caráter institucional* (recursos externos)
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE	Percepção Subjetiva do Processo Saúde-Doença	Serviço/pessoa que o sujeito acessa SUS/privado, médico, remédio, exame Homeopatia, chá, amuleto Amigo, vizinho, família
ESPIRITUALIDADE	RELIGIOSIDADE Fé, acreditar em Deus, transcendência	RELIGIÃO Crença, Prática Religiosa (o que há em comum entre as religiões).
RELAÇÃO SAÚDE-ESPIRITUALIDADE EXISTENCIALIDADE (sentido na vida, valores) Recursos internos do sujeito: estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>)		

* Institucional: interessa no sentido de como influencia no experiencial.

ENTREVISTA 1 (56a), dona de casa, ensino fundamental incompleto (3° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: boa, viver bem, comer bem, caminhar, fazer exercício (saúde física); Sentir-se bem: busca Deus, vive bem, anda em paz, não briga, não faz mal aos outros; Doença: <i>vontade de Deus, cruz que Ele dá a cada um.</i></p>	<p>Medicina tradicional: quando adocece, procura o médico em último caso; tomou antidepressivo só por um mês; Medicina alternativa: chá; não acredita em amuleto e promessa; Família/amigo/vizinho: boa relação, família não vai à igreja, amiga pensa diferente dela no sentido de acreditar no espiritismo.</p>
E	<p>Deus: força para superar tudo, conforto; <i>Deus é um só, está em todo o lugar;</i> Ele lhe dá força e a acompanha sempre;</p> <p>Fé: tem muita fé;</p> <p>Espiritualidade: amor de Deus, tudo; <i>Não adianta buscar religião se não tem fé porque não é a religião que cura, é Deus que cura;</i></p>	<p>Religião: Renovação Carismática Católica (há 20 anos, sinônimo de Deus verdadeiro, conforto e fortalecimento ao fazer bem ao outro); Não acredita em espiritismo, Seicho No Ie, umbanda (onde buscou a cura, ser feliz, o que encontra na sua religião); Outras religiões: <i>cada um tem o direito de escolher o que é bom para si.</i> Crença: <i>Quem faz o bem recebe o bem, quem faz o mal recebe o mal.</i> Não há uma relação existencial maior sem prática religiosa; Prática religiosa: grupo; oração, visita doentes, idosos, festa para crianças; louvor, perdão, evangelho, batismo Espírito Santo; hierarquia (servo, coordenador geral); Formação (Escola Paulo Apóstolo): aprende sobre sentido da vida, Deus, religião e entende o que está na Bíblia (palavra de Deus);</p>
<p>Situação de vida: em cinco anos perdeu quatro familiares, acidente do filho, depressão; Recursos internos: força para enfrentar problemas (vem de Deus e da prática religiosa: grupo/igreja/oração); coerência prática religiosa/vida pessoal, pensamento/ação (o que vive na igreja é o que aplica em sua vida); Sentido da vida: viver bem, fazer o bem, se sentir bem, ser amada, amar (família, todos); O que importa na vida: Deus, família, ajudar outras pessoas; Saúde-espiritualidade: <i>se Deus me dá a doença eu vou aceitar, já passei por tanta coisa;</i> Saúde melhor com Deus/prática religiosa: inferno (antes vivia em discórdia, doença, era infeliz, era “do mundo”, vaidade, maldade no coração, inveja, brigas com o marido); hoje encontra a paz, a felicidade, o respeito através da religião; Depressão: diz-se sensível à medicação por acreditar em Deus, pois tomou remédio um mês e buscou ajuda na fé e na presença de Deus (que está <i>sempre junto comigo</i>) e deixou de tomar medicação; <i>O meu coração quer sempre acolher as pessoas. E quem a acolhe é Deus;</i></p> <p>Saúde (boa, sem doença física, recuperou-se de doença emocional) + espiritualidade (sabe definir, religião, prática religiosa).</p>		

ENTREVISTA 2 (49 anos), Mãe de Santo, ensino fundamental incompleto (5° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde (bem-estar espiritual, trabalhar/ajudar pessoas): boa, fumante, eczema pulmonar.</p> <p>Doença: drogas: algo errado na mente, <i>vem de casa</i> (falta de carinho/amor/atenção pais).</p> <p>Psicossomática: espírito adocece (vê coisa errada, não consegue ajudar, não dá resultado) = pessoa doente (carne adocece, corpo cansa).</p> <p>Sentir-se bem: descansa, reza, acende vela.</p>	<p>Medicina tradicional: buscou quando filho foi desenganado, médico, remédio, complementar ao Pai de Santo (manda procurar <i>burro da terra</i>).</p> <p>Crítica: <i>Ou tu paga ou tu não tem.</i></p> <p>Medicina alternativa: amuleto (patuazinho, coisa de cigana), vela, promessa, faz rituais para sua própria saúde. Dá chá e remédio homeopático aos outros.</p> <p>Família/amigo/vizinho: refere ter boa relação com os vizinhos.</p>
E	<p>Deus: acima de tudo.</p> <p>Fé: em Deus, em si, no espírito que recebe (que a mantém viva).</p> <p><i>A minha fé remove montanhas.</i></p> <p>Espiritualidade = religião (<i>o espírito está na religião</i>).</p> <p><i>Gente que tem espiritualidade e não participa de religião nenhuma, mas ajuda Deus e o mundo</i> (intrínseca, ter no coração) <i>e acaba na religião</i> X pessoa que usa a religião <i>pra se dar bem</i> (extrínseca).</p> <p>Homem = corpo + espírito (anjo da guarda da alma, luz, fora do corpo) + alma (DNA espiritual, parte do corpo, nos mantém em pé).</p>	<p>Religião: umbanda (<i>minha melhor parte, minha vida</i>, ajudar, dar a outro uma pontinha de luz, ensinar caminho, dedicação exclusiva X bruxaria), buscou na doença do filho;</p> <p>Crença: <i>Sem meus Pais não seria o que sou.</i> Cada um tem sua religião. Toda religião tem lado bom e ruim. <i>Bem e mal caminham juntos e o bem prevalece.</i></p> <p>Prática religiosa: guias (proteção Iansã, Ogum, Preto Velho), santo, oração, ritual (deitar para o lado da nação, oferenda, limpeza, sacrifica animais), joga carta, atende pessoas, dá conselho, xinga se precisar, cuida de criança. Viu o Pai de Santo falecido. Pai de santo a ensina o que precisa. Ensina à filha (dom, sabedoria desde nascimento). Morte: nova vida. Reencarnação: pagar com sofrimento o que fez de errado em outra vida; Espírito mau (Egum, encosto, alma ruim que inferniza, “<i>pulgatório</i>” = terra, para se redimir, quer luz da pessoa do bem); Local de trabalho: Pai de Santo (auto-ajuda), caboclo (ajuda a outros), povo da rua (mal);</p>
<p>Situação de vida: filho desenganado, eczema pulmonar, morte do marido e filho.</p> <p>Recursos internos: força (fé, <i>acreditar naquilo que eu tenho</i> para superar qualquer coisa);</p> <p>É “gente humilde” (pobre, sem estudo, que não sabe se expressar) X “gente inteligente” (rica, com estudo).</p> <p>Quase perdeu filho por maldade. <i>Ela faz o mal, mas também me tirou.</i> Decidiu usar a religião para fazer o bem (religião intrínseca).</p> <p>Sentido/missão na vida: ajudar crianças/drogados/pessoas que batem a sua porta. <i>A família a gente tem que cuidar, tem que dar valor.</i></p> <p>Educação dos filhos: aprendeu com sua mãe biológica (católica beata, não acreditava na umbanda), pais de santo e passa aos filhos.</p> <p>Saúde-religião: Cura: equipe de saúde (doença do corpo) + umbanda, Pai de Santo (doença espiritual). Religião dá paz/saúde/caminho aberto. Bem-estar: trabalhar, ajudar o outro, dar o que pede, <i>ver pessoas em volta de si realizadas, conseguindo alcançar suas coisas.</i></p> <p>Saúde (muito boa, com doença física) + espiritualidade (= religião, prática religiosa eventual).</p>		

ENTREVISTA 3 (44 anos), montador de feiras, ensino fundamental incompleto (5° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde (<i>estar bem, poder trabalhar, levar a vida</i>): boa, quebrou a perna; não bebe, não fuma;</p> <p>Doença (estar de cama e não poder trabalhar): doença física (depende do médico) X doença espiritual (não aparece no exame, <i>aquilo que não passa nunca</i>);</p> <p>Psicossomática: doença do corpo e do espírito;</p> <p>Sentir-se bem: estar com problemas resolvidos em todas as áreas (financeira, em casa, no trabalho);</p>	<p>Medicina tradicional: há coisas que o médico resolve (doença física) e coisas que ele não resolve (doença espiritual), pois <i>com toda tecnologia não descobre o que a pessoa tem; com todos os exames que faz não aparece nada. Então quer dizer que não é pro médico daqui</i> (da Terra);</p> <p>Medicina alternativa: chá (raramente toma); não acredita em amuleto, benzedeira, curandeiro;</p> <p>Família/amigo/vizinho: bom relacionamento conjugal (<i>o único homem perfeito eles mataram e pregaram</i>); nova configuração familiar (<i>separar agora só quando Deus chamar um de nós</i>);</p>
E	<p>Deus: <i>médico dos médicos</i>, criador de tudo, Nosso Senhor Jesus Cristo filho de Deus; <i>para Ele nada é impossível</i>; Deus é onipresente, mas diferente na igreja evangélica e no batuque. <i>Quando a gente não vê saída, a gente lembra que Deus existe; A religião não me ajuda, Deus me ajuda;</i></p> <p>Fé: <i>Posso largar a igreja, mas Deus não. A igreja não salva ninguém; a fé que salva. Vale o que tem no coração da pessoa, pois Deus olha direto para o coração;</i></p> <p>Espiritualidade: crer num ser superior (Deus); diferente de religião (<i>inventada pelo homem, com regras que estão fora da Bíblia</i>);</p> <p>Homem = corpo (mortal, dorme) + espírito (alma, imortal, vive esperando o julgamento final);</p>	<p>Religião: evangélico praticante; foi batuqueiro por 15 anos;</p> <p>Crítica à igreja católica (não pagam o dízimo, cultuam imagens e santos); Não acredita mais em batuque/saravá/candomblé: Velho Testamento, culto a imagens e sacrifício com animais;</p> <p>Crença: <i>O último sacrifício foi de Jesus</i>. Céu (casa de Deus, maravilhoso) e inferno (casa de Satanás, que é antívida e faz o mal);</p> <p>Não acredita em santo, imagem, Nossa Senhora, promessa, quadro, reencarnação, pois <i>só é permitido ao homem morrer uma vez. Viver em espírito significa fugir da tentação, saber o que é certo/errado e escolher (livre arbítrio). Ele veio para salvar os doentes;</i></p> <p>Prática religiosa: importância de rezar em grupo (unção maior, clamor de todos os membros); paga o dízimo, vai à pregação, ao culto (dia da prosperidade, libertação, família, show da fé), canta louvores, participa de corrente de oração; conversa com Deus sozinho no quarto; Bíblia (<i>livro da vida, é só seguir ele</i>); crucifixo sem Cristo (<i>Cristo vive</i>);</p>
<p>Situação de vida: com o batuque (miséria, necessidade financeira, ilusão e ameaças, então trocou de religião), diante da dívida com os empregados, pediu a Deus e a dívida foi paga;</p> <p>Recursos internos: força (vem de Deus e da oração);</p> <p>Sentido da vida: <i>descobrir o propósito de Deus pra mim e procurar cumpri-lo; morar com Deus; viver em paz com a família/Deus;</i></p> <p>Saúde-espiritualidade: <i>estando em harmonia com Deus a gente tem a saúde perfeita. Tudo influi na nossa saúde através da espiritualidade.</i></p>		

Saúde (boa, sem doença) + espiritualidade (diferente de religião, religião e prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 4 (33 anos), técnica de enfermagem, ensino médio		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde (<i>não estar na cama se ficar doente, estar de bem consigo mesma, não ter doença</i>): boa, tem cálculo renal (crises, dor); trabalhava em cinco empregos e os deixou porque quebrou o pé e teve depressão; está bem, trabalha em dois empregos; Sentir-se bem: sair, ver o sol, conversar;</p> <p>Doença: etiologia da depressão (um espírito que fala coisas ruins). Cura (pede ao espírito de luz guiar o espírito do mal, reza, esquece o momento ruim e passa);</p> <p>Psicossomática: influência do espiritual na saúde física e mental.</p>	<p>Medicina tradicional: vai à UBS e ao hospital Centenário, convênio, médico, usa medicação básica e/ou controlada, conforme a crise; Fez técnico de enfermagem devido à doença do filho (citomegalovírus, diagnóstico: <i>teu filho não terá locomoção motora. Ele tem hiperatividade</i>); Depressão: não toma medicação porque <i>queima o sistema nervoso central e eu não quero ficar uma velha louca</i>; Não acredita em medicina ortomolecular; <i>Os médicos se denominam Deus, mas sem Deus eles não seriam nada</i>;</p> <p>Medicina alternativa: remédio natural (passiflora, chá, xarope, óleo de linhaça, informa-se em revistas e na Internet); superstição (sal, pimenta, água benta, incenso, gato preto), acredita em sensitiva, cartomante, sexto sentido (intuição a florada, <i>sou meio bruxa</i>); não acredita em cigana;</p> <p>Família/amigo/vizinho: bom relacionamento com a mãe, irmãos e filho; namora, ignora o pai, que abandonou a família quando ela era adolescente.</p>
E	<p>Deus: <i>uma força que te deixa em paz e te leva a caminhos</i>; Deus, independente de religião; <i>Não precisa da religião para ter Deus</i>;</p> <p>Fé: acredita em Deus após a doença do filho; <i>Deus tá fazendo isso pra quebrar meu bico. Eu vou mostrar que posso. O senhor vai ver</i> (teste fé);</p> <p>Espiritualidade = espiritismo; acreditar numa coisa boa (Deus). <i>Tu é espiritual, tem o dom, tem que cultivar, tentar se correto, sabendo q não somos perfeitos</i>.</p>	<p>Religião: católica não praticante, espírita (Alan Kardec, Boa Nova, educar filho, faz trocas, dá limites). <i>Há várias, é tipo política</i> (regras parciais); Foi à umbanda e Testemunhas de Jeová com os irmãos por influência materna, para encontrar Deus. Não acredita nisso. Ensina o filho, <i>mas ele vai escolher sua religião</i>. Tira o que tem de bom de cada uma; Crítica ao catolicismo (auto-seleção, não pode batizar filho se não é casada, pedofilia, formada por pessoas que cometem erros); Crença: reencarnação, conhecer alguém; <i>se tu não paga pelo erro, teu filho paga</i>;</p> <p>Prática religiosa: oração, Centro Espírita (passe de luz, encaminhamento); agradece (almoço, festa pra criança), vela Pe.Reus, lê Bíblia (livro) e Zíbia;</p>
<p>Situação de vida: abandono do pai (crise financeira, mudou planos de vida: trabalhou, construiu casa), casou/separou; pé quebrado (aprendeu a ter calma, avaliar cada situação e amadureceu: <i>é ruim ser adulta, é muita responsabilidade</i>); doença do filho (vontade de desistir: cuidou dele com força de vontade e fé em Deus);</p> <p>Recursos internos: força para enfrentar problema (do filho, de Deus); pró-atividade, capacidade de erguer-se frente à dificuldade;</p> <p>Sentido da vida: educar filho, dar exemplo, ter uma casa, comprar um sítio, mudar de emprego (ganhar mais); sonho (aprender inglês);</p> <p>Saúde-espiritualidade: Deus lhe dá essa vontade de se erguer a cada problema que enfrenta. Cura = medicina + espiritualidade + fé;</p> <p>Saúde (boa, com doença física, recuperou-se de doença emocional) + espiritualidade (= espiritismo, religião, prática religiosa eventual).</p>		

ENTREVISTA 5 (52 anos), vidraceiro, ensino fundamental incompleto (3° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: boa; <i>tranqüila</i> (saúde física); Adoeceu somente uma vez: “<i>artéria entupida</i>”; <i>Se não tiver saúde não adianta ter nada.</i> <i>Se tu não tem saúde tu não vai sobreviver.</i></p> <p>Sentir-se bem: <i>sou calmo, tranqüilo, não sou nervoso, não sou de esquentar a cabeça, procuro resolver os problemas, não fico me lamentando;</i></p>	<p>Medicina tradicional: busca o Centro de Saúde e depois o Hospital; coisas que o médico não resolve: <i>não dá o diagnóstico, não explica o que a gente tem; não dá o remédio pra ajudar no que estou sentido;</i></p> <p>Medicina alternativa: acredita em chá, amuleto (<i>oração costurada num plástico</i>, há 15 anos, segurança pra resolver problemas, melhorou sua vida), benzedeira/curandeira (homeopatia resolveu problema que médico não resolveu);</p> <p>Família/amigo/vizinho: boa relação com família;</p>
E	<p>Deus: <i>um só para todas as religiões.</i> <i>Ele decide a tua vida;</i> <i>Se eu não acreditasse em Deus eu não tava aqui;</i> <i>Se Deus quiser... eu vou conseguir;</i></p> <p>Fé: em Deus, em homeopatia, benzedeira, amuleto; <i>Pega esse copo d’água e toma. Se tu tiver fé tu melhora;</i> <i>Deus é um só, a fé é uma só (a religião que é diferente);</i></p> <p>Espiritualidade: não sabe definir, confunde com espiritismo.</p>	<p>Religião: sempre foi católico, como toda a família; não simpatiza com outra religião; não gosta do espiritismo (<i>não acredito porque nunca vi um espírito</i>) e da igreja evangélica (<i>eles alteraram nossa Bíblia, mas a católica que é a religião. Eles pregam do jeito que eles querem. Deixa quieto</i>) (contradição);</p> <p>Crença: santo, Nossa Senhora do Rosário, oração, novena, promessa; <i>A pessoa pode se sentir bem em outra religião (cada um tem a sua), se tiver fé;</i></p> <p>Prática religiosa: faz oração (em casa, sempre, não só quando precisa), vai à Igreja e à missa às vezes; <i>se Deus quiser...;</i></p>
<p>Situação de vida: “<i>artéria entupida</i>” (ficou um mês no hospital sem melhorar e acredita que a benzedeira o curou);</p> <p>Recursos internos: encontra a força para enfrentar os problemas na saúde; otimismo; calma, tranqüilidade e coragem; <i>Tendo saúde tu vai à luta no dia-a-dia;</i></p> <p>Sentido da vida: saúde é o mais importante. <i>Não adianta ter um bom emprego, um bom salário, se tu não tiver saúde tu não tem nada;</i> <i>Vive para ter uma família, luta para sobreviver (correrio do cotidiano, tenho que...trabalhar para cumprir os “objetivos” ou obrigações);</i></p> <p>Saúde-religião: tem a ver porque <i>se tu não tem fé em Deus, não pode dizer que está bem de saúde</i> (interdependência); <i>Prática religiosa ajuda a ter saúde: Se eu não tô me sentindo legal, vou na igreja, sento, rezo, converso com Deus e me sinto tranqüilo;</i> Cura = religião + fé.</p>		

Saúde (boa, sem doença) + espiritualidade (religião, prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 6 (56 anos), dona de casa, ensino médio incompleto (2º ano)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde (força de vontade de melhorar): péssima, <i>mas eu driblo ela</i>. Artrite reumatóide degenerativa grave, HAS, osteoporose, Ca mama tratado, desânimo/dor X enfrentamento. <i>Entre inteirinha doente e mutilada viva, prefiro mutilada viva. Se tem que tirar (o seio), tira</i> (desprendimento do corpo).</p> <p>Doença: <i>a gente mesmo que procura</i> (culpa por não ouvir o pai quando ele dizia para não ficar molhada).</p> <p>Psicossomática: etiologia da artrite (hereditária, gripe mal curada, fator emocional: acidente com família);</p> <p>Para sentir-se bem: ouve rádio, sai, viaja, come bem e dorme bem;</p>	<p>Medicina tradicional: medicação, quimio/radioterapia, exame controle; Hospital de Clínicas Porto Alegre (acesso à saúde há 16 anos, medicação nova. Poder médico: <i>ele fará o melhor para mim</i>. Ela xingou a médica pela falta de educação e cuidado com os pacientes;</p> <p>Quando está mal procura o reumatologista (<i>anjo da guarda</i>);</p> <p>Unidade Básica de Saúde (bom atendimento em problemas simples, gripe, encaminhada à Farmácia Municipal. Crítica: tem fila, não tem guarda municipal, tem o bom e o mau profissional);</p> <p>Plano saúde/médico/farmácia (crítica: só querem dinheiro);</p> <p>Medicina alternativa: acredita em chá, objeto de sorte (roupa de cama, flor branca no Ano Novo) e “fadinha” que a neta lhe deu de presente; não acredita em benzedeira;</p> <p>Família/amigo/vizinho: reúne-se com amigos/vizinhos, apoio.</p>
E	<p>Deus: acredita em Deus, independente de religião; é um só para todas as religiões; Ele dá força pra gente lutar;</p> <p><i>A minha religião é Deus. Se tu seguir a Bíblia religião é Deus.</i></p> <p>Fé: em Deus, em si, nos amigos, família.</p> <p><i>Tudo o que tu acreditar funciona.</i></p> <p>Espiritualidade = espiritismo.</p>	<p>Religião: sem religião (não confia em religião, mas busca por curiosidade a igreja católica, evangélica e umbanda).</p> <p><i>Entro na igreja que tiver a porta aberta.</i> Líder da igreja (especial, dá a vida pelo próximo X <i>sacador de dinheiro</i>). Espiritismo/saravá: <i>não sei se existe espírito</i>, viu pessoas falecidas, mas não gosta de alimentar coisas que não tem certeza para não ser considerada <i>louca</i>.</p> <p>Crença: não acredita em promessa, vela, santo, saravá; acredita em destino (<i>era pra ser assim</i>);</p> <p>Prática religiosa: missa, culto, lê a Bíblia, reza e fala com Deus;</p>
<p>Situação de vida: cirurgia da mama (pediu a Deus: se é pra ficar num estado miserável que não acorde da cirurgia. Deus a ouviu, ela acordou; certeza que iria voltar) e injeção Voltaren (pediu a Deus, vontade de viver para educar filhas);</p> <p>Recursos internos: força interna (Deus), senso de humor (ri da própria desgraça, <i>posição de Jesus Cristo; tem que ter mão pra usar bengala; uma coisa triste fica engraçada</i>); <i>bota fora</i> (faz o que acha certo, não importa o que outros pensam); não se entrega; Eu não sou de <i>quando eu quero</i>, mas <i>quando eu posso</i>. <i>Tem coisas que a gente tem que enfrentar e deus. Lágrima não resolve. Tem que lutar.</i></p> <p>Sentido da vida: casa, vida, família, valor próprio, <i>tudo que faço é importante, vale a pena</i>;</p> <p>Saúde-religião: <i>nada a ver</i> (porque Deus não quer a doença. A gente q procura).</p> <p>Cura: <i>depende da gente mesmo</i> (resistência, fé, força de vontade).</p>		

Saúde (péssima, com doença física) + espiritualidade (= espiritismo, sem religião, prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 7 (47 anos), artesã de urnas e móveis, ensino fundamental incompleto (5° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: saúde física ótima, mas é tabagista e tem doença mental (transtorno bipolar); <i>dor insuportável</i> (ocupacional); <i>louca eu não sou</i>. <i>Depois que tu trabalha 24 horas por dia, tu esquece de viver</i>. Sentir-se bem: cuida da alimentação (prevenção), caminha;</p> <p>Doença: <i>dor física X dor espírita</i> (não aparece no exame, médico não acha doença); etiologia da doença (espiritismo); <i>Ninguém sofre de dor sem ter nada</i>;</p> <p>Psicossomática: relação corpo-espírito;</p>	<p>Medicina tradicional: médico, remédio, exame (<i>dor física e mental</i>), tratamento psiquiátrico (<i>meu sistema nervoso é avançado</i>), convênio particular. <i>O médico disse que eu tenho que me acostumar com a dor</i>. <i>Isso não existe</i> (senso crítico). <i>O médico diz que eu não tenho nada e eu vivo com dor (dor espírita)</i>;</p> <p>Medicina alternativa: medicina natural (chá, suco) para prevenção; não acredita em amuleto e objeto da sorte;</p> <p>Seicho No Ie (<i>ensina a ser feliz, se amar/valorizar, ser alegre, é um aprendizado de vida</i>, canta, encontra pessoas para conversar, palestras);</p> <p>Família/amigo/vizinho: boa relação com marido e uma vizinha; poucos amigos; necessidade de conversar (não tem com quem conversar);</p>
E	<p>Deus: algo maior, único, sempre presente, independente de religião; <i>Sem Deus a gente não é nada</i>;</p> <p>Fé (força para enfrentar os problemas): em Deus; intuição, pensamento positivo, sexto sentido (<i>a gente trabalha só cinco sentidos, tem que aprender mais</i>); <i>Sem fé eu não consigo nada</i>; <i>Deus ajuda a gente, a religião não ajuda</i>;</p> <p>Espiritualidade: Deus, independente de religião;</p>	<p>Religião: luterana (há 25 anos), espírita; <i>todas te ajudam no que tu busca dentro de cada uma</i>; <i>eu tô naquela porque acredito que é a melhor para mim</i>. Luterana (<i>ensina coisas da Bíblia</i>; contra o espiritismo; <i>não é ruim, mas tem coisas que o espiritismo me ajuda mais</i>); relação ruim com pessoas desta igreja). Espiritismo: <i>ensina o lado espírita</i>; para <i>dor espírita</i> (espírito ruim, te faz ficar doente) X espírito bom (tenta ajudar); para encontrar respostas e bem-estar;</p> <p>Crença: não acredita em promessa e santo (<i>por que pedir pro santo?</i>) <i>Pede direto a Deus</i>;</p> <p><i>Tem gente que não acredita em espírito. Deus não é um espírito?</i></p> <p>Prática religiosa: Centro Espírita (passe com magnetismo para a dor), culto semanal com o marido, oração, leitura do Evangelho à noite;</p>
<p>Situação de vida: clientes não pagam (tristeza, preocupação); câncer marido (muda hábito alimentar); morte irmão; educação limitada;</p> <p>Recursos internos: força (fé, persistência), crítica, questionadora, otimista, trabalhadora, humilde, vai onde se sente bem; <i>Tudo que você quer, você tem que se dedicar. Não existe limite. É tu que faz o teu limite. Cada um nasce pra cumprir alguma coisa e morre quando cumpriu</i>. Objetivos: parar de fumar, caminhar, <i>eu vou ganhar na MegaSena</i>;</p> <p>Sentido da vida: tudo, estar aqui, ser feliz (juventude: ser aeromoça; pai dizia que para trabalhar na roça não precisava estudar);</p> <p>Saúde-espiritualidade: <i>religião luterana pela saúde não ensina nada, a única coisa que fazem é oração para os doentes</i>. O Centro Espírita ajuda olhar mais pra dentro da gente (autoconhecimento); Cura = médico + Centro Espírita + religião luterana.</p> <p>Saúde (muito boa, com doença mental) + espiritualidade (religião, prática religiosa).</p>		

ENTREVISTA 8 (47 anos), dona de casa, ensino fundamental incompleto (5° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: péssima; saúde física (diabetes, fibromialgia, sobrepeso, dor, está na fila para cirurgia de redução mama) e mental (ansiedade, depressão/<i>problema de saúde na cabeça</i> há 20 anos, desânimo, confusão mental, sensação de sobrecarga e <i>flutuar</i>, dificuldade em executar tarefas diárias, sair, fala infantilizada e sem afeto, vitimização, descrição detalhada de fatos dolorosos); solidão; Doença: <i>sou fraca/doente/incapaz</i>; Psicossomática: desmaios ao visitar mãe; Sentir-se bem: sai de casa, vai à igreja, ouve música, conversa; é feliz (casa, filhas, marido), tem angústias por perdas afetivas;</p>	<p>Medicina tradicional: convênio (ginecologista, psiquiatra, nutricionista, reumatologista, exame, medicação, fisioterapia não adiantou porque é inflamação) SUS/ESF (palestra, grupo hipertensos, médica, orientação para caminhar); não segue prescrição médica; toma remédio que acha que deve tomar, faz exame que acha que deve fazer; solicitação indiscriminada de exame ao médico (mamografia semestral); vítima de negligência no hospital (nascimento/morte filho); nutricionista (comer compulsivo, não fala o que pensa sobre orientações desta); compra medicação com receita vencida; crítica: médica não pergunta a história de vida, só avalia situação pontual; idéias distorcidas: <i>adoçante dá diabetes; advogado entende de laudo e exame; remédio da farmácia municipal é farinha</i>; Medicina alternativa: chá para emagrecer, benzedeira (tem fé, associa ao espiritismo), <i>plantação pra olho grande</i> (sal e açúcar na porta de casa); Família/amigo: relação conflituosa com sogra; dependência financeira do marido (perícia, vende frango); conversa com amigos/fregueses; apoio do marido e filhas;</p>
E	<p>Deus: <i>todos os pedidos que eu fiz pra Deus até hoje Deus foi sempre... (Ele atendeu). É naquele lá em cima que tu tem que acreditar. O que nós não curamos aqui, nem Deus cura</i>;</p> <p>Fé: em Deus, no Pe.Reus; <i>Sou fraca, mas a fé ajuda a parar a dor; Perdi a fé no espiritismo porque fiquei com dor igual. O que Deus não cura, nem eles curam.</i></p>	<p>Religião: católica (tem fé), luterana (vai acompanhando o marido, não quer contrariá-lo, pouca fé), espírita (pouca fé, crítica: restrição à carne, sexo e banho; marido foi e fez cirurgia espiritual de hérnia de disco), não acredita em batuque (crítica: sacrifício com animais, <i>coração ruim, diferentes de nós</i>), Assembléia de Deus (bem-estar, captar clientes);</p> <p>Crencça: guia (espírito que vai ajudar uma pessoa a te ajudar), <i>quem faz o bem, recebe o bem, quem faz o mal, recebe o mal</i>; santo (Pe.Reus, Nossa Senhora, São Jorge), não acredita em imagens;</p> <p>Prática religiosa: missa Pe.Reus, culto, centro espírita com umbanda (marido);</p>
<p>Situação de vida: <i>pessoa sofrida</i> (pobreza, maus-tratos); mortes (pai: atropelado; filho: negligência; mãe: AVC; irmã: desmaio);</p> <p>Recursos internos: não fala sobre seus problemas (<i>segura tudo; eu tenho aquela dor até hoje; perder um filho, tu se termina</i>); não gosta de inimizade (não fala o que a incomoda para não se indispor com outros); questões não resolvidas (<i>amargura no coração, vontade de chorar, falta de prazer na vida</i>);</p> <p>Sentido da vida: família (marido, filhas), casa; <i>eu tenho tudo, mas eu não sou feliz</i> (angústias, perdas não superadas);</p> <p>Saúde-religião: nada a ver <i>porque senão ninguém ficava doente, ninguém morria. Quem trata são os médicos; se Deus existisse não tinha tirado meu filho. Mas acredito nele porque Ele me deu mais duas. Pedi perdão porque a gente não pode ser contra Ele.</i></p>		

Saúde (péssima, com doença física e mental) + espiritualidade (religião, prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 9 (48 anos), manutenção computador, ensino fundamental (8° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: síndrome Gorlin-Goltz (câncer de pele degenerativo raro, <i>não tem cura</i>), depressão, não bebe, ex-fumante. Fora isso, <i>saúde de ferro</i>. <i>Faço a minha parte, cuido da alimentação, não bebo, não fumo, faço isso e aquilo e não adianta.</i></p> <p>Doença: deformação física, mal-estar, pensamento suicida (não mais, pelo filho), <i>acabou com minha vida sócio-afetiva e profissional</i> (não pode ser militar); <i>Complicado com a aparência porque tua imagem é tu</i>. <i>Passou de três, pra mim é multidão</i> (isolamento social). <i>Tudo o que eu queria na vida era saúde e não tenho.</i></p>	<p>Medicina tradicional: <i>meu médico (muito bom, confiança, evita sol, gordura), exame, cirurgia, medicação nova/experimental, imune à radioterapia e quimioterapia. Nem os médicos sabem explicar.</i> Hoje só medicina tradicional dá resultado; SUS (Santa Casa), IPE (Hospital Regina, Unimed, São Rafael), Europa (sem sucesso); não acredita em psiquiatra: não tem fórmula mágica, quer ouvir alguma coisa que faça diferença; Fluoxetina: tomou por influência da namorada psicóloga e do médico, teve todos os efeitos colaterais e decidiu <i>agüentar no osso</i>;</p> <p>M. Alternativa: babosa, própolis, hemoterapia, “<i>merda</i>” de galinha;</p> <p>Família/amigo/vizinho: apoio familiar; namora. Internet: alternativa exitosa de relacionamento sócio-afetivo.</p>
E	<p>Deus: <i>acredito, só não entendo o porquê, mas tem uma razão. Ele não dá a cruz mais pesada do que tu pode carregar.</i> Fé: em Deus, nele próprio.</p> <p>Espiritualidade = religião. <i>Religião nenhuma é errada ou certa. Tem que fazer o que tu acha certo, fora da religião.</i> <i>O que interessa é o que tu faz pelo outro e por ti.</i> <i>O espiritual sempre entra nesse negócio de doença e pergunta, de busca e tal.</i></p>	<p>Religião: católico não praticante, espírita simpatizante. Conhece várias religiões. Umbanda: <i>passar bife de carne crua</i> para curar o câncer. Espiritismo: explicação de que <i>foi queimado e enforcado na outra vida; carma.</i></p> <p>Buscou sentido da vida e da doença na religião e não encontrou. <i>Vim fazer o que aqui?(nessa vida)</i></p> <p>Prática religiosa: vai ao Santuário Padre Reus às vezes. Sentir-se bem: <i>vou à igreja, sozinho, fora a missa. Silêncio, ambiente, paz.</i></p>
<p>Situação de vida: doença: revolta inicial, isolamento social (evita lugares/pessoas), abandonou sonho de ser militar (disciplina, honra, caráter, personalidade forte); frustração (<i>queria muito fazer uma coisa e não deu... a terceira não deu. Ai perdi o foco... porque já era</i>).</p> <p>Recursos internos: força/coragem (<i>básico, elementar, faz parte, jeito de ser</i>), rígido, disciplina, horário britânico, determinação, consciência de si. <i>Já basta os problemas que a gente não pode mudar. Não vou criar mais problemas. Problema é aquele que tu não pode mudar; o resto, tudo dá pra contornar. Tantos problemas eu acho piores que os meus. Não dá pra reclamar. Abrindo (caminho) na marra. Já que não foi fácil, vai no difícil mesmo, vai de qualquer jeito. Eu ainda procuro achar a minha vez de ser feliz.</i></p> <p>Sentido da vida: filho (educação, caráter) e ele mesmo. Objetivos/planos: fazer curso à distância de notebook e telefonia Voip. Bem-estar (<i>me manter e manter ele, ter TV, dar videogame melhor ao filho</i>). Preocupação (não poder pagar tratamento ortodôntico ao filho). <i>Algum motivo tem pra tu estar aqui. Pra alguma coisa deve servir a existência. Não é possível vir aqui e passar trabalho.</i></p> <p>Saúde-religião: nada a ver. <i>O que eu tenho a ver com vidas passadas? Carma não faz sentido.</i></p>		

Saúde (péssima, saúde de ferro, com doença) + espiritualidade (= religião, prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 10 (33 anos), dona de casa, ensino fundamental (8º série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: boa, labirintite, estresse emocional (problema de nervos), resiste à dor, se acostuma com ela, não fuma, não bebe;</p> <p>Doença: física e espiritual; doença que não pode mudar: aquela que não se pode pagar pelo tratamento;</p> <p>Psicossomática: <i>corpo responde a coisas que acumulam;</i></p> <p>Processo saúde-doença: postura ativa, não se entrega, acredita na sua capacidade de mudar sua condição de doença (se há ou não vontade de viver); Mal-estar: depender do marido, não trabalhar e não ter o dinheiro próprio, liberdade de sair, mas pensa que <i>vai passar;</i></p> <p>Paz de espírito importante no equilíbrio emocional: <i>tendo o equilíbrio da tua própria pessoa tu consegues o resto;</i></p>	<p>Medicina alternativa: remédio caseiro, chá; não acredita em amuleto;</p> <p>Medicina tradicional: só busca se está mal, UBAM, UBS, médico, exame;</p> <p>Não buscou psiquiatra porque não precisa, nem de remédio (toma raramente);</p> <p><i>O ser humano precisa de pessoas especializadas para determinadas doenças;</i></p> <p>Família/amigo/vizinho: cultiva novas amizades;</p>
E	<p>Deus: está em toda parte, é um só em qualquer religião, <i>não tem outra explicação pra vida; gerou o princípio/vida; de onde vem Deus?</i></p> <p>Fé: em Deus, em si própria: <i>não me deixo levar pelo cotidiano; acredito que posso mudar aquela situação da minha existência;</i></p> <p>Espiritualidade: crer que existe (conhecer de outra vida lugar e/ou pessoa ou sonhar com algo que depois acontece, <i>memórias que ficaram de outra vida;</i></p> <p>Espiritual = vida = sustentação; sexto sentido, pressentimento;</p> <p>Espírito: oposto da carne, vida que sustenta a carne;</p> <p>Transcendência: Deus está em tudo, consciência da vida ampla, dar a luz, água, planta, gerar uma criança;</p>	<p>Religião: católica e espírita simpatizante;</p> <p>Católica (sem proibições);</p> <p>Espírita: acolhimento, <i>me receberam do jeito que sou,</i> não cobram, conversa/desabafo, pessoas que invocam os mortos/espíritos;</p> <p>Não acredita em umbanda (do mal), maçonaria e igreja evangélica/<i>crentes</i> (sem roupa adequada);</p> <p>Cada um tem uma religião;</p> <p>Crença: acredita naquilo que sente que faz bem;</p> <p>Prática religiosa: assiste a palestras sobre espiritismo;</p> <p>Reencarnação: do espírito=alma, não do corpo (finito).</p>
<p>Situação de vida: pais faleceram de câncer, crise financeira, desemprego, gravidez indesejada, convívio familiar conflituoso.</p> <p>Recursos internos: força (vem de Deus); aprende com situações de vida, erros e lição de vida de outros; boa auto-estima, autoconhecimento; Estratégias de enfrentamento: caminha, pensa, grita, <i>bota fora</i>, fala sozinha, <i>põe uma finalidade na cabeça, disfarça a vida</i> (pensamento positivo, otimismo), vontade de viver, calma interior, persistência/determinação, aprendeu a lutar pelo que quer, deseja ser independente;</p> <p>Sentido na vida: educar filhas, dar exemplo, conseguir trabalho, voltar a estudar, morar em casa própria, ter saúde, viver em paz/bem;</p> <p>Saúde-espiritualidade: SAÚDE = força de Deus/fé mais cuidado pessoal mais a própria força de vontade de mudar (desejo de ser melhor, otimismo); <i>Deus te dá a força, te dá a vida, mas em primeiro lugar tu tem que te ajudar pro resto acontecer.</i></p>		

Saúde (boa, sem doença física, com estresse emocional) + espiritualidade (sabe definir, religião, prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 11 (50 anos), técnico de som, ensino médio incompleto (2º ano)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde (estar com o organismo bem, cuidar do corpo, poder trabalhar: prazer, satisfação, ressignificação): boa, exceto sinusite (por andar nas enchentes quando era mais novo) e o <i>mal da cabeça</i> (depressão situacional devido à separação da esposa e tristeza);</p> <p><i>Fiquei abalado porque achei que estava fazendo as coisas certas. Mas estou certo porque sempre procurei o bem.</i></p> <p>Doença: <i>se não se cuidar, fica doente.</i></p>	<p>Medicina alternativa: remédio caseiro: eucalipto e sal, chá; Própolis: bom para prevenção de doenças, mas não toma; <i>Se eu tomasse desde novo não teria sinusite;</i> Benzedeira espírita; não acredita em objetos de sorte e amuleto;</p> <p>Medicina tradicional: médico, remédio, exames (bem); prevenção; UBAM Campina e Hospital Centenário (bom atendimento); não procurou médico para depressão (enfrentou com apoio dos amigos);</p> <p>Família/amigo/vizinho: boa relação, apoio emocional; atrito com filho mais velho (por orgulho) e mais novo (não quer estudar); conhecer pessoas novas;</p>
E	<p>Deus: <i>alguém que montou esse mundo pro homem trabalhar, alguém que comanda a gente;</i></p> <p>Fé: em Deus; <i>Tudo que vier falar em Deus é bom;</i> <i>Tem que ir, às vezes, na igreja e não fazer coisa errada fora. Ir e manter aquela linha e de noite agradecer a Deus.</i></p>	<p>Religião: católico não praticante (praticante quando criança); evangélico simpatizante; Católica (não cobram, vai à missa, reza em casa); Evangélica (gosta da música/dança/pregação, crítica: pedem dinheiro); Batuque, despacho: não procura (crítica: faz mal, atrapalha);</p> <p>Prática religiosa: vai à igreja às vezes, oração (<i>poder de rezar em grupo; pede, reza, tenta fazer o certo, para sentir-se bem</i>).</p>
<p>Situação de vida: separação (perdas, tristeza, desilusão, pavor, isolamento, desconfiança, depressão, questionamento);</p> <p>Recursos internos: força (<i>de dentro, Deus ajuda muito</i> mais o pensamento positivo: <i>acreditar que amanhã será melhor</i>), calma, persistência, alegria, força de vontade, fé, bom humor; consciência de que todos têm problemas, superação (ganhos, felicidade, alegria, animação, fortalecido); conhecer pessoas novas, brinca, ajuda as pessoas com seu trabalho;</p> <p>Sentido da vida: na crise emocional: <i>para que eu trabalho?</i> Hoje: cuidar do filho para que vá por um caminho bom, continuar com quem gosta (amigos, família);</p> <p>Saúde-espiritualidade: Pedir a Deus para ter saúde. <i>Tendo saúde, o resto a gente resolve.</i> Quando começou seu primeiro negócio refere que foi Deus quem o ajudou. <i>Acordei pra vida. Vou mudar minha vida e estou mudando; procuro me ocupar bastante. Vive o dia a dia.</i></p>		

Saúde (boa, com doença física, recuperou-se da depressão) + espiritualidade (religião, prática religiosa eventual).

ENTREVISTA 12 (54 anos), guarda particular, ensino fundamental (8° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: muito ruim: problema da coluna, cabeça, pernas, depressão (?), tristeza, desânimo;</p> <p>Doença: já vai chegar a <i>sua hora</i> (da morte); não pode levantar peso (não poder trabalhar no que gosta: construção civil);</p> <p>Sentir-se bem: sua terapia é andar de bicicleta (fica cansado, mas tranquilo) e trabalhar (esquece o estresse de casa, conversa com colegas).</p>	<p>Medicina tradicional: médico (confiança na junta médica, ficou na UTI quando sofreu acidente e machucou a coluna), exames, automedicação, injeção pra dor, UBS, UBAM, Hospital Centenário. <i>Me disseram pra mim ficar assim, eu fico assim como eu tô.</i></p> <p>SUS (crítica: não paga fisioterapia);</p> <p>Medicina alternativa: pedrinha da sorte (ganhou da cigana), Megasena, chá, “curandor”/benzedor, homeopatia, não acredita em promessa, amuleto e pé de coelho.</p> <p>Família/amigo/vizinho: queixa de que a família não o ajuda, o estressa; conversa com colegas de trabalho o acalma;</p>
E	<p>Deus: é um só para todas as religiões, lhe dá força, é o <i>médico dos médicos</i>, salvou sua vida em dois acidentes graves de trabalho. <i>Foi o pai velho que botou a mão em mim.</i></p> <p>Fé: em Deus, em milagres, em si mesmo.</p> <p>Espiritualidade: não sabe o que é.</p>	<p>Religião: <i>Toda religião é boa porque Deus é um só.</i> Não frequenta igreja. Não acredita em umbanda/saravá (crítica: eles dizem que fazem o bem, mas fazem o mal; despacho: o ar levou a cachaça que estava ali) e em santos;</p> <p>Crença: <i>Se era pra acontecer, era a hora. Quando chegar a hora a gente morre. Deus deixou o médico, o “curandor”. Deus é pai, mas tem que procurar um médico.</i> <i>Tenho uma cruz dupla na mão (proteção), tenho o corpo fechado.</i></p> <p>Prática religiosa: oração/pedido: <i>Deus! Me leva ou me deixa ficar bom.</i></p>
<p>Situação de vida: acidentes de trabalho “<i>sua culpa</i>” (pediu a Deus para levá-lo se era para ficar inválido e começou a andar: milagre); <i>Quase fui dormir num paletó de madeira; pedi a Deus que fechasse a rua pra ladrão quando era guarda em um local perigoso.</i></p> <p>Recursos internos: força (<i>não quero ninguém pra me ajudar. Resolvo sozinho os meus problemas. As forças minhas eu mesmo faço</i>); Viagem com esposa: <i>tem que aproveitar a vida, mas minha viagem foi perdida</i> (porque choveu, fez frio e só ficaram em casa).</p> <p>Sentido da vida: <i>vive pra viver e pra ver muitas coisas no mundo.</i> Importante na vida: <i>minha vida já passou de importante</i>, tem uma família grande para sustentar; deseja ver o pai que não vê há 40 anos (<i>é longe, não tem dinheiro</i> e, por isso, joga na Megasena).</p> <p>Saúde-religião: tem muito a ver. Deus ajuda a melhorar a saúde. Cura: Deus + médico + força de vontade (interna). <i>Minha coluna não tem cura mais. Periga pedindo pra Deus pode curar. Mas se for operar, é só esperar a morte. Por dentro eu estou ficando meio triste.</i></p>		

Saúde (muito ruim, com doença física e emocional) + espiritualidade (não sabe definir, fé em Deus, sem religião, sem prática religiosa).

ENTREVISTA 13 (53 anos), dona de casa, ensino fundamental incompleto (5° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde: ruim/precária, diversas doenças crônicas (hipertensão, diabetes, problema do coração, trombose), dificuldade para caminhar, dor, inchaço nas pernas;</p> <p>Doença: depressão (<i>conseqüência da trombose e do fato de guardar tudo para si e se fazer de forte</i>); teve que parar de trabalhar; <i>Deus não dá uma doença pra gente X Deus coloca provas (doença, problema na família) na nossa vida pra gente acreditar nele.</i></p> <p>Psicossomática: trombose causou depressão;</p>	<p>Medicina tradicional: nega o fato de <i>não poder operar as pernas porque tem problema do coração</i>, testa os médicos (SUS, particular, mais velho), remédio, exame, meia elástica; UBS/ESF (bom vínculo, médica <i>mãezona</i>, enfermeira); Hospital Centenário, cirurgia vascular, psiquiatra;</p> <p>Depressão: sabe da importância de tomar a medicação; <i>procuro médico porque tem que ir. Se não vou eles me cobram;</i> <i>Tu tens que conviver com essa doença pro resto da vida;</i></p> <p>Medicina alternativa: chá, não acredita em benzedeira (aranha a mordeu e a irmã levou seu nome numa benzedeira e ela melhorou, mas nunca procurou por si só);</p> <p>Família/amigo: boa relação com marido, filhos, irmãs, amigo (incentiva a voltar à igreja);</p>
E	<p>Deus: <i>só Ele pra me dar força;</i></p> <p>Fé: em Deus; <i>Na igreja ou fora dela, com ou sem dinheiro, o que importa é a fé; Sei que Deus está me ouvindo porque eu peço... não demora muito, eu alcanço.</i></p> <p>Espiritualidade: não sabe definir, mas vive (religião intrínseca). <i>Minha religião eu faço em casa. Tu podes acreditar em Deus sem ir à igreja. Eu já recebi muitas graças. É preciso ter coração limpo.</i></p>	<p>Religião: sem religião, católica (tradição familiar) e evangélica (afastada há 22 anos, quando pai faleceu; igreja muito boa), marido evangélico praticante, filhos católicos; não simpatiza com outras igrejas (crítica: \$); não acredita em saravá/batuque (crítica: não é de Deus, \$);</p> <p>Crença: <i>Tem pessoas que freqüentam igreja e não estão em comunhão com Deus; acham que tem que estar dentro da igreja pra conseguir as coisas</i> (religião extrínseca);</p> <p>Prática religiosa: oração; aconselha irmão a trocar de igreja e procurar Deus; Sentir-se bem: busca Deus, oração, pede a Deus.</p>
<p>Situação de vida: morte/luto (pai, filho de criação, mãe, irmão), trabalho do filho, recuperação pós-assalto do filho, gravidez da filha (pede a Deus e alcança);</p> <p>Recursos internos: força (vem de Deus + muita fé + pensamento positivo); nasceu assim; <i>Eu quero, eu posso e eu vou conseguir;</i> <i>A gente tem que ter força porque se tu não tens força tu não consegues nada;</i></p> <p>Sentido da vida: família (<i>se os filhos e o marido estão bem, aí eu me sinto bem</i>).</p> <p>Saúde-espiritualidade: <i>Todo mundo diz que meu problema nas pernas não tem cura e eu tenho que conviver. De repente não. Uma hora, quem sabe, Deus vai me curar. Pode mudar pela fé que eu tenho.</i></p> <p>Atitude positiva frente à depressão: <i>eu tenho que levantar a cabeça, eu não era assim;</i></p>		
Saúde (ruim, com doença física e emocional) + espiritualidade (religião intrínseca, espiritualizada, sem religião, sem prática religiosa).		

ENTREVISTA 14 (47 anos), trocador de matriz, ensino fundamental incompleto (7° série)		
	EXPERIENCIAL / SUBJETIVO	INSTITUCIONAL
AS	<p>Saúde (poder trabalhar, viver): boa, tem tendinite e uma <i>coisinha que estraga minha vida</i> (problema sexual com a esposa);</p> <p>Doença: fumante, alcoolista (?): reconhece que isso não é cuidar da saúde, mas não tem outro prazer na vida.</p> <p>Psicossomática: paz espiritual cura tudo.</p>	<p>Medicina alternativa: toma chá às vezes e já procurou uma benzedeira quando o filho nasceu com problema no umbigo;</p> <p>Medicina tradicional: médico (para coisas graves, como a dor de cabeça constante), UBS, HC, injeção contra tétano, remédio, cartão SUS duplo.</p> <p>Família/amigo/vizinho: refere estar bem com os outros. <i>Se tu tá de bem com a vida, tu tá de bem com os outros.</i></p>
E	<p>Deus: acredita em Deus, em anjo. <i>Aceito tudo que vem de Deus. Só estou com a mente em Deus.</i></p> <p><i>Não é possível acreditar em Deus sem freqüentar religião.</i></p> <p>Fé: em Deus, na cura. <i>Sou um homem de pouca fé;</i></p>	<p>Religião: católico não praticante, hoje não procura igreja, mas quer voltar a freqüentar uma igreja para ter paz espiritual; Universal (crítica: corrente, o dinheiro em troca de uma bênção); Umbanda (buscou <i>quando não ia pra frente na vida</i>, não tinha fé, tinha que pagar pra ver); Adventista: foi um ano adventista (crítica aos costumes de não tomar chimarrão, não comer lingüiça e nem carne de porco);</p> <p>Crença: <i>Deus não cura, a fé que cura. Somos todos filhos de Deus.</i> Pastor: <i>se tu não tem fé, tu não vai conseguir.</i> Não acredita em imagens e estátuas: <i>não adore ídolos nem santos;</i></p> <p>Prática religiosa: ora, medita, lê a Bíblia, vê programa evangélico na televisão (<i>para ficar tranqüilo</i>).</p>
<p>Situação de vida: acusação à filha (buscaram o pastor e a oração).</p> <p>Recursos internos: força para enfrentar problemas (vem da oração e meditação da palavra de Deus). Quando mal fica quieto, sozinho, persiste na oração, não se distrai, leva o pensamento firme.</p> <p>Sentido da vida: família, receber um dinheiro da firma (antigo serviço). Importante na vida: viver em paz, feliz.</p> <p>Saúde-religião: ajuda a desenvolver a mente, alívio. Saúde-fé: tudo a ver. <i>Se tu crê que vai ser curado, vai se curar.</i> Cura = médico mais fé mais paz espiritual. <i>Quando se tem uma paz espiritual parece que tudo se cura em ti.</i></p> <p>Saúde (boa, sem doença) + espiritualidade (acredita em Deus, sem religião, prática religiosa eventual).</p>		

3 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Em junho de 2010, após a realização da análise de conteúdo na abordagem qualitativa, realizou-se a análise de dados na abordagem quantitativa, cujas tabelas e informações relevantes, encontram-se a seguir.

3.1 Análise de Dados

- **Análise de Componentes Principais da Escala (validade de conteúdo)**

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,934
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8285,285
	df	231
	Sig.	,000

Fórmula utilizada:

$$100 \times \frac{(\text{observed score} - \text{minimum possible score})}{(\text{maximum possible score} - \text{minimum possible score})}$$

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,357	33,441	33,441	7,357	33,441	33,441	5,848	26,580	26,580
2	1,639	7,449	40,889	1,639	7,449	40,889	2,146	9,754	36,333
3	1,569	7,131	48,020	1,569	7,131	48,020	1,998	9,082	45,415
4	1,103	5,012	53,033	1,103	5,012	53,033	1,676	7,618	53,033
5	,915	4,159	57,191						
6	,854	3,881	61,072						
7	,753	3,421	64,493						
8	,710	3,226	67,719						
9	,691	3,142	70,861						
10	,649	2,949	73,809						
11	,640	2,910	76,720						
12	,612	2,780	79,500						
13	,585	2,659	82,159						
14	,523	2,378	84,537						
15	,506	2,302	86,839						
16	,494	2,245	89,083						
17	,481	2,185	91,269						
18	,420	1,909	93,178						
19	,409	1,861	95,039						
20	,396	1,799	96,838						
21	,363	1,651	98,489						
22	,333	1,511	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
ESPIRIP	,751			
ESPIRIG	,742			
ESPIRIT	,733			
ESPIRII	,727			
ESPIRIO	,727			
ESPIRIE	,725			
ESPIRIJ	,710			
ESPIRIB	,695			
ESPIRIL	,651			
ESPIRIR	,647			
ESPIRIF	,629			
ESPIRAA	,544	,413		
ESPIRIQ	,528			
ESPIRIM	,521			
ESPIRIC	,465			
ESPIRBB		,589		
ESPIRCC	,454	,471		,403
ESPIRIH	,446	-,468		,454
ESPIRID	,444	-,462		,450
ESPIRIU			,674	
ESPIRIV			,637	
ESPIRIZ			,585	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
ESPIRIT	,764			
ESPIRIP	,749			
ESPIRIG	,731			
ESPIRIJ	,726			
ESPIRIO	,712			
ESPIRII	,672			
ESPIRIE	,664			
ESPIRIF	,659			
ESPIRIB	,621			
ESPIRIR	,577			
ESPIRIL	,556			
ESPIRIC	,461			
ESPIRIH		,792		
ESPIRID		,783		
ESPIRIM		,500		
ESPIRIQ		,432		
ESPIRBB			,815	
ESPIRCC			,775	
ESPIRAA			,630	
ESPIRIV				,734
ESPIRIU				,731
ESPIRIZ				,671

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

- **Religiosidade**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,893	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ESPIRIB	37,54	33,797	,643	,882
ESPIRIC	37,70	34,519	,421	,896
ESPIRIE	37,63	33,324	,663	,881
ESPIRIF	37,64	33,703	,591	,885
ESPIRIG	37,67	32,556	,692	,879
ESPIRII	37,61	32,956	,667	,880
ESPIRIJ	37,83	32,122	,654	,881
ESPIRIL	37,63	34,412	,573	,886
ESPIRIO	37,76	32,264	,665	,880
ESPIRIR	37,70	33,474	,571	,886
ESPIRIT	37,72	32,374	,687	,879

- **Existencialidade**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,672	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ESPIRID	12,28	1,949	,484	,584
ESPIRIH	12,17	2,071	,507	,576
ESPIRIM	12,12	1,978	,429	,623
ESPIRIQ	12,40	2,031	,404	,639

- **Prática Religiosa**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,697	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ESPIRAA	4,18	4,757	,474	,655
ESPIRBB	5,54	4,635	,541	,569
ESPIRCC	5,46	4,783	,525	,590

- **Culpa**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,556	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ESPIRIU	8,32	2,977	,386	,423
ESPIRIV	8,36	2,831	,387	,422
ESPIRIZ	8,33	3,423	,329	,511

Quadro 3. Análise de componentes principais da Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual. São Leopoldo, RS, 2010.

<i>Itens Avaliados</i>	<i>Fatores</i>			
	Religiosidade	Existencialidade	Prática Religiosa	Culpa
Atividades religiosas ajudam a me aproximar de uma força maior que eu mesmo.	,764			
Atividades de fé religiosa me ajudam a desenvolver minha personalidade.	,749			
Uma força divina e religiosa influencia os eventos em minha vida.	,731			
Participar de atividades religiosas me ajuda a perdoar as outras pessoas.	,726			
Minha fé ou religião me completam de uma maneira que as coisas materiais não conseguem.	,712			
Orações mudam realmente o que acontece.	,672			
A fé e as atividades espirituais ajudam a me aproximar das outras pessoas.	,664			
Algumas experiências só podem ser entendidas através da fé e das crenças religiosas da pessoa.	,659			
Eu consigo me encontrar na religião ou fé.	,621			
Eu tenho um relacionamento pessoal com uma força maior que eu.	,577			
Minhas crenças evoluem.	,556			
Uma pessoa pode se sentir completa se tem fé ou se segue uma religião.	,461			
Minha vida tem um sentido.		,792		
Eu sou grato por tudo que tem acontecido comigo.		,783		
Eu acredito que existe um poder maior que eu.		,500		
Reflexão interior me ajuda a entrar em contato comigo mesmo.		,432		
Quantas vezes você leu ou refletiu sobre um texto religioso ou espiritual na última semana?			,815	
Quantas vezes você participou de atividades religiosas em grupo ou foi a algum lugar de culto ou a uma igreja, no mês passado?			,775	
Quantas vezes, aproximadamente, você orou/rezou na última semana?			,630	
Quando faço algo não correto, fico envergonhado.				,734
Quando eu faço algo de errado, eu me esforço para me desculpar.				,731
Eu examino meus atos para ver se eles refletem as idéias que conduzem minha vida.				,671
Alpha Total 0,82	0,9	0,67	0,7	0,5
% Variância 53,1	26,6	9,8	9,1	7,6

Itens excluídos:

- A) No futuro a ciência será capaz de explicar tudo, não necessitando mais de explicação da religião ou fé.
 N) Eu provavelmente irei rever minhas crenças religiosas.
 S) Eu fui pressionado a aceitar crenças religiosas que eu não concordo.
 X) Eu resolvo meus problemas sem utilizar os meios da fé ou da religião.

Considerações sobre a análise de componentes principais da escala:

- Antes de se proceder a análise com quatro fatores, o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,93) e o teste de esfericidade de Bartlett ($p<0,001$) foram estimados indicando a adequação desses dados para se proceder ao modelo exploratório de análise fatorial exploratória. No caso da solução com quatro fatores a explicação da variância total foi de 53%.
- Na análise, primeiramente, rodamos todas as questões entre elas. Percebeu-se que o item EspiriN está mal formulado, desconexo, com sentido dúbio, carregou negativamente no último fator em outro positivamente de modo fraco. Por isso, foi retirado da análise;
- Rodamos novamente sem EspiriN. O item EspiriX carregou em duas dimensões de maneira fraca e, por isso, foi retirado;
- Rodamos novamente sem EspiriX. Apenas dois itens (EspiriA e EspiriS) carregaram o fator 5. Foi realizada nova análise com quatro fatores, porém, houve uma redução da variância (0,49) e os dois itens, teoricamente, não pertencem a nenhum fator. Verificou-se que tanto EspiriA e EspiriS quanto EspiriX foram formulados de maneira negativa, o que pode explicar a incoerência nos achados. Assim, optou-se pela exclusão destes itens.
- Nova análise foi realizada com quatro fatores, sem EspiriA e EspiriS. Nesta análise, houve um aumento da variância (0,53), significando que a análise correta não deve incluir estes itens. Os construtos/fatores foram nomeados: religiosidade; existencialidade; prática religiosa; e culpa.
- Os itens EspiriA, EspiriS e EspiriX foram excluídos por apresentarem conotação negativa em relação à espiritualidade e EspiriN, por ter interpretação dúbio.

- **CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA (validade)**

<i>Fatores/constructos</i>	<i>Alpha de Cronbach (α)</i>	<i>Consistência interna</i>
Intrafatorial	0,82	há consistência interna na escala
Religiosidade	0,9	bem consistente
Existencialidade	0,67	Aceitável
Prática Religiosa	0,7	Aceitável
Culpa	0,5	não há homogeneidade interna

A escala global de espiritualidade e a subescalas religiosidade e culpa não apresentaram associação com o desfecho. A existencialidade estava associada positivamente enquanto que a prática religiosa negativamente com a autopercepção de saúde.

- **ANÁLISE DESCRITIVA**

	<i>Espiritualidade</i>	<i>Religiosidade</i>	<i>Existencialidade</i>	<i>Prática Religiosa</i>	<i>Culpa</i>
Média	63,7	68,9	75,5	38,3	79,2
desvio padrão	14,5	14,5	12	25,3	19,8

A análise descritiva demonstrou que, dos 1.100 adultos entrevistados, 72% são do sexo feminino, 84% de cor branca, 52% casados, com média de idade de 44 anos (dp=16), que apresentam renda mensal média de 7,5 salários mínimos (dp=7,4) e oito anos de estudo (dp=4). Os escores médios para a escala de espiritualidade eram 64 (dp=15) e para cada uma das escalas eram os seguintes: religiosidade 69 (dp=15), existencialidade 76(dp=12), prática religiosa 38(dp=25) e culpa 79(dp=20). Os fatores associados à autopercepção de saúde eram: sexo, idade, cor da pele, estado civil, renda e escolaridade.

- **ANÁLISE UNIVARIÁVEL (análise bruta)**

Maiores níveis de existencialidade estavam associados à maior prevalência de autopercepção de saúde boa (Figura 1). Por exemplo, pessoas com existencialidade alta

possuíam uma prevalência 27% maior de autopercepção de saúde boa quando comparadas às pessoas com existencialidade baixa (RP=1,27;IC95%:1,09-1,48; P=0,003).

Menores níveis de prática religiosa estavam associados à maior prevalência de autopercepção de saúde boa. Pessoas com prática religiosa maior possuíam uma prevalência reduzida em 15% de autopercepção de saúde boa quando comparadas às pessoas com prática religiosa menor (RP=0,85;IC95%:0,75-0,96;P=0,008).

- **ANÁLISE MULTIVARIÁVEL (análise ajustada) Regressão de Poisson**

Variáveis associadas com o desfecho e com a exposição.

<i>Autopercepção de Saúde</i>	<i>Existencialidade</i>	<i>Prática Religiosa</i>
Sexo		sexo
Idade	idade	idade
cor da pele	cor da pele	
estado civil		estado civil
Renda	renda	renda
Escolaridade	escolaridade	escolaridade

O efeito da existencialidade se manteve após o ajuste por idade, cor da pele, renda e escolaridade (RP=1,24;IC95%:1,08-1,44;P=0,004), ou seja, independe das variáveis.

O efeito da prática religiosa perdeu significância após o ajuste por sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade. Ou seja, esse efeito independe de sexo, renda, estado civil, mas a escolaridade (prática religiosa maior: escolaridade baixa) e a idade (prática religiosa maior: idade maior) tiram o efeito desta.

Pontos de corte da Espiritualidade Global e dos quatro fatores.

	<i>Espiritualidade</i>	<i>Religiosidade</i>	<i>Existencialidade</i>	<i>Prática Religiosa</i>	<i>Culpa</i>
0	<=55	<=61	<=67	<=17	<=59
1	55,1-73	61,2-75	68-81	18-51	60-99
2	>=73,1	>=75,1	>=82	>=52	>=100

4 ESCRITA DO ARTIGO CIENTÍFICO

Após a realização da análise qualitativa e quantitativa, no mês de junho de 2010 deu-se a escrita do artigo científico, intitulado *Interfaces entre Espiritualidade e Autopercepção de Saúde em Adultos em um município do sul do Brasil: estudo quantitativo e qualitativo*. Este artigo será submetido à avaliação da Revista Ciência & Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Devido ao limite em relação ao número de caracteres, optou-se por abordar neste artigo apenas duas das três categorias de análise resultantes na abordagem qualitativa: *religiosidade como suporte* e *capacidade de enfrentamento*. A terceira categoria (*práticas de saúde como recurso*) será contemplada em outro artigo, a ser escrito após a defesa da dissertação.

ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo *Interfaces entre espiritualidade e autopercepção de saúde em adultos em um município do sul do Brasil: estudo quantitativo e qualitativo*, tendo como autores: Tatiane Bagatini^{1 2}, José Roque Junges¹ e Marcos Pascoal Pattussi¹, será submetido à avaliação de uma Revista Científica e, por esse motivo, não pode ser publicado na versão on-line da dissertação.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Correspondência: Rua Santo Antônio, 1166/404, Centro, São Leopoldo, RS, CEP 93010-280.
Telefone: (51) 92318368. E-mail: tbatagini@yahoo.com.br