



CUIDADOS ESPIRITUAIS AO PACIENTE

**quando cuidado e fé
andam juntos**

Gina Andrade Abdala
Maria Dyrce Dias Meira
Allan Macedo de Novaes
(orgs.)

UNASPRESS

CUIDADOS ESPIRITUAIS AO PACIENTE

**quando cuidado e fé
andam juntos**

Gina Andrade Abdala
Maria Dyrce Dias Meira
Allan Macedo de Novaes
(orgs.)

UNASPRESS



Igreja Adventista
do Sétimo Dia



Educação
Adventista

Presidente Divisão Sul-Americana: Stanley Arco

Diretor do Departamento de Educação para a Divisão Sul-Americana: Antônio Marcos

UNASP

Presidente Mantenedora (IAE): Maurício Lima

Reitor: Martin Kuhn

Vice-reitor para a Educação Superior e Diretor Campus São Paulo: Afonso Ligório Cardoso

Vice-reitor de Desenvolvimento Estudantil e Diretor Campus Engenheiro Coelho: Carlos Alberto Ferri

Vice-reitor para a Educação Básica e Diretor Campus Hortolândia: Henrique Karru Romaneli

Vice-reitor administrativo: Telson Bombassaro Vargas

Pró-reitor de Graduação: Edilei Rodrigues Lames

Pró-reitor de Pesquisa e Desenvolvimento Institucional: Allan Macedo de Novaes

Pró-reitor de Educação a Distância: Fabiano Leichsenring Silva

Pró-reitor de Desenvolvimento Espiritual: Wendel Lima

Pró-reitor de Gestão Integrada: Claudio Knoener

UNASPRESS

Editora Universitária Adventista

Editor-chefe: Rodrigo Follis

Coordenadora de projetos: Rhayane Storch

Comercial e vendas: Francieleide Carvalho

Vendas corporativas: Julio Cesar Ribeiro

CUIDADOS ESPIRITUAIS AO PACIENTE

**quando cuidado e fé
andam juntos**

Gina Andrade Abdala
Maria Dyrce Dias Meira
Allan Macedo de Novaes
(orgs.)

1ª edição, 2022 – Engenheiro Coelho, SP

UNASPRESS

Editora Universitária Adventista

UNASPRESS

Editora Universitária Adventista

Caixa Postal 88 – Reitoria Unasp
Engenheiro Coelho, SP CEP 13448-900
Tels.: (19) 3858-5171 / 3858-5172

www.unaspres.com.br

Cuidados espirituais ao paciente: quando
cuidado e fé andam juntos.

1ª edição – 2022
200 exemplares

Coordenação editorial: Davi Boechat
Revisão: Andréia Rodrigues, Leticia Simões
Projeto gráfico e diagramação: Felipe Rocha

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)
(Ficha catalográfica elaborada por Hermenérico Siqueira de Moraes Netto – CRB 7370)

Abdala, Gina Andrade

Cuidados espirituais ao paciente: quando cuidado e fé andam juntos / Gina Andrade Abdala,
Maria Dyrce Dias Meira, Allan Macedo de Novaes. Engenheiro Coelho: Unaspres, 2022.

128 p.

Inclui questionário NCLEX, questionário sobre a saúde espiritual, segundo o estilo de vida super
saudável de Larimore & Mullins, avaliação do estilo de vida de adultos e escala de disposição
para perdoar (EDP).

ISBN (impresso) 978-65-5405-006-7
(digital) 978-65-5405-008-1

1. Enfermagem. 2. Promoção de saúde – aspectos religiosos I Título.

CDD 610.73

OP 00256

Editora associada:



ABEU Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Todos os direitos reservados à Unaspres - Editora Universitária Adventista. Proibida a reprodução por quaisquer meios, *sem prévia autorização escrita da editora*, salvo em breves citações, com indicação da fonte.

Pareceristas *ad hoc* para a presente obra

Eliezer Fernandes Gums

Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

Helena Brandão Viana

Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

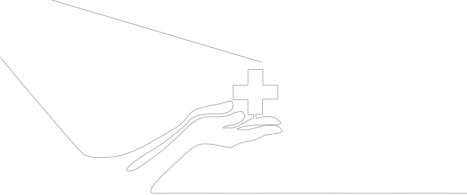
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Dr. Isaac Malheiros Meira Junior

Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

Thiago da Silva Gusmão Cardoso

Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).



SUMÁRIO

PREFÁCIO 9

INTRODUÇÃO 11

PARTE 1: HISTÓRIA DA FILOSOFIA DO CUIDADO

CAPÍTULO 1

Solidariedade..... 15

CAPÍTULO 2

História e filosofia do Ocidente como fundamento para a assistência espiritual ao cliente 17

CAPÍTULO 3

Florence Nightingale 21

CAPÍTULO 4

Necessidades espirituais 27

CAPÍTULO 5

Enfermagem na comunidade de fé (ECF) 33

CAPÍTULO 6

Necessidades espirituais segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 35

CAPÍTULO 7

Questionários sobre religiosidade, história espiritual do paciente e dimensão espiritual 43

CAPÍTULO 8

Cuidados paliativos..... 49

Resumo 53

PARTE 2: RELIGIOSIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

CAPÍTULO 9

Promoção da saúde em um cenário religioso 57

CAPÍTULO 10

Perdão.....61

CAPÍTULO 11

Resiliência 67

CAPÍTULO 12

Luto: sobre a morte e o morrer71

CAPÍTULO 13

O poder da oração..... 77

CAPÍTULO 14

Preceterapia.....81

Resumo 83

ANEXOS

Anexo A..... 87

Anexo B 95

Anexo C..... 99

Anexo D 107

Referências..... 111

Índice remissivo 123

Sobre os autores..... 125



PREFÁCIO

Este livro foi escrito por participantes do grupo de pesquisa Religiosidade e Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS), vinculado ao Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), credenciado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 2013. Este importante grupo de pesquisa, desde sua origem, tem desenvolvido pesquisas sobre a temática Espiritualidade e suas implicações na saúde. Também tem publicado e organizado eventos para que as discussões baseadas na ciência sejam divulgadas entre o meio acadêmico e ao público leigo.

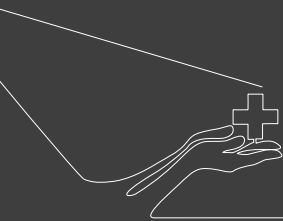
Em especial, a temática deste material, que aborda a questão da assistência espiritual ao paciente, traz o resgate histórico da filosofia do cuidado, a religiosidade e a promoção da saúde. A primeira parte, dentre várias questões, mostra que a assistência espiritual ao paciente tem o seu fundamento na história e filosofia do cuidado, baseado na visão holística do ser humano, em que não se pode separar o físico, o mental, o social e o espiritual. Já a segunda parte traz a importante constatação de que a promoção da saúde pode ser estimulada e desenvolvida num cenário religioso. Atitudes como perdão, resiliência e oração, assim como o enfrentamento da morte e luto, são questões importantes no contexto da assistência espiritual do paciente. Desta forma, propicia aos leitores deste material um panorama de como identificar as necessidades espirituais do paciente e, ao mesmo tempo, instrumentalizá-los com ferramentas apropriadas para uma abordagem holística no cuidado multiprofissional.

Os capítulos foram organizados de maneira a valorizar a dimensão espiritual do ser humano, principalmente quando ele se encontra em uma condição de vulnerabilidade ocasionada pelo adoecimento e pela necessidade de se entregar aos cuidados de profissionais de saúde desconhecidos.

A obra tem como premissa básica a integralidade do cuidado e o reconhecimento de que a dimensão espiritual não pode ser ignorada ou deixada em segundo plano. Preconiza que cabe ao profissional de saúde se apropriar desses recursos para potencializar o processo terapêutico, seja para promover a recuperação ou prestar cuidados paliativos. Por isto, o livro é de suma importância para todos que lidam com o cuidado ao próximo, especialmente os profissionais da saúde.

Fábio Marcon Alfieri

*Coordenador do Mestrado Profissional
em Promoção da Saúde – UNASP SP*



INTRODUÇÃO

Esta obra visa fornecer uma visão geral de como atender pacientes em sua filosofia de vida e em suas crenças religiosas. Na primeira seção, trataremos dos seguintes temas: história e filosofia do cuidado espiritual ao paciente, solidariedade, o exemplo de Florence Nightingale, a identificação das necessidades espirituais, a elaboração de um plano de assistência espiritual baseado nos diagnósticos de enfermagem e os cuidados paliativos.

Uma breve explanação do programa do curso de extensão de Enfermagem na Comunidade de Fé, com seus quatro módulos — espiritualidade, comunidade, saúde holística e profissionalismo — faz parte do conteúdo. Espera-se, com isso, que o leitor reconheça a importância do envolvimento religioso na tomada de decisões e os consequentes benefícios para a saúde física e mental de seus pacientes.

Na segunda seção, abordaremos os seguintes temas: a promoção da saúde no cenário religioso; o perdão e como Jesus tratava as pessoas; a resiliência; o luto, a morte e o morrer; o poder da oração; e a preceterapia. Espera-se que os leitores conheçam a influência benéfica de uma comunidade de fé, além de ajudá-los a ter uma atitude mais positiva e forte, diante das dificuldades da vida e a fortalecer outros sob seus cuidados.

Os organizadores



PARTE 1

HISTÓRIA E FILOSOFIA DO CUIDADO



SOLIDARIEDADE

VIVIAN INÁCIO ZORZIM
GINA ANDRADE ABDALA

Solidariedade é o “valor orientador do esforço de proteção social da sociedade para garantir que a situação de pessoas em condições de maior vulnerabilidade possa ser melhorada pela redistribuição da riqueza dos mais privilegiados” (BVS, 2020, online).

Agora, quem são essas pessoas com maior *vulnerabilidade*? Segundo Mascalzoni *et al.* (2017), são aquelas que enfrentam problemas financeiros, sociais e emocionais. Podem também ser os oprimidos e excluídos. A solidariedade, portanto, está relacionada às boas ações praticadas com o objetivo comum de ajudar as pessoas que passam por intensas dificuldades.

Interessante é que a raiz do constructo *solidariedade* foi fortemente influenciada pelo cristianismo. A ideia cristã de fraternidade é frequentemente reconhecida como a mais importante precursora desse conceito e prega que as pessoas deveriam se sentir conectadas umas às outras e se ajudarem. Ela enfatiza a comunhão entre iguais, afirmando que todo ser humano tem o mesmo valor aos olhos de Deus (PRAINSACK; BUYX, 2011).

Além disso, a solidariedade está ligada à bioética relacional, que defende a equidade e justiça na saúde pública global, com práticas mais participativas e inclusivas na medicina. Existe hoje uma onda de trabalho voluntário não só na ética biomédica, mas em todas as áreas adjacentes (BUYX; PRAINSACK, 2018).

VOCÊ SABIA?

O Brasil caiu 47 posições no ranking geral do fator “solidariedade”, tornando-se o último colocado entre os países da América do Sul. De um total de 146 países pesquisados, o Brasil ocupa a 122ª posição. Em 2017, ocupava a 75ª posição. Quando separado por categorias, o país fica em 105º no auxílio a desconhecidos, em 109º no voluntariado e em 112º na doação financeira (CAF, 2018). Apesar disso, crescem as evidências científicas sobre a importância da solidariedade no contexto da saúde das pessoas, seja ela física, mental ou espiritual (MASCALZONI *et al.*, 2017; ROSA; SILVA, 2020; BRAIER; PÉREZ; BERMÚDEZ, 2020).

HISTÓRIA E FILOSOFIA DO OCIDENTE COMO FUNDAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL AO CLIENTE

SAMUEL ANDRADE ABDALA

A civilização ocidental, com berço na Europa, foi construída com base na visão de mundo judaico-cristã. Essa tradição, que começa com os cinco livros de Moisés, se distingue radicalmente de todas as outras cosmovisões desde a antiguidade, e foi ela que permitiu o surgimento das instituições e práticas que temos hoje, incluindo a assistência ao cliente — tanto a física e mental quanto a espiritual (SHELLY; MILLER, 1989).

Desde o relato da criação em Gênesis, judeus e cristãos acreditam que o universo é regido por um ser soberano que é benevolente, criando e promovendo tudo aquilo que é bom. A Bíblia também tem, desde o início, uma postura antimitológica (SARNA, 1999). Outras tradições antigas davam valor espiritual e místico aos elementos da natureza, mas o judaísmo rompe com essas tradições ao considerar os elementos da natureza como meras criaturas.

Por exemplo, o Sol, que era visto como uma divindade, é retratado no relato da criação como uma mera fonte de luz que serve aos propósitos do verdadeiro Deus e Criador. Outra característica que vemos desde o relato da criação é uma epistemologia otimista para o ser humano. Deus pede

ao homem que dê nome aos animais e que os caracterize; isso representa a capacidade concedida ao ser humano de captar a essência das coisas e dos seres.

A cosmovisão judaico-cristã transformou o mundo de uma maneira que as outras tradições nunca fizeram. A ciência e sua metodologia, a enfermagem e as ciências médicas, como a anatomia, por exemplo, floresceram na Europa cristã — e isso não é coincidência, segundo o sociólogo Rodney Stark.

Em seu livro *For the glory of God*, ele argumenta que a base lógica da Bíblia, em contraste às outras cosmovisões, apresenta um mundo ordenado, que segue leis naturais imutáveis, e que é regido por princípios acessíveis aos seres humanos, pois estes foram criados à imagem e semelhança de Deus (STARK, 2003).

Foi esse embasamento que permitiu o surgimento do método científico e das práticas que deram origem à ciência do cuidar. O estudo empírico da fisiologia humana, baseado na dissecação de cadáveres humanos, foi desenvolvido na era escolástica — dos grandes teólogos e filósofos da Europa medieval cristã — e não pelos chineses, pelos árabes ou pelos antigos gregos e romanos. Assim como o mito de que a sociedade europeia medieval acreditava em uma terra plana, também temos hoje, infelizmente, o mito de que o estudo da anatomia humana, através da dissecação de cadáveres, sempre foi proibida pela igreja durante a idade média.

Na verdade, foi proibida no mundo greco-romano e no islã. A dissecação de cadáveres humanos para autópsias e para estudo anatômico era realizada na Itália pelo menos desde o século 13. Há, por exemplo, o registro de uma

A cosmovisão judaico-cristã transformou o mundo de uma maneira que as outras tradições nunca fizeram.

dissecação pública no ano de 1315 realizada por Mondino de Luzzi perante alunos e docentes da Universidade de Bologna (STARK, 2003). Aliás, as universidades, assim como os hospitais, também são fruto da cosmovisão judaico-cristã.

Outra diferença dessa cosmovisão para com as demais, consiste na visão holística do ser humano. Essa visão contrasta com a do dualismo de Platão, que foi bastante influente por mais de dois mil anos, sendo até assimilado por boa parte das denominações cristãs que temos hoje. O dualismo é evidente nos diálogos Críton, Fédon, e especialmente na Apologia de Sócrates, onde vemos o filósofo como alguém que anseia pela libertação da alma através da morte. A alma, por se tratar do centro da razão e da personalidade, era vista como mais essencial que o corpo, que era considerado como um mero recipiente, ou até mesmo como um empecilho para que a alma desenvolvesse seu potencial.

A visão holística, por outro lado, defende que a essência do ser vivo não se encontra em um elemento imaterial como a alma, mas depende do corpo para existir (BROWN; STRAWN, 2012). Isso é evidente no relato da criação, cuja fórmula para o ser vivente equivale à soma do corpo material ao sopro divino, e que o ser vivente não existe se estes forem separados (Gn 2:7).

A palavra hebraica para ser vivente é *nephesh*, que tem sido traduzida como “alma,” o que não é adequado. *Nephesh* é literalmente a região da garganta, onde experimentamos as funções vitais que, combinadas, constituem o ser vivo. Em Gênesis também vemos que a dimensão material é declarada na criação como sendo boa, pois Deus viu que tudo o que havia criado era bom.

No final do livro de Apocalipse, vemos que o ambiente físico, o próprio planeta terra, será restaurado, e que a ressurreição dos mortos também demonstra a necessidade de um corpo físico para dar continuidade à vida. A compreensão holística de que as dimensões física, mental e espiritual são inseparáveis é extremamente importante para o conceito do cuidar.

Outra característica, ainda da cosmovisão judaico-cristã, é que, embora haja a responsabilidade coletiva, há também a importância e o valor de um único indivíduo. Isto se observa logo em Gênesis. Nos capítulos 1 a 11 observamos temas globais como a criação da humanidade e a origem do mal, mas, de maneira súbita, este livro, de dimensões cósmicas, muda de foco para a história de um indivíduo — Abraão — e sua família, numa transição abrupta que os teólogos chamam de “o escândalo da particularidade” (RENO, 2010).”

O livro de Levítico, por sua vez, traz regulamentos sacerdotais de saúde pública inovadores para a época. Ele revela o valor da vida, a seriedade da impureza e a necessidade de proteger os mais vulneráveis (tema bastante comum no Pentateuco e nos Profetas). Em Levítico 13 e 14 vemos que a doença,

assim como o pecado, infecta e corrompe até mesmo o mundo inanimado e que precisa ser contida para que não se espalhe (TIDBALL, 2005).

No tempo de Moisés, os sacerdotes não tinham o poder de oferecer a cura para a lepra, por exemplo — podiam apenas diagnosticá-la e prevenir sua proliferação. O ministério de Jesus, que surge não apenas oferecendo a cura física como também a mental e a espiritual, se torna, assim, bastante significativo e é realmente um divisor de águas na história. Jesus revelou, de maneira dramática, o interesse de Deus em restaurar o indivíduo por completo, tendo o poder para tal. Os seus ensinamentos esclarecem os fundamentos que temos desde Moisés, e são indispensáveis aos profissionais de saúde.

Atualmente existem vários paradigmas e ideologias que, se fossem levados à sério, ameaçariam a prática do cuidar. A descrição naturalística de mundo promovida por Darwin, que retrata a vida como uma luta onde apenas os mais aptos sobrevivem, não permite nem explica, de maneira satisfatória, os exemplos de altruísmo (NOWAK *et al.*, 2017) e solidariedade que vemos no cotidiano. Outra ideologia nociva, a do pluralismo ético pós-humanista, que rejeita o excepcionalismo humano sobre os demais seres, argumenta que a vida humana tem tanto valor quanto a dos animais.

Assim, é importante reconhecer as raízes e as bases sólidas que dão suporte não apenas à prática da assistência holística como também a todos os aspectos da sociedade atual. Os princípios e paradigmas que abraçamos irão diretamente influenciar nossas instituições e práticas (SHELLY; MILLER, 1999).



CAPÍTULO 3

FLORENCE NIGHTINGALE

MARIA CLARA DE SALES RONDON

Florence Nightingale nasceu em Florença, Itália, em 1820. Sua educação, assim como a de sua irmã, foi realizada por professores particulares, que incluíram na grade curricular de aprendizagem as escritas em latim, grego, alemão, francês e italiano, além de temas de história, filosofia, matemática e conhecimento bíblico (OGUISSO, 2007).

Florence era profundamente religiosa e tinha muito interesse em ajudar os pobres, doentes e desvalidos, procurando de alguma forma amenizar o sofrimento deles. No desejo de realizar-se como enfermeira, frequentou irmandades religiosas que trabalhavam com assistência aos doentes. Em Paris, conheceu e aprendeu o trabalho das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, onde acompanhou o trabalho assistencial e administrativo com suas regras e forma de cuidar dos doentes, fazendo anotações, gráficos e listas de atividades desenvolvidas (CÂMARA FILHO, 2020).

Entretanto, havia uma barreira social que a impedia de seguir seu desejo. Os hospitais ingleses não eram considerados locais convenientes para moças de família, e as mulheres que cuidavam de doentes haviam

sido, em sua maioria, recrutadas em prisões. Eram rudes, analfabetas, de moral duvidosa e incapazes de transmitir qualquer tipo de ensinamento (OGUISSO, 2007).

No entanto, Florence não desistiu do seu desejo e, após formar-se por uma instituição protestante de Kaiserweth, na Alemanha, onde aprendeu os primeiros passos da disciplina na enfermagem, com regras e horários rígidos, transferiu-se para Londres, cidade em que passou a trabalhar como superintendente de um hospital de caridade (CÂMARA FILHO, 2020).

Em 1854, quando Inglaterra e França eram aliados da Turquia na guerra da Criméia contra a Rússia, os hospitais militares ingleses viviam um verdadeiro caos. O exército britânico estava prestes a ser derrotado, em grande parte devido às doenças, à desorganização, ao frio e à fome. Muitos soldados foram contaminados pela cólera, e as primeiras batalhas foram feitas por homens exauridos por diversas doenças (CÂMARA FILHO, 2020).

Florence, ao tomar conhecimento da situação, viu surgir a oportunidade que sempre esperou para servir à humanidade e ao seu país. Decidiu então escrever para o ministro da Guerra, que prontamente aceitou os seus serviços. Em questão de semanas, ela recrutou cerca de 38 mulheres, entre religiosas e leigas, anglicanas e católicas.

Partiram em 21 de outubro de 1854, tendo como destino a cidade de Scutari, atual Istambul. Nessa base militar, havia um hospital improvisado com muitos militares feridos que chegavam da Criméia. As condições sanitárias desse hospital eram as piores possíveis: excesso de feridos, muitos deitados no

Florence era profundamente religiosa e tinha muito interesse em ajudar os pobres, doentes e desvalidos, procurando, de alguma forma, amenizar o sofrimento deles.

chão, poucos sanitários, falta de suprimentos, alimentos, higiene e escassez de roupas e materiais (OGUISSO, 2007).

Florence começou a organização do local pela lavanderia e pela cozinha. Usava seus próprios recursos para ajudar os doentes e sempre escrevia pedindo ajuda. Em dois meses, conseguiu colocar ordem no hospital e reduziu a mortalidade de 40% para 2%, graças não só à organização e limpeza que propôs, como também pela sua capacidade de coletar e trabalhar com dados estatísticos (OGUISSO, 2007).

Os soldados fizeram dela o seu anjo da guarda e a imortalizaram com o apelido de a “Dama da lâmpada”, porque, de lanterna na mão, Florence percorria as enfermarias, atendendo aos doentes durante a noite. A lâmpada se tornou símbolo da enfermagem no mundo em homenagem à Florence, que voltou famosa da guerra, e, pelo seu trabalho na Criméia, recebeu um prêmio do governo inglês (CÂMARA FILHO, 2020; OGUISSO, 2007).

ESCOLA NIGHTINGALE DE ENFERMAGEM

Depois que retornou da guerra, Florence se tornou uma figura popular. Nacionalmente conhecida, seu nome se tornou sinônimo de doçura, eficiência e heroísmo. O trabalho que realizara teve um impacto tão grande que Florence conseguiu quebrar o preconceito que existia em torno da participação da mulher no exército e transformou também a visão da sociedade em relação à enfermagem e à ocupação da mulher (OGUISSO, 2007).

Foi criado então, por Sidney Hebert, o fundo *Nightingale* para honrar Florence de forma permanente. Este tinha como objetivo a arrecadação de dinheiro para treinamento de enfermeiras. Florence afirmava que não queria criar uma nova ordem ou congregação feminina, mas estabelecer uma carreira secular para as mulheres, como eram as carreiras de medicina e direito para os homens.

Esse fundo arrecadou cerca de R\$ 200 mil e Florence fundou, quatro anos após voltar da guerra, a sua escola de enfermagem no hospital *Saint Thomas*. Os objetivos da escola eram preparar enfermeiras para que pudessem atuar como multiplicadoras de conhecimentos e formar enfermeiras distritais para cuidar dos doentes pobres (OGUISSO, 2007).

A filosofia de vida de Florence permeava todo o currículo de sua escola. Ela acreditava que a saúde deveria estar presente tanto na alma como no corpo. Seu currículo não tinha um conjunto de metas a serem atingidas, mas procurava estimular o desenvolvimento individual das alunas.

Ela acreditava que cada pessoa tinha talentos e habilidades que precisavam ser desabrochadas. O treinamento era uma forma de fazer com que a aluna usasse seus recursos intelectuais inatos. Florence enfatizava que fazer enfermagem era ajudar a pessoa a viver; para ela, a escola deveria ensinar à enfermeira sua função de ajudar o paciente a viver. Desse modo, a enfermagem era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico (OGUISSO, 2007).

A escola de enfermagem começou a funcionar no dia 9 de julho de 1860, com um grupo de 15 alunas. Florence fez questão que fosse um grupo pequeno com alunas selecionadas. Essa data é considerada por muitos o nascimento da enfermagem moderna (OGUISSO, 2007).

Florence escreveu ainda dois livros: *Administração hospitalar do exército* e *Comentários sobre questões relativas à saúde*. Inspirado no exemplo de vida e generosidade de Florence, o suíço Jean Henry Dunant criou a Cruz Vermelha Internacional, em 1864, focada no trabalho voluntário de apoio a feridos de guerra, que depois se generalizou a outros necessitados. Mesmo tendo vivido na época vitoriana, Florence foi uma mulher à frente do seu tempo (CÂMARA FILHO, 2020).

ENFERMAGEM E CUIDADO

Enfermagem é cuidar do viver, cuidar para promover saúde, buscando um mundo melhor, um viver melhor. É cuidar daqueles que perderam a saúde, que podem ter perdido a alegria e que estão sofrendo também na alma (SOUZA *et al.*, 2005). Enfermagem é cuidar não só do corpo, mas atender as questões sociais, psicológicas e espirituais. O Dia Internacional da Enfermagem é celebrado no dia do aniversário de Florence: 12 de maio.

Segundo a própria Florence Nightingale, enfermeiro(a) é (NIGHTINGALE, 1989):

1. Aquela(e) que deve estar ao lado do paciente 24h, iluminando a sua vida como enfermeira(o) sóbria(o) e honesta(o).
2. Aquela(e) que possui a vocação para o serviço acima de tudo, uma pessoa religiosa e devotada.
3. Aquela(e) que dedica especial atenção à obtenção e organização de dados estatísticos, por meio da utilização de gráficos, para apresentar dados de forma clara.

A TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE

Florence desenvolveu, na metade do século 19, uma teoria que tinha como foco principal o meio ambiente, relacionando este com a capacidade de prevenir, suprimir ou contribuir para o aumento da doença e da morte. Para ela, fornecer um ambiente adequado era o diferencial na recuperação dos doentes e é este princípio que fundamenta a Teoria Ambientalista (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015). Desse modo, o tratamento dos doentes teve resultados inovadores, e Florence ficou conhecida por tal transformação (HADDAD; SANTOS, 2011).

Em cartas e documentos, Nightingale abordava os fatores que levava em consideração na manutenção de um ambiente favorável, no sentido de facilitar o processo de cura e de manter a saúde, tais como: ventilação, água pura, higiene, luz solar, natureza e a alimentação (NIGHTINGALE, 1989).

Desse modo, segundo Florence (1989), é importante ressaltar que:

1. Um ambiente saudável é essencial para a cura.
2. As janelas devem ser abertas, contribuindo para a entrada da luz, de modo que todas as pessoas do ambiente tenham acesso e recebam também a corrente de ar fresco.
3. A roupa e o cobertor são essenciais para manter o paciente aquecido e, ainda assim, permitir que o ambiente esteja arejado.

Enfermagem é cuidar do viver, cuidar para promover saúde, buscando um mundo melhor, um viver melhor.

4. O ruído é prejudicial e perturba a necessidade de repouso do doente.
5. Alimentação nutritiva, leitos e roupas de cama apropriadas e higiene pessoal do indivíduo são essenciais.
6. A limpeza previne a morbidade.
7. Com o ambiente limpo, o número de casos de infecção diminui.

O pensamento de Florence, mesmo após um século de sua morte, tem influência excepcional na atuação profissional da enfermagem moderna, levando a uma reflexão sobre o agir profissional, em especial no que tange a atual problemática: saúde e meio ambiente. Ela contribuiu, em sua época, para a melhoria e o desenvolvimento da saúde, mantendo-se, até os dias atuais, como fonte de inspiração e alvo de pesquisa para estudiosos em todo o mundo (CAMPO-NGARA, 2012; BEZERRA *et al.*, 2018; PALUMBO, CHAGAS, 2020). Florence Nightingale faleceu em Londres, Inglaterra, no dia 13 de agosto de 1910.



NECESSIDADES ESPIRITUAIS

LISLEY ANNE RODRIGUES

Antes de conceituar as necessidades espirituais, vamos analisar a diferença entre religiosidade e espiritualidade. Estes são termos tratados como sinônimos por muitas pessoas, mas suas definições são complexas e diversas. A religiosidade é definida como prática religiosa relacionada a uma instituição organizada, e suas crenças envolvem doutrinas, comportamentos em grupo e são inseridas em uma dimensão cultural e social.

Já a espiritualidade é uma relação de afinidade entre uma pessoa e um ser ou uma força superior que ela acredita. A religiosidade está mais relacionada com as práticas, e a espiritualidade tem um sentido mais amplo, como a busca por compreender o sentido da vida, o seu fim ou questões relacionadas ao sagrado. Ela vai além, com uma concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido, podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (THIENGO *et al.*, 2019).

A espiritualidade também inclui um sentimento pessoal, de interesse por si e pelos outros, que nos faz suportar sentimento de culpa, raiva e ansiedades da vida. A religião, então, expressa a espiritualidade (THIENGO

et al., 2019). Koenig, King e Carson (2012) conceituam religiosidade como um conjunto de práticas, maneiras de viver e rituais compartilhados por um conjunto de pessoas em comum, que os leva a pensar em um ser superior que pode ser Deus ou outro nome, de acordo com a cultura. Esta é recomendada para pesquisa porque é mensurável. Já a espiritualidade envolve uma busca pessoal íntima, além de uma devoção e rendição a Deus ou ser superior.

Segundo Cunha (2019), vários estudos consideram religiosidade e espiritualidade como parte pertencente à condição humana e admitem ter uma grande influência na saúde, o que concorda com a definição de saúde dada pela OMS, que considera a visão multidimensional do ser. A espiritualidade tem relação e efeitos positivos no processo saúde-doença quando se tem a vivência religiosa e espiritual que, por sua vez, influencia na diminuição da mortalidade, como desfechos das doenças cardiovasculares, infecciosas e neoplásicas (THIENGO *et al.*, 2019).

A espiritualidade tem grande potencial de influência na saúde mental. Nela encontramos recursos para enfrentar os momentos de estresse, pois geramos mais pensamentos e emoções positivas e há aumento do sentimento de gratidão, o que tende a diminuir as chances de depressão e de ansiedade generalizada (CUNHA, 2019).

Quando a pessoa exercita a espiritualidade e a religiosidade, ela tem mais motivos e força para vencer as adversidades da vida, e, com isso, tem melhor resposta aos problemas de saúde. Presume-se que pessoas religiosas estão menos suscetíveis ao uso de drogas, a conflitos, suicídio e práticas criminosas (CUNHA, 2019).

Mas o que é necessidade espiritual? É a falta de qualquer fator ou fatores necessários para estabelecer e/ou manter um dinâmico e pessoal relacionamento com Deus (SHELLY, FISH, 1988). Basicamente, as necessidades espirituais são três:

1. Necessidade de sentido e finalidade/sentido da vida.
2. Necessidade de amor e relacionamento.
3. Necessidade do perdão.

Tais necessidades têm variação quando o paciente está saudável ou quando está doente, o que melhora o estado do paciente e/ou pode trazer angústias (NASCIMENTO, 2016).

NECESSIDADE 1: O SENTIDO DA VIDA

A força que move o ser humano a viver é o que ele entende sobre o sentido da vida, ou seja, ter “propósito na vida”. White (2013) afirma que os pais devem ensinar os filhos a se autocuidarem e desenvolverem hábitos de operosidade, sendo habilitados para as boas práticas da vida e tendo propósito de vida.

Viktor Emil Frankl criou a logoterapia, que significa ter sentido na vida. Ele afirma que não se trata de um sentido único, mas de vários sentidos obtidos através de cada situação da vida. Eles podem ser modificados a cada momento e sempre existirão. Cada momento da vida tem um sentido diferente e requer que o reconheçamos, seja em situações boas ou de dificuldades da vida, independentemente de gênero, idade, escolaridade, profissão e adesão religiosa (SANTOS, 2019).

O sentido da vida é o que mantém o ser humano, é o que lhe faz crescer e se desenvolver, é a sua força para superar obstáculos. A pessoa que não encontra o sentido da vida não encontra razão de viver, adquire sentimentos de inutilidade do ser, o que, conseqüentemente, redundará em vazio existencial (SANTOS, 2019).

De acordo com Santos (2019), Viktor Frankl formulou, em três categorias, o que ele concluiu sobre como as pessoas alcançam o sentido da vida:

1. A primeira categoria é a daqueles que encontram sentido na vida ao devolver ao mundo sua arte, talento e criatividade; eles levam a vida com bom humor.
2. A segunda é sobre aqueles que, amando o outro ou algo, tendo alguma paixão, ou amando até mesmo o seu deus, aumentam suas forças para seguir em frente.
3. A terceira categoria está relacionada aos valores daqueles que conseguem ter pensamentos e atitudes positivas em meio a situações de sofrimento imutáveis, até mesmo frente à morte e à culpa, em meio ao qual, ainda assim, encontram motivos para continuar.

Para Frankl, o sentido da vida pode ser alcançado por meio da autotranscendência do ser humano, que o torna capaz de encontrar a resposta no mundo em si, quando esse se entrega a uma causa ou a alguém (SANTOS, 2019). “Uma

vez que a procura de sentidos de um indivíduo tiver sucesso, ela não somente o faz feliz, mas lhe dá a capacidade de enfrentar o sofrimento” (FRANKL, 2017).

NECESSIDADE 2: AMOR E RELACIONAMENTO

Segundo Frankl (2017), o amor é a única maneira de captar outro ser humano no mais íntimo de sua personalidade, pois, através do amor, podemos compreender o outro ser. É através da compreensão do outro que conseguimos captar o que há de melhor neles. O amor é pertencente a um movimento no qual é direcionado ao objetivo de sempre elevar o outro, reconhecendo suas potencialidades, pois não é algo estagnado.

Esse movimento tem suas raízes na sua própria essência, que se direciona para reconhecer e alcançar o mais alto e nobre valor daquele a quem se ama. Além disso, também busca captar o que há de melhor no outro, a sua maior capacidade; deve-se reconhecer os nossos próprios valores também (SANTOS, 2012).

O ser humano não é uma ilha, ele nasce totalmente dependente do relacionamento com o outro. Quando somos recém-nascidos, nossos pais ou responsáveis assumem a responsabilidade de cuidar de nós. Do contrário, morreríamos. Nesse relacionamento, há troca afetiva e interação fundamental para o desenvolvimento do bebê.

Isso mostra que o ser humano precisa do outro para viver. Como exemplo disso, temos os eremitas, pessoas que decidem viver sozinhas, isoladamente das outras pessoas. A vida deles ainda terá sentido, pois eles sabem que existem pessoas que podem oferecer uma oração ou oferecer sacrifícios a seu favor (SANTOS, 2012).

O amor envolve a capacidade de ligação com o outro, mesmo que este não pertença à família. Ele traz consigo uma responsabilidade pelo outro, e essa responsabilidade é o próprio amor em ação. Todo ser humano é chamado a ter amor pelo outro; essa ligação não é sempre um determinante biológico, mas vem de dentro das pessoas — algo que se encontra no núcleo da sua espiritualidade, ou seja, algo a ser exercido livremente.

Amar é um ato de liberdade. É uma ligação consciente com os outros, mas também inclui entender que o bem para as pessoas que estão ao seu redor depende deles também; ou seja, é da responsabilidade deles, por meio das suas ações e modos de viver. No amor, o ser humano exerce a liberdade e a responsabilidade, obtém a felicidade e encontra o sentido da vida (SANTOS, 2012).

NECESSIDADE 3 : PERDÃO

A postura do perdão em prol da paz foi uma virtude de Frankl no campo de concentração. Ele afirmou que a decisão de assumir uma postura de paz ou de guerra está em nossas mãos. Segundo ele, isso é verdade mesmo se passamos por situações muito desafiadoras; isso contribui para diminuir as contendas e ódios entre as pessoas (AQUINO; CRUZ; GOMES, 2019).

Naquele que possui uma experiência espiritual verdadeira, é possível encontrar o perdão — o que acontece não necessariamente no âmbito religioso, ainda que a espiritualidade auxilie para que o perdão surja em intensidade mais profunda. O perdão sincero é a chance de um novo recomeço. Mesmo reconhecendo que o que aconteceu não pode ser mudado, quem perdoa entende que há uma nova chance para mudar a si ou a algo, satisfazendo assim a necessidade de paz de espírito e leveza da alma (CARRARA, 2016).

O perdão é um ato que pode vir de alguém ou de si mesmo. Ele é libertador, te livra das mágoas e frustrações que aconteceram no passado. Assim, você pode viver em paz e com a consciência mais livre em relação a algo desagradável que já enfrentou emocionalmente. O perdão melhora a saúde psíquica, mas, para esse resultado, é preciso tempo. Tempo e liberdade, para que a decisão seja tomada a partir de sua própria espiritualidade, para dar um redirecionamento na sua vida (CARRARA, 2016).

DICAS PARA A PRÁTICA

1. Durante a anamnese, abra espaço para ouvir essa dimensão do paciente, dependendo da percepção de necessidade, auxiliando na escuta e ouvindo outras demandas do paciente.
2. Realize avaliação diagnóstica e interpretação dos sintomas relacionados à espiritualidade e religiosidade na abordagem e na implementação de serviços, utilizando ferramentas estruturadas para auxílio.
3. O uso de passagens bíblicas pode ser aplicado para lidar com as questões espirituais, de maneira a confrontar crenças e comportamentos sem feri-los, permitindo ampliar o conhecimento sobre si.

4. A oração/prece/reza aumenta o vínculo, traz acolhimento, e contribui para o trabalho terapêutico.
5. Dependendo da situação, pode acionar um líder religioso do paciente para auxiliar em questões mais profundas sobre sua espiritualidade.

ENFERMAGEM NA COMUNIDADE DE FÉ (ECF)

GINA ANDRADE ABDALA
MARIA DYRCE DIAS MEIRA
MARLISE PIMENTEL LIMA

Enfermagem na Comunidade de Fé (ECF) é um programa que visa promover a saúde holística (sem conotações místicas) em congregações e/ou comunidades de fé, incorporando uma diversidade de tradições de fé, na tentativa de preencher possíveis lacunas na saúde pública (WESTBERG; McNAMARA, 1990). Foi criado em 1983, por Granger Westberg, e tem parceria com o Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), no Brasil, e o Westberg Institute, nos Estados Unidos (ABDALA *et al.*, 2016).

Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2020), saúde holística é a “perspectiva de que os seres humanos funcionam como unidades completas e integradas e não como um agregado de partes separadas.” O ECF visa abranger o bem-estar físico, mental, social e espiritual. É um programa oferecido no Unasp a cada dois anos e funciona como um curso de extensão vinculado ao Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e do curso de Enfermagem do Unasp.

O programa ECF se configura como uma ponte que tem o papel de instrumentalizar enfermeiros para dar um melhor enfrentamento às dificuldades de

saúde encontradas nas comunidades. Não é restrito apenas às pessoas que não possuem convênio de saúde, mas a todos que têm necessidade de satisfazer essa dimensão tão esquecida na vida do ser humano: a espiritual.

O curso de extensão ECF possui quatro módulos que se caracterizam da seguinte forma:

1. **Espiritualidade:** incentivar a religiosidade/espiritualidade na formação de bons hábitos de saúde para a prevenção e cura das doenças.
2. **Comunidade:** ser capaz de oferecer atendimento integral de promoção da saúde aos membros da sua igreja e comunidade.
3. **Saúde holística:** enxergar o ser humano como ser integral, com necessidades físicas, mentais, sociais e espirituais.
4. **Profissionalismo:** conhecer os diagnósticos religioso-espirituais da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* e a parte legal da atuação do enfermeiro da comunidade de fé.

SAIBA MAIS



Consulte o artigo “Implantação do Programa de Enfermagem na Comunidade de Fé no Brasil” no link a seguir: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5510>

NECESSIDADES ESPIRITUAIS SEGUNDO A NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA)

NÉLIA DE OLIVEIRA DAMASCENO DA SILVA

Preconiza-se que a religiosidade e a espiritualidade são dimensões do ser que devem ser contempladas em todas as ações de enfermagem, possibilitando uma construção do conhecimento baseado em ciência. Tomar conhecimento sobre a importância da religiosidade/espiritualidade e saber diagnosticar essas necessidades pode ajudar o profissional enfermeiro a criar um vínculo de confiança maior com o paciente, visando estabelecer estratégias para o cuidado.

Em um estudo longitudinal que acompanhou 177 pessoas com HIV por 10 anos, os autores relataram que, diante de situações potencialmente traumatizantes e de difícil adaptação, como aproximar-se da morte, sofrer com o estigma da doença, pobreza e limitações, a maioria dos pacientes utilizou o enfrentamento espiritual. Deste grupo, 50% experienciou conforto, empoderamento, crescimento, transformação e gratidão, e um terço encontrou significado para a doença em sua vida e passou por um processo de ressignificação (KREMER; IRONSON, 2017).

Em outro estudo, com idosos portadores de HIV, os pesquisadores concluíram que a religiosidade e a espiritualidade se configuram como fontes de

fortalecimento psicológico e de esperança frente à doença (BRANDÃO *et al.*, 2020). Considerando a necessidade de o profissional de saúde oferecer uma assistência integral e individualizada, na qual a religiosidade e espiritualidade devem estar inseridas, a Taxonomia da NANDA-I oferece no domínio 10 referente aos princípios de vida: seis diagnósticos de enfermagem, distribuídos em três classes, sendo elas 1) Valores, 2) Crenças e 3) Coerência entre valores/crenças/atos (NANDA, 2018). Confira a seguir os códigos de diagnóstico de cada classe e seus respectivos detalhes.

CLASSE 1: VALORES

Até o momento, essa classe não apresenta diagnósticos referenciados.

CLASSE 2: CRENÇAS

00068: DISPOSIÇÃO PARA BEM-ESTAR ESPIRITUAL MELHORADO

Definição

Padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode ser melhorado.

Características definidoras

1. Conexões consigo mesmo.
2. Expressa desejo de aumentar a aceitação.
3. Expressa desejo de aumentar a alegria.
4. Expressa desejo de aumentar a coragem.
5. Expressa desejo de aumentar a entrega.
6. Expressa desejo de aumentar a esperança.

7. Expressa desejo de aumentar a prática da meditação.
8. Expressa desejo de aumentar a satisfação com a filosofia de vida.
9. Expressa desejo de aumentar a serenidade.
10. Expressa desejo de aumentar o amor.
11. Expressa desejo de aumentar o enfrentamento.
12. Expressa desejo de aumentar o perdão a si mesmo.
13. Expressa desejo de aumentar o propósito na vida.
14. Expressa desejo de aumentar o sentido da vida.

CLASSE 3: COERÊNCIA ENTRE VALORES/ CRENÇAS/ATOS

00169: RELIGIOSIDADE PREJUDICADA

Definição

Capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa.

Características definidoras

1. Angústia por separação de uma comunidade religiosa.
2. Desejo de reconectar-se com costumes anteriores.
3. Desejo de reconectar-se com padrão anterior de crença.
4. Dificuldade em aderir a crenças religiosas prescritas.
5. Dificuldade em aderir a rituais religiosos prescritos.

6. Questionamento de costumes religiosos.
7. Questionamento de padrões de crenças religiosas.

00170: RISCO DE RELIGIOSIDADE PREJUDICADA

Definição

Suscetibilidade à capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou de participar de rituais de alguma fé religiosa, o que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

1. Ansiedade.
2. Apoio social insuficiente.
3. Barreira ambiental à prática da religião.
4. Barreira cultural à prática da religião.
5. Cuidado ineficaz.
6. Depressão.
7. Dor.
8. Estratégias de enfrentamento ineficazes.
9. Insegurança.
10. Interação sociocultural insuficiente.
11. Medo da morte.
12. Sofrimento espiritual.
13. Transporte insuficiente.

00171: DISPOSIÇÃO PARA RELIGIOSIDADE MELHORADA

Definição

Padrão de confiança em crenças e/ou participação em rituais de alguma fé religiosa que pode ser melhorada.

Características definidoras

1. Expressa desejo de aumentar a conexão com um líder religioso.
2. Expressa desejo de aumentar a participação em experiências religiosas.
3. Expressa desejo de aumentar a participação em práticas religiosas.
4. Expressa desejo de aumentar as opções religiosas.
5. Expressa desejo de aumentar o perdão.
6. Expressa desejo de aumentar o uso de material religioso.
7. Expressa desejo de reforçar costumes religiosos usados no passado.
8. Expressa desejo de reforçar padrões de crenças usados no passado.

00066: SOFRIMENTO ESPIRITUAL

Definição

Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior.

Características definidoras

1. Ansiedade.
2. Choro.

3. Fadiga.
4. Insônia.
5. Medo.
6. Questionamento da identidade.
7. Questionamento do sentido da vida.
8. Questionamento do sentido do sofrimento.

00067: RISCO DE SOFRIMENTO ESPIRITUAL

Definição

Suscetibilidade à capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de conexões consigo mesmo, com a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

1. Abuso de substâncias.
2. Alienação social.
3. Ansiedade.
4. Aumento da dependência de outro.
5. Autoalienação.
6. Baixa autoestima.
7. Barreira para experimentar o amor.
8. Conflito cultural.

9. Depressão.
10. Dor.
11. Estressores.
12. Incapacidade de perdoar.
13. Mudança ambiental.
14. Mudança em ritual religioso.
15. Mudança na prática espiritual.
16. Percepção de ter negócios inacabados.
17. Privação sociocultural.
18. Relações ineficazes.
19. Separação do sistema de apoio.
20. Solidão.

NA PRÁTICA

“Paciente G. S., 20 anos, internou para realizar cirurgia de Colectomia, e, ao entrar no quarto para conduzi-la ao Centro Cirúrgico, percebi que ela estava muito nervosa e ansiosa. Perguntei se podia orar com ela que prontamente aceitou...logo após a oração, a paciente tranquilizou e verbalizou que tudo daria certo. No final da tarde, a mesma já estava no quarto e ao visitá-la, cantamos e oramos novamente. Ela relatou que tinha vontade de não sair mais do hospital”

Dola Adriano Lisboa Balbi

Técnico de enfermagem do transporte seguro do Hospital Adventista Silvestre.

QUESTIONÁRIOS SOBRE RELIGIOSIDADE, HISTÓRIA ESPIRITUAL DO PACIENTE E DIMENSÃO ESPIRITUAL

GINA ANDRADE ABDALA

A seguir, serão apresentados alguns questionários que poderão ajudar a identificar a religiosidade/espiritualidade e a história espiritual do paciente. O questionário *Índice de Religiosidade Duke-Durel* possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI).

Os primeiros dois itens abordam RO e RNO. Foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros, se referem à RI e são três itens da escala de RI que melhor se relacionam com a pontuação total nesta escala, com suporte social e desfechos em saúde (KOENIG *et al.*, 1998). Na análise dos resultados da escala Duke-Durel, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente, e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total (KOENIG, 2011).

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DUKE-DUREL

(Validado por Taunay *et al.*, 2012)

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
 - a. Mais do que uma vez por semana
 - b. Uma vez por semana
 - c. Duas a três vezes por mês
 - d. Algumas vezes por ano
 - e. Uma vez por ano ou menos
 - f. Nunca

2. Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais como orações, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?
 - a. Mais que uma vez ao dia
 - b. Diariamente
 - c. Duas ou mais vezes por semana
 - d. Poucas vezes por mês
 - e. Raramente ou nunca

3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo):
 - a. Totalmente verdade para mim
 - b. Em geral, é verdade
 - c. Não estou certo
 - d. Em geral, não é verdade
 - e. Não é verdade

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver:
 - a. Totalmente verdade para mim
 - b. Em geral, é verdade
 - c. Não estou certo

- d. Em geral, não é verdade
 - e. Não é verdade
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida:
- a. Totalmente verdade para mim
 - b. Em geral, é verdade
 - c. Não estou certo
 - d. Em geral, não é verdade
 - e. Não é verdade

MODELOS PARA COLETAR A HISTÓRIA ESPIRITUAL DO CLIENTE: HOPE E FICA

Para avaliar a história espiritual do paciente, o médico, enfermeiro ou qualquer profissional da saúde poderá utilizar pelo menos dois tipos de instrumentos que fazem essa investigação. Veja a seguir.

QUESTIONÁRIO FICA

F – Fé/crença

- a. Você se considera religioso ou espiritualizado?
- b. Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?
- c. Se não: o que dá significado na vida?

I – Importância ou influência

- a. Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?
- b. A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?
- c. Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?

C – Comunidade

- a. Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?
- b. Ela te dá suporte, como?
- c. Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?
- d. Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?

A – Ação no tratamento

- a. Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área de saúde considerasse a questão religiosidade/espiritualidade no seu tratamento?
- b. Indique, remata a algum líder espiritual/religioso.

QUESTIONÁRIO HOPE

H – Fontes de esperança (hope), significância, conforto, força, paz, amor e relacionamento social.

- a. Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?
- b. Ao que você se apega em tempos difíceis?
- c. O que o sustenta e o faz seguir adiante?

O – Religião organizada

- a. Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela o ajuda? Como?
- b. Em que aspectos a religião o ajuda e em quais não o ajuda muito?

P – Espiritualidade pessoal e prática

- a. Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião organizada?
- b. Quais aspectos de sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que são mais úteis à sua personalidade?

E – Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais

- a. Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?
- b. Como médico, há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente o apoiam?
- c. Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?

EXERCÍCIOS

A seguir, você terá algumas atividades que o ajudarão a enxergar várias tradições de fé e suas implicações. A primeira delas é responder ao questionário sobre a prática da espiritualidade no cotidiano do trabalho (Anexo A) e depois verificar o gabarito (Anexo A-1).

Existe uma outra maneira de analisar sua saúde espiritual, que é por meio do Círculo espiritual do estilo de vida super saudável, de Larimore e Mullins (2003). É um estilo de vida que analisa a dimensão física, mental, social e espiritual. Neste e-book, analisaremos somente a dimensão espiritual. Responda as questões conforme as instruções. Veja o Anexo B.

SAIBA MAIS



Outro questionário que avalia a “confiança em Deus”, juntamente com a adesão aos outros sete remédios naturais, é o Questionário oito remédios naturais (Q8RN), validado no Brasil por Abdala *et al.* (2018) e contém uma dimensão chamada “confiança em Deus”. É possível acessar esse questionário no site <http://www.q8rn.com>, onde está disponível em quatro línguas: inglês, francês, português e espanhol, nas versões adulto e adolescente. Veja o Anexo C.



CAPÍTULO 8

CUIDADOS PALIATIVOS

SIMONE CONCEIÇÃO DO AMOR DIVINO

O termo *cuidados paliativos* está relacionado com a condição em que o tratamento é realizado para aliviar sintomas sem curar a doença (BVS, 2020). Consiste em uma modalidade terapêutica que visa levar qualidade de vida aos pacientes e familiares que enfrentam uma doença terminal. Na equipe multidisciplinar, os enfermeiros exercem um papel ímpar, cujo cuidado abrange uma visão humanística que considera não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais do paciente.

A palavra “paliativa” deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa “manta” ou “coberta”. Quando a doença não pode ser curada, os sintomas são “tapados” ou “cobertos” com tratamentos específicos, amplos e profundos, indo além da sintomatologia (CARVALHO, 2019).

De acordo com Arantes (2019), o processo de morrer pode ser muito doloroso para a maioria das pessoas, principalmente por conta da falta de conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde em conduzir esse momento. Porém, quando temos à disposição uma equipe de saúde habilidosa para conduzir os cuidados no tempo que resta ao doente, mesmo que seja pouco, é possível auxiliá-lo a sair do palco da vida com dignidade.

Diante do exposto, Arantes (2019) diz que o pouco conhecimento a respeito do cuidado paliativo leva as pessoas a pensarem que essa prática tem como função sedar o paciente e esperar a morte chegar. Muitos acreditam que é apoiar a eutanásia ou acelerar a morte, mas isso é um engano.

Conforme Arantes (2019), o cuidado paliativo é um processo de assistência para quem está na fase final da vida. Essa terminalidade, contudo, pode se prolongar por anos. Ela não diz respeito ao tempo e sim, à condição clínica que advém de uma doença grave, incurável, sem possibilidade de controle, e diante da qual, impotente, a equipe de saúde não cruza os braços. Isso pode ser vivenciado em horas, dias, semanas, meses ou anos. Se a doença avança devagarzinho, pode levar anos; se vai depressa, a pessoa parte em uma semana ou em poucos dias.

Diferente de outras terapêuticas, o cuidado paliativo tem como protagonista a pessoa e não a doença, pois, os profissionais habilitados nessa área trabalham para diminuir o sofrimento e a dor, ofertando conforto, dignidade e qualidade de vida aos pacientes em terminalidade.

O profissional de saúde tem um importante papel ao auxiliar o paciente a se conhecer, durante o curso de uma doença com risco de morte, e a buscar um sentido para sua vida. Além disso, recomenda-se que a equipe ampare e ofereça segurança de cuidado não só para a pessoa doente, mas também aos seus cuidadores, dando sentido a esse momento de suas vidas, mesmo quando a cura não é mais possível (ARRIEIRA *et al.*, 2018).

Falar sobre morte não é um assunto confortável para a maioria das pessoas, pois observa-se que, desde o ambiente acadêmico, pouco se fala sobre o tema. A morte é uma realidade que a maioria dos profissionais de saúde irá enfrentar. Portanto, se faz necessário que se trate com mais naturalidade a terminalidade da vida, e isso desde a academia, preparando, assim, os estudantes para o dia a dia da profissão.

Segundo Arrieira *et al.* (2018), as pesquisas frequentemente demonstram que as crenças espirituais influenciam no enfrentamento de doenças pelo ser humano. E mais: elas consideram ser cada vez mais necessário compreender as demandas de cuidados espirituais das pessoas.

A espiritualidade representa uma dimensão importante na assistência de pacientes em cuidados paliativos. É nela que os pacientes encontram forças, esperança, fé e maior conforto, o que resulta em melhoras para o enfermo e ajuda a enfrentar os momentos difíceis pelos quais estão passando (NEGRO-DELLACQUA, 2019).

O apoio e consolo alcançado por meio da espiritualidade podem ser obtidos informalmente quando em contato com a sua família e amigos, ou,

de maneira mais formal, realizando práticas religiosas (THIENGO *et al.*, 2019). Estudos mostraram que a espiritualidade é uma dimensão relevante para pacientes em cuidados paliativos que não apresentam mais chances de recuperar a saúde por meio dos tratamentos convencionais.

O exercício da espiritualidade pode trazer uma possibilidade de melhora na qualidade de vida e alívio do sofrimento (NEGRO-DELLACQUA, 2019). Os pacientes em cuidados paliativos são os que mais realizam buscas de auxílio pelo poder divino e, muitos deles, demonstram sentir a presença de Deus de diferentes maneiras. A espiritualidade aumenta a fé e a sensação de tranquilidade e esperança de cura. Essa sensação pode ser percebida também na fisionomia transmitida pelos profissionais, nas ações técnicas e no amor demonstrado durante o cuidado. Os profissionais de saúde afirmam que a espiritualidade dá significado para a assistência prestada quando os tratamentos já não são mais eficazes (NEGRO-DELLACQUA, 2019).

No reconhecimento da importância da espiritualidade e religiosidade para o paciente, os profissionais de saúde podem usar suas crenças e experiências dessa dimensão para aceitar e compreender as suas dificuldades com o enfrentamento das doenças ou com o luto. É um tema que deve fazer parte da formação dos profissionais de saúde para que eles se sintam mais preparados para prestar essa assistência (CUNHA, 2019).

Assim, podemos perceber que a espiritualidade faz parte da vida do ser humano, sem qualquer distinção, pois ela exerce influência no sujeito e no mundo, a partir de sua cultura, ou pelas suas crenças pessoais que, conseqüentemente, refletem e se dissipam na vida social. O reconhecimento do profissional sobre as implicações da sua religião e espiritualidade permite uma maior interação e aprendizado mútuo entre profissional e paciente.

Devemos sempre recordar que é necessário ter esse olhar a partir da condicionalidade cultural e individual do paciente, no que se aplica a prestar a assistência espiritual sem qualquer discriminação, praticando o respeito e permitindo a expressão do paciente (CUNHA, 2019).

A escuta qualificada nos cuidados paliativos é de vital importância, pois a partir daí o profissional pode encontrar o caminho para a fonte espiritual individual do paciente, na qual ele pode refletir sobre o sentido da vida e as formas de superar os desafios e aliviar o sofrimento. Faz parte também do processo de enfrentamento da morte, a culpa, a paz, a busca de saúde espiritual, o conforto e o sentido pelo qual lutar.

Reitera-se, assim, a importância de a equipe de saúde elaborar uma anamnese espiritual daqueles com condições crônicas e documentá-la,

como se faz quando se refere aos aspectos biopsicossociais. Com os dados coletados, por meio do histórico, o profissional pode buscar suporte para as crenças do indivíduo em cuidados paliativos, proporcionando um ambiente que possibilite rituais religiosos que sejam importantes para a pessoa, demonstrando uma postura acolhedora com a comunidade de fé do paciente.

Essas são vias pelas quais os profissionais podem integrar a espiritualidade no cuidado em saúde. O cuidado paliativo trata da conexão existente entre espiritualidade e o sentido da vida, conceitos que transcendem a formação cartesiana e biomédica vigente no meio acadêmico (MANCHOLA *et al.*, 2016).

Figura 1 — O Atlas Global de Cuidados Paliativos e Cuidados no fim da Vida

PRINCÍPIOS QUE REGEM OS CUIDADOS PALIATIVOS

- Proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes.
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal.
- Não vir com a intenção de apressar ou adiar a morte.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver o mais ativamente possível até a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto.
- Usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado.
- Melhorar a qualidade de vida, também pode influenciar positivamente o curso da doença.
- É aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para melhor entender e gerenciar complicações clínicas angustiantes.

Fonte: World Health Organization (2020, p. 13)



RESUMO

Aprendemos, nesta *Parte Um*, que a solidariedade é um valor importante para melhorar a situação de pessoas vulneráveis, que podem ser aquelas que enfrentam problemas financeiros, sociais e emocionais e/ou aqueles que são oprimidos e excluídos. A assistência espiritual ao cliente tem o seu fundamento na história e filosofia do cuidado, baseado na visão holística do ser humano, em que não se pode separar o físico, o mental, o social e o espiritual.

Florence Nightingale, a “dama da lâmpada”, foi uma grande influenciadora do “fazer o bem”, do “cuidar integral” com técnica, organização de dados e gráficos. Traçou um perfil do enfermeiro como aquele que deve estar 24 horas ao lado do paciente, sendo sóbrio, honesto, devoto e religioso. As necessidades espirituais são identificadas pela falta de sentido da vida, de amor e relacionamento e de perdão, não esquecendo dos cuidados paliativos, imprescindíveis na terminalidade da vida que irão funcionar como uma manta para aliviar a dor de uma doença incurável.

Mencionamos também sobre o programa *Enfermagem na comunidade de fé*, que pode auxiliar os enfermeiros a amenizarem os problemas na saúde pública por meio dos módulos: espiritualidade, saúde holística, comunidade e profissionalismo, respaldados pelos diagnósticos de enfermagem da NANDA.



PARTE 2

RELIGIOSIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE



CAPÍTULO 9

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UM CENÁRIO RELIGIOSO

MAURO ANTÔNIO MONTEIRO BRANDÃO

Quando a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948), definiu saúde como sendo “não apenas a ausência de doença, mas uma condição de perfeito bem-estar físico, mental e social”, tal conceito, mesmo que avançado para a época, estava incompleto (SCLAR, 2007, p. 37). Posteriormente, a OMS agregou a dimensão da espiritualidade como fator importante para avaliar a qualidade de vida do ser humano, reconhecendo, assim, que é necessário haver equilíbrio entre essas dimensões para haver saúde (TAVARES, 2017).

Desde os anos 1970, sabe-se da ligação entre espiritualidade e o bem-estar do indivíduo. Mas, para uma compreensão melhor dos termos, é importante diferenciar religiosidade de espiritualidade. Como já foi visto anteriormente, a primeira está relacionada com a adoção de crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa, enquanto a segunda é a conexão que um indivíduo possui com uma força superior na qual acredita (FERREIRA *et al.*, 2011; KOENIG, 2012).

Na literatura brasileira, segundo mencionado por Herrera (2004), foi a partir de 1980 que se intensificaram os estudos sobre o papel das religiões na saúde, tendo destaque as áreas de antropologia e de sociologia. As igrejas têm se tornado, cada vez mais, um ambiente no qual se oferece programas para promover a saúde. Elas podem ter o potencial de alcançar muitas pessoas, especialmente aquelas que estão desprovidas de atividades que estimulem boas práticas saudáveis (BARUTH *et al.*, 2015).

No Brasil, especialmente naqueles espaços empobrecidos das periferias urbanas, percebem-se ações de empoderamento que visam um caráter social, educativo, profissionalizante, de inclusão no mercado de trabalho, entre outras. Várias dessas iniciativas têm o apoio financeiro do Estado. Algumas se concentram na problemática do combate à violência e outras voltadas à promoção de saúde e a outros direitos (RIBEIRO, MINAYO, 2014).

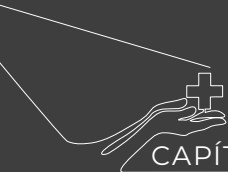
Na visão de muitos líderes religiosos, as ações de promoção da saúde se tornam estratégicas no papel de desestimular o indivíduo a se envolver em atos ilícitos, além de incentivar condutas regidas por preceitos religiosos (RIBEIRO, MINAYO, 2014). Nesse sentido, a igreja assume um importante papel como rede de apoio social, com a finalidade de contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade extrema, permitindo-lhes, então, desenvolver sua cidadania (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Para que esses grupos religiosos atendam, de forma adequada, às necessidades de saúde dessas pessoas, é preciso estabelecer variadas interconexões socioculturais entre os usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde e a comunidade. Nesse contexto, o binômio saúde/doença passaria a ser determinado mais pela experiência subjetiva dos indivíduos como membros participantes dessa comunidade do que pelos aspectos clínicos e físicos evidenciados (MEIRELLES, ERDMANN, 2008).

Portanto, ao se capacitar e fortalecer tais grupos, na realidade está se praticando promoção da saúde, pois isso leva ao envolvimento de ações direcionadas à melhoria da qualidade de vida, permitindo que esses indivíduos participem diretamente no controle das intervenções propostas (ARAÚJO *et al.*, 2006; TRAVERSO-YEPEZ, 2007). Outro aspecto que não se pode esquecer, relacionado à promoção da saúde, é o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a abundância dos condicionantes da saúde (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

Por fim, e não menos importante, é fomentar um discurso acadêmico que dê suporte, valorize e proteja as práticas religiosas tradicionais, não como

um fim em si mesmas, mas como estruturas culturais vitais ao delineamento da promoção da saúde, tendo como ponto de avaliação e equilíbrio as estruturas políticas. Ressalta-se que o interesse geral deveria estar sobre modelos que proporcionassem a colaboração entre instituições religiosas e aquelas destinadas à pesquisa em saúde, delimitadas e estruturadas por noções de saúde, doença, considerando as representações individuais (TIMM, 2015).



CAPÍTULO 10

PERDÃO

MÔNICA DE FÁTIMA FREIRES DA SILVA
GRASIELE DE SOUZA HINSCHINK DA SILVA

O perdão não é uma prática corriqueira e de fácil exercício, pois mobiliza rancores morais como culpa, vergonha, tristeza, raiva, mágoa, ressentimento e ofensa não resolvidos, podendo causar desequilíbrio emocional. Isso, por sua vez, pode levar à depressão. As pessoas perdem o sono, a alegria e a vontade de viver devido ao apego às hostilidades, sendo que o perdão poderia ser a solução e a cura (ALENCAR; ABREU, 2019). Terapêuticas psicológicas relacionadas ao perdão e ao autoperdão genuínos revelam benefícios físicos, psicológicos, sociais, qualidade de vida e satisfação pela vida (ALENCAR, ABREU, 2019).

O aspecto relacional entre a culpa e o acolhimento do perdão pela vítima, que pode consentir ou não, inclui a complexidade de que perdão pedido nem sempre é perdão concedido — devendo ser este entendido por grandeza, como sendo um dom. O perdão é uma resposta sobre o agir mal de alguém. Nesse sentido, ser perdoado não significa isenção ou esquecimento do mau ato cometido, pois nem sempre é possível esquecer.

Há necessidade de enfrentar o problema e vivenciar o luto sobre a ação cometida (peso da dívida moral). O sentimento de culpa ou indignação

devido ao mau ato cometido e/ou sofrido pode ser superado pelo perdão. Ao se destituir a dívida moral e compreender o perdão como um “dom divino”, ocorre a transposição das consequências advindas do ato mau, superando com grandeza o sofrimento provocado (SOUZA; SILVA; SOUZA, 2016).

A transposição da maldade pode produzir, nos envolvidos, a responsabilidade pela origem da ofensa, quebrando, assim, o ciclo vicioso de hostilidades, como vingança e ódio. Nesse sentido, a tese se volta para a lógica do perdão, evidenciado na base religiosa cristã que age mutuamente com a esfera da justiça e em conformidade com a lógica teológica da criação. Essa teologia envolve o amor, despertando no ser humano a capacidade para fazer o bem. A ação para a bondade está baseada no primeiro capítulo do livro de Gênesis de que tudo o que Deus fez foi muito bom (SALLES, 2019).

Sob a ótica bíblica, no verso de Mateus 6:14 (BÍBLIA MISSIONÁRIA, 2018), após a oração dominical, Jesus acrescenta: “Se perdoardes aos homens as suas ofensas, também vosso Pai Celeste vos perdoará; se, porém, não perdoardes aos homens as suas ofensas, tampouco vosso Pai vos perdoará as vossas ofensas”. White (2020a, p. 114) recomenda: “cumpre-nos, porém, ter espírito de compaixão para com os que pecaram contra nós, quer confessem quer não suas faltas. [...] Não devemos acariciar nossos ressentimentos, simpatizando com nós mesmos pelos males que nos são causados”.

Evidências apontadas em um estudo científico mostram fatores que facilitam ou dificultam o processo do perdão. Foram analisadas experiências interpessoais de mágoas acerca das vítimas, ofensores, relacionamento e ofensa. Destaca-se a empatia e a resiliência como atributos facilitadores do perdão pela vítima.

Em muitos casos, o perdão ocorre, primordialmente, pela iniciativa da pessoa ofendida, que é motivada pela ressignificação a partir da autor-reflexão e aceitação da imperfeição humana. Por outro lado, duas dificuldades, relacionadas às vítimas, sobressaíram no estudo: não compreender as razões do ofensor e não perceber/obter acesso ao diálogo. Ainda assim, esforços cognitivos podem levá-las a desenvolver um discernimento em relação à ação do ofensor e, assim, deixar se levar por sentimentos de compaixão, perdando o agressor cognitivamente e afetivamente (PINHO; FALCONE, 2018).

ORAÇÃO DO PERDÃO

O perdão foi definido por Enright, Freedman e Rique (1998, p. 46-47) como “uma ação voluntária, na qual o sujeito considera abrir mão do

direito ao ressentimento e à retaliação em função de uma injustiça sofrida ao mesmo tempo em que busca nutrir a compaixão e o amor incondicional em direção ao autor da mágoa”.

Existem muitos motivos pelos quais devemos perdoar as pessoas, especialmente nossos pais. Muitas das agressões que recebemos estão gravadas em nosso inconsciente. Pense nas agressões que talvez tenham ocorrido em sua vida e descubra a beleza do perdão, ore pedindo que, pela graça de Deus, você possa perdoar seus pais ou qualquer outra pessoa e receba a cura para sua alma.

Repita durante muitos dias em oração. Diga antes de cada possível motivo: "Meu pai, eu te perdoo por..." e diga o motivo; "minha mãe, eu te perdoo por..." e diga o motivo.

EXEMPLO

Ore assim: Meu pai, pela graça de Deus, eu te perdoo por querer uma criança do outro sexo; minha mãe, pela graça de Deus, eu te perdoo por dar preferência e mais atenção a meus irmãos.

Siga fazendo assim, perdoadando por todos os outros motivos, sejam eles quais forem. No caso de outras pessoas, seja específico, mencionando o nome e a ofensa em questão. Essa sugestão de oração foi extraída e adaptada do livro *A cura pelo amor* (SANAGIOTTO, 2002).

Sob a perspectiva do ofensor, um estudo, cujo objetivo foi detectar a motivação para receber o perdão, encontrou três fatores com níveis diferentes para buscá-los. São eles: dureza no coração e/ou incapacidade para procurar o perdão, que confere um nível menor de motivação; busca pela verdade e sensibilidade às circunstâncias, no qual o ofensor inicia uma avaliação das condições para decidir se busca o perdão ou não; e, por último, a busca pelo perdão de forma incondicional sem importar as condições. Neste caso, a motivação é extremamente forte. O genuíno ato do ofensor reconhecer o erro e buscar o perdão foi reconhecido, no estudo, como uma atitude moral (ALENCAR e ABREU, 2019).

ESTUDO DE CASO

Em um determinado momento da vida de um casal, eles acolheram um jovem usuário de drogas, providenciando uma vaga em um pensiunato para que ele pudesse iniciar uma jornada diferenciada em sua vida, ter uma família, estudo de boa qualidade, convivência com o círculo de

amizade do casal e tudo o que precisava para uma vida assertiva. Tudo parecia bem até que um dia, esse jovem, decidiu roubar coisas dos colegas de internato e fugiu no mundo.

A família desolada perguntava-se: por quê? A esposa, sem perceber a associação dos males físicos com o rancor, mágoa, raiva, iniciou um processo de doença e, por aproximadamente três meses, elevou-se ainda mais a ansiedade, tornando-se generalizada. Após três meses, o jovem decidiu retornar à casa dessa família.

A esposa percebeu os males que sentia no estômago e em seu corpo e tomou uma decisão: colocou os joelhos no chão e orou a Deus, iniciando um processo de confissão, arrependimento e perdão. Deus lhe concedeu perdão e visão do que fazer. No próximo retorno deste jovem, a esposa conversou com ele e o perdoou. Ao mesmo tempo, perdoou a si mesma do mal que estava fazendo, independente do mal que ele a tinha feito. É assim que Deus age.

Um estudo sobre o perdão, aponta que quanto maior a disposição para perdoar a si mesmo, perdoar os outros e sentir o perdão de Deus, maior é o benefício na busca do significado pela vida de adolescentes crentes praticantes (GLAZ, 2019). Além disso, adolescentes que aplicam em sua vida a disponibilidade para perdoar, tem maior propensão à saúde, bem-estar e melhor qualidade de vida, afastando-se de drogas ilícitas, álcool, tabagismo e riscos que afetam sua saúde física e mental (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

Quanto ao estudo sobre o autoperdão (perdoar-se a si mesmo), deixa-se claro sua diferenciação com os mecanismos de defesa, como negação, minimização ou justificativa da ofensa, nos quais o ofensor não reconhece a injustiça que cometeu, a responsabilidade sobre os danos e nem experimentou as emoções negativas provenientes da mesma.

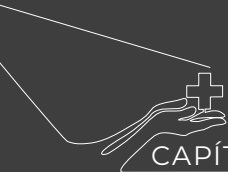
Ele não considera que este reconhecimento é necessário para a etapa de elaboração do significado da ofensa e resgate da autoaceitação, respeito, compaixão e bondade, independente do erro que cometeu. Alguns estudos relacionaram o processo de autoperdão ao comportamento de ideação e suicida, quando ele não é efetivo.

Outros estudos associaram a atitude de se autoperdoar à redução das emoções negativas, como culpa, vergonha e autocondenação. Outros, associaram o autoperdão com a saúde física. Nesta, o processo é utilizado para os tratamentos de câncer de mama, alcoolismo e distúrbio alimentar (ALENCAR, ABREU, 2019).

NA PRÁTICA

No Anexo D, você encontrará a Escala de Disposição para Perdoar (BARBOSA, 2015). As perguntas demonstram o seu jeito de pensar, sentir e agir no dia a dia. Descubra se você está disposto a perdoar. Após completar o questionário, faça o seguinte exercício mental (TELLES, s/d):

1. Sentado, feche os olhos e imagine a pessoa que você precisa perdoar bem na sua frente.
2. Visualize essa pessoa toda enrolada em arame farpado.
3. Perceba o quanto ela está ferida e imóvel.
4. Aproxime-se dela e, com uma tesoura de ouro, vá cortando o arame farpado que aprisiona a pessoa.
5. Corte pedaço por pedaço até a livrar completamente da armadilha.
6. Cure as feridas da pele dela e leve-a para um rio de águas claras e cristalinas.
7. Lave-a nessas águas correntes.
8. Ofereça uma roupa nova e observe a pessoa, agora completamente livre e curada. Sabendo que essa pessoa é você, abrace-a.
9. Respire e abra os olhos.



CAPÍTULO 11

RESILIÊNCIA

REGINA CELIA GARCIA AMOEDO SABBAG
GLEYDIANE SOUSA SOARES

Todos os indivíduos irão, em algum momento, vivenciar situações estressantes, que podem ser agudas ou crônicas, levando ao desenvolvimento de patologias psiquiátricas como o transtorno de estresse pós-traumático, depressão, transtorno de ansiedade ou outras psicopatologias. A maioria, porém, se adapta com sucesso e, em alguns casos, saem fortalecidos. Por que isso ocorre?

Estudos psicopatológicos apontam para a capacidade que o homem tem de se adaptar às condições sociais. Em boas condições de saúde mental, encontram forças em fatores externos para um desenvolvimento saudável, contrariando as expectativas delineadas pelo ambiente hostil. Com essa capacidade de adaptação, esse assunto começou a ser alvo de interesse científico, buscando entender como o ser humano se adapta em situações diversas da vida. Por isso, se torna importante destacar historicamente os modelos teóricos da psicologia em relação à resiliência para explicar fenômenos de saúde e sobrevivência humana (OLIVEIRA; NAKANO, 2018).

O termo resiliência vem da física. É sinônimo de elasticidade e expressa a capacidade do corpo de voltar a sua forma original quando as forças que causaram a sua deformação deixaram de existir (ORIOLO-BOSCH, 2012). Na física, esse conceito é claro, mas na psicologia existem controvérsias. Para alguns autores, é um traço de personalidade, atributo pessoal; para outros, é o reflexo da interação com o ambiente. Sisto *et al.* (2019), em revisão de literatura, separaram as definições encontradas em cinco categorias:

1. Capacidade de se recuperar das adversidades, sendo a tendência em manter o próprio equilíbrio apesar do estresse.
2. Funcionamento que caracteriza o indivíduo através de comportamentos que permitem que este permaneça saudável apesar da adversidade.
3. Processo dinâmico através da interação entre fatores de risco e proteção.
4. Capacidade de recuperação; descreve a capacidade de crescer frente aos estressores, superando experiências negativas.
5. Adaptação positiva às condições da vida através de pensamentos e respostas emocionais que dão origem a comportamentos que permitem adaptação.

Para os autores que defendem a resiliência como traço, a própria personalidade é um fator de proteção, enquanto que, para os que a defendem como um processo, resiliência será o resultado do sucesso da interação entre o indivíduo e o contexto, sendo que os fatores de proteção atuam de forma dinâmica e concomitante (SISTO *et al.*, 2019).

Apesar de não haver um consenso com relação à definição, os autores concordam com a premissa de que ela parte da exposição a um risco significativo e uma evolução positiva para ocorrer a resiliência (SISTO *et al.*, 2019). Ao conhecermos sobre resiliência, precisamos ter claro que ela é um processo de construção psicológica altamente valorizado, graças à sua relação com a capacidade de ajustamento ao meio e superação adequada de circunstâncias adversas.

A resiliência pode ser promovida por meio de intervenção advindas de políticas sociais e econômicas, envolvimento com a comunidade, e a nível micro, através da cultura. As ações devem ser pensadas visando o fortalecimento da comunidade e os relacionamentos saudáveis, com redes de apoio guiados pelo afeto e, a nível individual, identificando os pontos fortes, e interesses para intervir nas habilidades cognitivas (HORNOR, 2017). Cabe destacar que existem estudos que abordam tratamentos farmacológicos também, que incluem receptores cerebrais para tratar o transtorno pós-traumático, aumentando a resiliência (HORN, 2016).

Diante de todo o processo de conhecimento sobre resiliência e a forma que ela conduz o homem em seu processo de adaptação, é importante esclarecer o método de avaliação para identificar os níveis de resiliência e como sei se estou desenvolvendo resiliência diante dos conflitos externos. A seguir, você terá acesso à versão reduzida de uma escala criada por Connor e Davidson (2003), a CD-RISC. Enquanto a original contém 25 itens, a versão reduzida contém 10 itens (CD-RISC-10), foi criada por Campbell-Sills e Stein (2007) e validada no Brasil por Lopes e Martins (2011). Essa escala tem ampla utilização em pesquisas internacionais e apresenta boas características de medida.

Figura 1 — CD-RISC-10

<p>Por favor, leia as instruções. Você encontrará quatro números, variando de "0" (Nunca é verdade) a "4" (Sempre é verdade). Assinale com uma cruz (+) o número que melhor indica seus sentimentos sobre a afirmação correspondente. Identificação (facultativo):</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Idade: _____ Sexo: _____</p>		Nunca é verdade					Sempre é verdade
1	Adaptar a mudanças						
2	Lidar com qualquer situação						
3	Ver o lado engraçado dos problemas						
4	Lidar com estresse						
5	Dar a volta por cima						
6	Atingir objetivos						
7	Concentração e pensamento claro						
8	Não ser desencorajado pelo fracasso						
9	Ser pessoa forte						
10	Lidar com sentimentos desagradáveis						



CAPÍTULO 12

LUTO: SOBRE A MORTE E O MORRER

ALLAN MACEDO DE NOVAES

Não é difícil reconhecer que a morte é um dos assuntos mais inquietantes da existência humana. Detestamos conversar sobre falecimentos, não sabemos lidar bem com a perda e o luto, e tratamos o local onde se presta respeito à memória dos que já se foram como objeto de lendas e superstições macabras.

Cada vez mais as fronteiras entre a vida e a morte são conhecidas, diferentemente do passado, quando se colocava um espelho sobre a boca de uma pessoa para ver se ela respirava ou se procurava ouvir as batidas do coração para saber se ela vivia. Do ponto de vista médico, o morrer divide-se em etapas, a saber: a morte fisiológica acontece no momento em que os principais órgãos vitais paralisam suas funções, ao passo que o sistema nervoso central ainda registra alguma atividade elétrica; a morte clínica é definida quando o sistema nervoso central deixa de funcionar; já a morte absoluta indica o cessar de todas as funções vitais do corpo humano (BRUSTOLIN e PASA, 2013).

Essa revisão do conceito de morte em fases tornou-se necessária devido a diversos fatores, entre os quais se destaca a capacidade da medicina de

prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais. A despeito desses avanços, a morte permanece sendo um enigma, dada a incapacidade do ser humano de revertê-la ou anulá-la.

Fica claro, portanto, o porquê de o óbito sempre ter sido e continuar sendo um dos maiores tabus da humanidade: sofreremos de horror à ideia de finitude (*horror finitus*, no latim). A atitude de diversos povos da Antiguidade, em que a morte era próxima e familiar, contrasta com o cenário atual, no qual o falecimento causa tanto medo ao ponto de se não ousar pronunciar o seu nome (ARIÈS, 2014). Existe, portanto, a tendência natural de se negar o perecimento e de se desviar de questões referentes à finitude. E, quando pronunciada, a morte desperta desconforto e medo.

A interdição em torno do diálogo sobre o morrer muitas vezes é uma reação de preservação da sanidade mental, uma vez que nossa consciência percebe a realidade incontestável da morte de duas formas: ao vivenciá-la através do passamento de outros, e pela percepção de que a vida é uma progressiva e gradual submissão ao perecimento (MONDIN, 2003).

Desde o lançamento do livro *The meaning of death*, editado pelo psicólogo Herman Feifel (1915-2003) no contexto pós-segunda guerra mundial, cientistas concordam que é preciso discutir mais abertamente sobre a morte e o luto. Os pesquisadores que se debruçam sobre a tanatologia, isto é, o campo de estudos que analisa a morte e seus efeitos sobre o indivíduo e a sociedade, entendem há décadas que é preciso superar o tabu do óbito e suas implicações para a vida humana (BALK, 2009).

A palavra vem do grego *Thánatos*, nome do deus da mitologia grega que personificava a morte, irmão gêmeo de Hipnos, deus do sono. Um dos mais renomados tanatologistas no século 20 foi o historiador francês Philippe Ariès (1914-1984). Em suas obras clássicas — *O homem diante da morte e História da morte no Ocidente* —, Ariès elaborou uma categorização sobre a morte na cultura ocidental, que ele chamou de “mentalidades”. Elas representavam a evolução do significado social do luto e do falecimento.

Da Idade Média aos dias atuais, as quatro categorias de Ariès foram: “morte domada”, “morte de si mesmo”, “morte longa e próxima”, “morte do outro” e “morte invertida”, também chamada de “morte invisível” (ARIÈS, 2014; 2017). Em resumo, Ariès relata que a atitude de diversos povos até a Idade Média, em que a morte era próxima e familiar, contrasta com o cenário atual, que ele chama de período de “morte invisível”, no qual o falecimento causa tanto medo e vergonha ao ponto de se não ousar pronunciar o seu nome. Vive-se uma época na qual a morte é higienizada,

relegada a clínicas e hospitais, fruto dos processos de secularização, urbanização e individualismo no Ocidente.

Observando essa realidade, Ariès e outros pesquisadores confirmam esse paradigma e sintetizam a forma como esse comportamento evoluiu socialmente em duas constatações: (1) a morte, antes uma experiência compartilhada e comunitária, passou a ser um fenômeno discreto e privado; e (2) a morte, antes aceita e até mesmo esperada pela sociedade, tornou-se invisível e “proibida” na cultura contemporânea. Essa mudança de perspectiva fez com que a morte, um assunto sempre temeroso e sensível, atualmente se tornasse ainda menos cotidiano, natural e presente.

Como Ariès, a médica Kathryn Mannix, no livro *Precisamos falar sobre a morte*, também identificou a mudança que os avanços da medicina provocaram na forma com que tratamos a morte.

Nós enxergamos todas as nossas experiências – seja o nascimento, a morte, o amor, a perda ou a transformação – através dos filtros daquilo que já conhecemos. O problema é que, embora o nascimento, o amor e até mesmo o luto sejam amplamente discutidos, a morte em si tem se tornado um tabu cada vez mais absoluto. Sem saber o que nos espera, reproduzimos o que vimos em experiências indiretas: televisão, filmes, romances, redes sociais e noticiários. Essas versões sensacionalistas e ao mesmo tempo banalizadas do processo do morrer e da própria morte substituíram o que, no passado, era uma experiência comum: observar as pessoas ao seu redor morrerem; presenciar a morte com frequência suficiente para reconhecer seus padrões; acostumar-se com a decadência física e até desenvolver certa familiaridade com os rituais de fim da vida (MANNIX, 2019, p. 1):

A partir da segunda metade do século 20, por conta de melhores cuidados com a saúde, alimentação mais balanceada, programas de imunização e outras descobertas, fazendo com que a expectativa de vida aumentasse, tudo isso gerou uma esperança de cura — ou simplesmente um adiamento da morte. Isso porque mesmo com tantos aprimoramentos da medicina moderna, a morte continua sendo um inimigo imbatível. Em vez de acompanharmos nossos queridos no leito de morte em ambientes domésticos, eles são levados a clínica e hospitais, onde morrem com aparelhos e, muitas vezes, sozinhos.

Perdemos a familiaridade que tínhamos com esse processo; perdemos o vocabulário e os códigos de conduta que nos serviram tão bem em tempos passados, quando a morte era reconhecida como inevitável. Em vez de

morrer em um quarto familiar que evoca boas lembranças, cercado por pessoas que amamos, nos despedimos da vida em ambulâncias, salas de emergências e unidades de terapia intensiva, separados de nossos entes queridos pelos equipamentos de preservação da vida (MANNIX, 2019, p. 1).

O pouco espaço para conviver com a morte e o luto que existe na sociedade contemporânea têm gerado consequências. Especialistas têm usado o termo *death anxiety* (ansiedade de morte) para descrever um conjunto complexo de sensações e percepções que o “pensar sobre a morte” pode causar. Ansiedade de morte é um fenômeno multidimensional e pode envolver diversos sentimentos, entre eles, o medo de morrer prematuramente, o medo de sofrer no processo de morrer e o medo da morte de pessoas queridas (NEIMEYER, 1994).

Além da ansiedade de morte, outro processo psicológico grandemente afetado por esse paradigma contemporâneo da morte invisível é o luto. Para além dos cinco estágios de luto — negação, raiva, barganha, depressão e aceitação — propostos no estudo de Kübler-Ross (1996), o paradigma da “morte invertida ou invisível” pode gerar a camuflagem desses sentimentos. Isso cria dificuldades durante o processo do luto, contribuindo para o desenvolvimento de depressão e até desencadeando o surgimento de doenças por conta do enfraquecimento do sistema imunológico (CASSORLA, 1998).

No que tange à equipe médica e de enfermagem, pode possibilitar um vínculo menos afetivo entre o profissional e o paciente. Há instituições que estimulam que os profissionais abafem sentimentos e reações em relação à morte dos pacientes. Essa prática encontra eco no medo que o profissional da saúde tem de vir a perder o paciente para a morte, sentindo-se desamparado e impotente ao se deparar com a finitude de existência de seu paciente e, conseqüentemente, da sua própria finitude (STEDEFORD, 1986).

Em um cenário contemporâneo, em que vigora a mentalidade de tornar a morte invisível e muitas vezes expulsa do contexto familiar, a literatura bíblica, mesmo sendo milenar, traz informações úteis e atuais sobre a morte e como podemos lidar com ela. Na Bíblia, a visão da morte é ambígua.

Por um lado, o texto bíblico nos traz a consciência de que a morte não é algo fora do comum. Ela é o destino inevitável de toda pessoa, não fazendo distinção de gênero, cor ou classe. O rei Davi, por exemplo, no final de sua vida reconhece a morte como sendo o caminho que toda pessoa irá trilhar, como consta em 1 Reis 2: 1 e 2: “Aproximando-se os dias da morte de Davi,

deu ele ordens a Salomão, seu filho, dizendo: Eu vou pelo caminho de todos os mortais. Coragem, pois, e sê homem!”

No entanto, apesar de ser um elemento presente na vida humana, a Bíblia também considera a morte uma intrusa, uma inimiga dos desígnios divinos para a humanidade. Exemplo disso é o relato de Apocalipse, que descreve a luta final entre o bem e mal. Além de Satanás, a besta e o falso profeta, entidades representantes do mal, a morte também aparece como um personagem condenado pela justiça divina, como está registrado em Apocalipse 20:14: “Então, a morte e o inferno foram lançados para dentro do lago de fogo”. Faz todo sentido no pensamento bíblico que a morte, juntamente com Satanás, seja um adversário a ser derrotado, afinal de contas, Deus “pôs a eternidade no coração do homem”, como relata Eclesiastes 3:11.

A definição bíblica de “estar morto” é muitas vezes relacionada à incapacidade de louvar e honrar a Deus. Isso acontece porque, na Bíblia, viver significa ter um relacionamento, especialmente um relacionamento com Deus. Dessa forma, morte significa ausência de relacionamento. Como exemplo dessa lógica, em Salmos 115:17, os mortos são descritos como aqueles que “não louvam ao Senhor”. Por essa razão é tão difícil aceitar a morte, mesmo sendo ela algo inevitável. Não queremos que nosso relacionamento com as pessoas que amamos acabe. Não queremos que nossas histórias e experiências não se entrelacem mais.

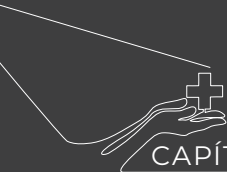
Diante desse dualismo (curso natural da vida versus incapacidade de aceitar a finitude), o texto bíblico deixa claro que não há espaço para a morte na nova ordem das coisas e, por conta disso, não deveríamos nos resignar em absoluto com o drama da inexistência — quer seja a nossa, quer seja a dos nossos amados. Paulo, em 1 Tessalonicenses 4:13,14, orienta sua audiência a agir com esperança diante do falecimento de pessoas queridas:

Não quero, porém, irmãos, que sejais ignorantes acerca dos que já dormem, para que não vos entristeçais, como os demais, que não têm esperança. Porque, se cremos que Jesus morreu e ressuscitou, assim também aos que em Jesus dormem, Deus os tornará a trazer com ele.

Logo, embora devamos agir com esperança ao nos defrontarmos com a perda de nossos queridos, não devemos aceitar a onipotência da inexistência. A palavra de Deus estabelece, através de Cristo, a promessa da vitória sobre a morte, como se encontra em João 11:25: “Eu sou a ressurreição e a vida; quem crê em mim, ainda que esteja morto, viverá”.

Seja qual for a razão pela qual nós tenhamos medo de que nossos queridos nos deixem, a promessa bíblica é clara: um dia a morte será vencida. O reencontro com todos os que se foram é garantido a todo aquele que crê na graça e na salvação que Jesus Cristo nos ofereceu na cruz do calvário. Através de Cristo, viveremos uma nova ordem mundial, na qual a infinitude fará parte de nosso cotidiano e a morte será uma realidade muito distante, como descreve Apocalipse 21:3-5:

E ouvi uma grande voz do céu, que dizia: Eis aqui o tabernáculo de Deus com os homens, pois com eles habitará, e eles serão o seu povo, e o mesmo Deus estará com eles, e será o seu Deus. E Deus limpará de seus olhos toda a lágrima; e não haverá mais morte, nem pranto, nem clamor, nem dor; porque já as primeiras coisas são passadas. E o que estava assentado sobre o trono disse: Eis que faço novas todas as coisas.



CAPÍTULO 13

O PODER DA ORAÇÃO

ERENITA MARIA SILVA DA COSTA

ANA CLAUDIA BORGES CAVALCANTE MACHADO

"E a oração da fé salvará o doente, e o Senhor o levantará" (Tg 5:15, NVI). A oração é intrínseca à natureza espiritual do ser humano e sempre foi uma das formas de comunicação com o Ser Transcendente/Deus, principalmente quando aquele se percebe impotente diante da fragilidade da vida. É essa sensação que, frequentemente, leva o indivíduo a buscar nesse "Ser Supremo" a ajuda não encontrada entre os homens.

A palavra oração vem do latim *oratione*, que significa pedir, rogar, pleitear. No dicionário Houais, oração significa "súplica ou pedido dirigido a Deus, elevação do coração a Deus" (HOUAIS, 2001). Philip Yancey (2007) a define como "o ato de ver a realidade do ponto de vista de Deus", e na percepção da escritora norte-americana Ellen G. White, "a oração é o abrir do coração a Deus como a um amigo" (WHITE, 2013, p. 94). Em outras palavras é uma conversa franca e aberta com "Aquele" que não deixa passar nada despercebido.

Hybels (2009, p. 41), em seu livro *Ocupado demais para deixar de orar*, sugere as letras do acróstico ACAS para direcionar os tópicos que devem estar presentes nessa conversa com Deus. Estes tópicos são: Adoração, Confissão, Agradecimento e Súplica. Esse pode ser um modelo viável a ser seguido. O autor sugere:

1. **Adoração:** começar a oração com adoração e louvor para nos lembrar a quem estamos nos dirigindo, um ser onipotente que tudo pode resolver e é digno de adoração.
2. **Confissão:** lidar especificamente com o pecado, porque quando confessamos o pecado pelo nome, reconhecemos que necessitamos de um salvador.
3. **Agradecimento:** ou ação de graças. Paulo em I Tessalonicenses 5:18 nos orienta a dar graças sempre.
4. **Súplica:** ou pedido de socorro. Para aqueles que já passaram pelos três passos anteriores.

Para estimular a confissão das falhas humanas diretamente a Deus, Yancey (2007, p. 31) afirma que “a oração permite que eu admita minhas falhas, fraquezas e limitações perante aquele que responde à vulnerabilidade humana com infinita misericórdia”. É uma afirmação extraordinária! Além de nos perdoar qualquer pecado confessado, com genuíno arrependimento, Deus atende as nossas súplicas de acordo com a sua bondade.

Assim, o penitente deve “já estar pronto para contar-Lhe sua necessidade”, acreditando que “coisa alguma é grande demais para Deus solucionar e nada é pequeno demais que não desperte o interesse dele” (HYBELS, 2009, p. 47).

White (2013, p. 96) afirma que “a oração é a chave nas mãos da fé para abrir o celeiro do céu, onde se acham armazenados os ilimitados recursos da Onipotência”, porém ela menciona algumas condições para Deus ouvir e nos atender, que são:

1. “Sentirmos nossa necessidade de seu auxílio”.
2. Confessar e reparar “todas as faltas de que temos consciência”.
3. Pedir com fé e perseverança.

Ela menciona ainda que, “se não recebemos exatamente as coisas que pedimos e ao tempo desejado, devemos não obstante crer que o Senhor nos ouve, e que atenderá às nossas orações”, pois “nosso Pai celestial amorosamente nos atende às orações dando-nos aquilo que é para o nosso maior bem”.

Thomas Merton, citado por Yancey (2007, p 13), diz que “a oração é uma expressão de quem somos, [...] uma incompletude vivente. Somos um vazio, um vazio pedindo preenchimento”. Nos últimos tempos, muito se tem estudado sobre o tema, buscando entender a oração como recurso paliativo no enfrentamento das doenças, de forma geral.

A oração é uma das estratégias de *coping* (enfrentamento) utilizadas em diferentes contextos, incluindo enfermidades, promoção da qualidade de vida para população idosa e outros campos em ambientes de cuidados em saúde. Tem especial recomendação para casos em que procedimentos focados na solução dos problemas não são acessíveis. Uma análise de entrevistas de 104 participantes, de diferentes denominações, indicou que a oração contribuiu para atenuar a ansiedade, melhora no funcionamento geral do corpo, procura de um comportamento mais assertivo e suporte espiritual associado a uma vida com mais sentido e propósito (ESPERANDIO, LADD, 2013).

Corroborando o estudo citado por Esperandio e Ladd (2013), a prece mostrou ser uma técnica eficaz na diminuição da ansiedade de pacientes em tratamento de quimioterapia (CARVALHO *et al.*, 2014). Tal eficácia se estende também a casos de pacientes que tem ciência de que terceiros estão orando em favor deles, como no estudo duplo-cego, controlado e randomizado realizado por Leibovici (2001), com 3.393 sujeitos adultos, separados em grupo controle (1.701) e grupo de intervenção (1.691), para determinar se a oração intercessora remota (alguém orando por pessoas desconhecidas), dirigida a um grupo de pacientes com infecção na corrente sanguínea, tinha efeito nos resultados clínicos.

O estudo demonstrou que a mortalidade foi de 28,1% (475/1691) no grupo de intervenção e 30,2% (514/1702) no grupo controle ($p = 0,4$). O tempo de permanência no hospital e a duração da febre foram significativamente menores no grupo de intervenção do que no grupo controle ($p = 0,01$ e $p = 0,04$, respectivamente). Os resultados do estudo mostraram que a oração intercessora pode melhorar os resultados em pacientes com infecção da corrente sanguínea.

Um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2020), visando analisar a relação da espiritualidade com o enfrentamento da dor e as estratégias utilizadas por pacientes adultos oncológicos demonstrou que há relação positiva entre práticas espirituais que incluíam a oração, rezas e meditação com o alívio da dor física provocada pelo câncer.

Diante da constatação da oração como ferramenta para melhorar a saúde, como será a adesão dessa estratégia pelos pacientes? Buscando investigar

se pacientes hospitalizados desejavam receber oração de um profissional da saúde, a pesquisa de McMillan e Taylor (2018) com uma amostra de 78 pacientes apresentou que 88% aceitaram a oferta de oração, 85% acharam útil e 51% gostariam de receber oração diariamente.

Tal necessidade foi também apresentada em estudo qualitativo com oito pacientes oncológicos sob cuidados paliativos de um hospital em que foi apresentada a oração e apego a Deus como recorrentes no discurso dos pacientes, sendo que para um deles a oração foi relacionada ao bem-estar, pois foi sua principal fonte de fortalecimento no começo do tratamento. Essa prática também esteve relacionada a angústia espiritual presente nos discursos, pois alguns pacientes sentiram falta de ter alguém buscando a Deus em oração diariamente nesse momento crítico, para melhorar o sentimento de angústia e tristeza (PRAZERES, 2018).

Outra pesquisa que corrobora a relevância desse suporte, foi a de Verin *et al.* (2019) com 100 participantes, na qual 99% julgavam a fé como importante em situação de doença e em outros contextos da vida, mas a maioria afirmou não ter alguém no hospital com quem pudessem falar sobre aspectos religiosos. Foram oferecidas alternativas de três intervenções, sendo estas, leitura de versículo do evangelho, Salmo e oração. Tanto católicos quanto evangélicos não optaram pela leitura de versículo e a intervenção mais escolhida foi a oração do Pai Nosso. Esses dados corroboram a pesquisa de Ermelt *et al.* (2016), onde todos declararam a importância da fé, a maioria informou ausência de abordagem sobre assuntos espirituais no hospital e optou pela oração do Pai Nosso.

O suporte espiritual proporcionado pela oração não é útil apenas ao paciente hospitalizado, mas também aos familiares, como afirma um estudo com 40 familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que investigou quais os recursos espirituais utilizados por eles para lidarem com essa situação. Entre os participantes, 20 responderam que a oração foi a estratégia utilizada, 24 disseram apoiar-se na religião e, após seis meses, a maioria manteve ou até aumentou sua prática religiosa, visando ajudar no enfrentamento da doença. Foi relatado que a espiritualidade/religiosidade se demonstrou importante em contextos em que a vida é ameaçada (ESPERANDIO *et al.*, 2017).

Com base nas pesquisas aqui apresentadas podemos inferir que estratégias de cunho religioso e espiritual, como a oração, dão maior serenidade no enfrentamento da dor e ajudam na recuperação dos pacientes.



CAPÍTULO 14

PRECETERAPIA

ERENITA MARIA SILVA DA COSTA
ANA CLAUDIA BORGES CAVALCANTE MACHADO
GINA ANDRADE ABDALA

O objetivo deste capítulo é apresentar sucintamente maneiras práticas de como rezar e/ou orar, estratégia universal para minorar o sofrimento e a dor de pessoas acometidas por alguma doença grave e/ou sofrimento. Pesquisadores concordam em que, na tríade espiritualidade/religiosidade/religião, para haver conectividade com o transcendente, é necessário ter algum tipo de ritual ou prática e isto envolve prece, oração e meditação (MEIRA, ALVES, 2020). Cabe ressaltar que cada religião tem suas peculiaridades, mas que a oração é usada como um consenso. Existem vários tipos de oração, por exemplo, “petição peticionária, súplicas, oração de ação de graças” (CHRISTIAN; KRISHNAMURTHY, 2020, p. 582), oração intercessora (MIRANDA *et al.*, 2019).

As formas de prece que as pessoas mais utilizam são a intercessão e a petição. Durante a oração intercessora, o indivíduo pede em favor de alguém, podendo ser tanto na presença do recebedor da oração quanto na sua ausência. Já na petição, o próprio indivíduo fala com o ser que considera superior” (LOPES *et al.*, 2010). Nesse ato, a pessoa abre o coração diante de

um Ser Supremo, como se estivesse falando com um amigo. Isso pressupõe uma conversa com Deus, verbalizando sentimentos, angústias, bem como alegrias e agradecimentos (WHITE, 2007). Pesquisas têm demonstrado que esta comunicação direta com Deus traz modificações benéficas no cérebro.

ORAÇÃO TERAPÊUTICA: ALGUMAS DICAS

1. Oração espiritual por 14 dias, duas vezes por dia, durante seis minutos: ajudou 70 crianças órfãs a diminuir a depressão e ansiedade (CHRISTIAN; KRISHNAMURTHY, 2020).
2. Grupos de oração intercessora e de petição a cada 15 dias por 15 minutos durante seis meses na redução da imunodeficiência e diminuição dos triglicerídeos (SIMÃO, CALDEIRA, CARVALHO, 2016).
3. Pedidos de oração eram ditos três vezes durante o dia, por três semanas, e os participantes deveriam ir ao templo religioso ou capela no hospital para se conectarem com Deus para redução da ansiedade (SIMÃO; CALDEIRA; CARVALHO, 2016).
4. Oração intercessora aplicada a 92 pacientes muçulmanos (sendo 82 mulheres), por oito semanas, com duração de 45 minutos cada sessão, para reduzir a enxaqueca, como medida não farmacológica complementar ao tratamento medicamentoso (TAJADINI *et al.*, 2017).
5. Oração intercessora para pacientes com depressão durante seis semanas e após 12 meses. Houve melhora no incremento da atividade do córtex pré-frontal após oração de cura intercessora, relacionado a um maior controle cognitivo sobre as emoções, reduzindo a depressão e melhorando a extroversão (BALDWIN *et al.*, 2016).
6. Oração como uma conversa descontraída, abrindo o coração a Deus como a um amigo, traz modificações benéficas para o cérebro (WHITE, 2007, p. 93).



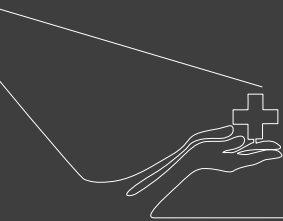
RESUMO

Aprendemos, nesta segunda parte, que a promoção da saúde pode ser estimulada e promovida em um cenário religioso. Cabe às instituições religiosas motivar a mudança de hábitos e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Comentamos sobre a importância curativa do perdoar e ser perdoado. Quanto maior a disposição para perdoar, maior é o benefício na busca pelo significado da vida.

Também enfatizamos a essência da resiliência, de ser elástico diante das tragédias e dificuldades da vida, de tentar voltar ao normal depois das tempestades. Falamos também que a morte e o luto fazem parte da vida. A vida é uma progressiva e gradual submissão ao perecimento e citamos vários exemplos de como a Bíblia nos ajuda a enfrentar a morte.

Nos capítulos finais, mencionamos sobre a estratégia mais utilizada para suprir as necessidades espirituais na maioria das pessoas: a oração. Você encontrou algumas dicas inéditas de como intervir em sua comunidade por meio da oração intercessora e peticionária. Esperamos que esse e-book seja útil na sua vida acadêmica, profissional e pessoal.

ANEXOS



ANEXO A

Questionário sobre a prática da espiritualidade no cotidiano do trabalho NCLEX (adaptado de TAYLOR, 2008). Responda ao questionário abaixo e depois confira com as respostas no Anexo A-1.

QUESTIONÁRIO NCLEX

1. Qual das seguintes afirmações melhor distingue um agnóstico de um ateu?
 - a. Os termos são utilizados com o mesmo sentido, ambos acreditam na inexistência de Deus.
 - b. Um agnóstico nega que as pessoas possam saber qualquer coisa sobre a existência de Deus, enquanto um ateu nega a existência de Deus.
 - c. Ambos negam a necessidade de uma filosofia de vida para orientá-los.
 - d. Nenhum aspecto da vida do ateu é influenciado pela espiritualidade, enquanto o agnóstico possui valores espirituais.

2. Um enfermeiro criado rigidamente na religião católica declarou que não pode ajudar pacientes em suas angústias espirituais porque reconhece apenas um “um poder de campo” em cada indivíduo. Ele disse: “Meus pais e eu raramente conversamos por que abandonei minha fé. Algumas vezes me sinto isolado deles e também de Deus — se é que existe um”. A análise desses dados revela que a necessidade espiritual insatisfeita é?

- a. Necessidade de sentido e propósito.
 - b. Necessidade de perdão.
 - c. Necessidade de amor e relacionamentos.
 - d. Necessidade de força para a vida diária.
3. Que afirmação é verdadeira a respeito da influência da espiritualidade e da religião nos vários aspectos da vida do indivíduo?
- a. Todos os aspectos da vida podem ser influenciados pela espiritualidade.
 - b. Atividades da vida diária (comer, tomar banho, dormir, vestir-se) raramente são influenciadas pela religião.
 - c. Trabalho e recreação não são influenciados pela religião.
 - d. Enquanto a doença física raramente é influenciada pela religião, a doença mental com frequência o é.
4. A um paciente cujo sobrenome é Goldstein foi servida, em um prato de papel, uma refeição kosher pedida de um restaurante, porque o hospital não tinha nenhuma provisão para comida ou pratos kosher, o Sr. Goldstein ficou furioso e acusou o enfermeiro de insultá-lo. “Quero comer o mesmo que as outras pessoas – e me dê pratos decentes”. A análise desses dados revela que:
- a. O enfermeiro deveria ter pedido a louça kosher também.
 - b. A equipe deve ter se comportado de modo condescendente ou crítico.
 - c. O Sr. Goldstein é um paciente problemático e difícil de satisfazer.
 - d. O Sr. Goldstein foi estereotipado e não foi consultado sobre suas preferências dietéticas.
5. É menos provável que você encontre resistência à cirurgia de emergência para salvar a vida de um paciente em qual das seguintes famílias?
- a. Família da ciência cristã.
 - b. Família do curador da Assembleia da fé.
 - c. Família das testemunhas de Jeová.
 - d. Família dos judeus ortodoxos.

6. Quando a família deseja o batismo para um bebê, é imperativo que o enfermeiro providencie que o mesmo seja feito porque:
 - a. O batismo adia ou impede a morte ou o sofrimento.
 - b. É legalmente exigido que os enfermeiros prestem esse cuidado quando a família faz o pedido.
 - c. É função do enfermeiro assegurar a salvação do bebê.
 - d. A falta do batismo, quando desejado, pode aumentar a dor e o sofrimento da família.

7. Como a capacidade do pensamento abstrato se desenvolve a medida que a criança cresce, a espiritualidade é entendida de formas distintas por crianças de diferentes idades. Qual das seguintes afirmações é falsa?
 - a. A espiritualidade e a percepção de Deus não tem sentido dos 4 aos 5 anos de idade.
 - b. Mesmo as crianças pequenas, de 4 a 5 anos de idade, têm percepções definidas de Deus e formas de veneração.
 - c. As percepções da criança do seu “eu espiritual” amadurecem à medida que ela amadurece.
 - d. Crianças de 5 a 11 anos de idade podem demonstrar ansiedade a respeito do poder que elas acreditam que Deus possui.

8. A fonte mais importante de aprendizado sobre a própria espiritualidade para a criança é:
 - a. Sua igreja ou organização religiosa.
 - b. O que os pais dizem a respeito de Deus e da religião.
 - c. Como os pais se comportam em relação um com o outro e com seus filhos, com as outras pessoas e com Deus.
 - d. O conselheiro espiritual da família.

9. Mesmo que uma história de enfermagem detalhada, em que a espiritualidade é investigada na admissão, os problemas com a angústia espiritual podem não surgir até alguns dias após a admissão. A explicação provável é que:

- a. Os pacientes querem encobrir informações sobre suas necessidades espirituais.
 - b. Os pacientes não estão preocupados com as necessidades espirituais até depois que seu conselheiro espiritual os visite.
 - c. Membros da família e amigos próximos muitas vezes iniciam as preocupações espirituais.
 - d. A doença aumenta as preocupações espirituais, o que pode ser difícil para o paciente expressar em palavras.
10. Quando um paciente precisa de aconselhamento espiritual, o enfermeiro que se sente confortável com sua própria espiritualidade deveria:
- a. Sempre chamar o conselheiro espiritual do paciente.
 - b. Consultar o paciente sobre o conselheiro espiritual com quem ele deseja conversar.
 - c. Tentar aconselhar o paciente e, se não obtiver êxito, fazer um encaminhamento.
 - d. Aconselhar o paciente e o conselheiro espiritual a respeito das opções de saúde e sobre a decisão correta.
11. Homem agnóstico está extremamente deprimido após perder sua casa, sua esposa e seus filhos em um incêndio. Seu diagnóstico de enfermagem é Angústia Espiritual: dor espiritual, relacionada à incapacidade de encontrar sentido e propósito em sua condição atual. A intervenção de enfermagem mais importante a planejar é:
- a. Perguntar ao paciente que tipo de conselheiro espiritual ele gostaria que você chamasse.
 - b. Recomendar que o paciente leia biografias espirituais ou livros religiosos.
 - c. Explorar com o paciente o que, além de sua família, proporcionou à sua vida sentido e propósito no passado.
 - d. Introduzir a crença de que Deus é amoroso e pessoal.
12. Após sofrer um aborto, a paciente disse ao enfermeiro visitante: “Não deveria ter abortado porque sou católica, mas o que mais poderia fazer? Estou com medo de nunca mais me aproximar de minha mãe ou entrar na Igreja novamente”. Ela então conversou

com o padre sobre esse sentimento de culpa. Que declaração de avaliação mostra a solução para o problema?

- a. A paciente declara: “Gostaria de ter conversado com o padre mais cedo. Agora sei que Deus me perdoou e até mesmo minha mãe entende”.
 - b. A paciente dormiu das 22 às 6h por três noites consecutivas, sem medicação.
 - c. A paciente desenvolveu relações de carinho mútuas com duas mulheres e um homem.
 - d. A paciente identificou várias crenças espirituais que dão propósito a sua vida.
13. A filha adolescente do Sr. Brown se envolveu em um roubo de loja. Ele expressou muita raiva para com ela e afirmou que não podia olhá-la, muito menos discutir isso com ela. “Não vou tolerar uma ladra.” Quais das seguintes intervenções de enfermagem você utilizaria para ajudar o Sr. Brown com sua dificuldade de perdoar?
- a. Assegurar-lhe que muitos pais se sentem do mesmo modo.
 - b. Tranquilizá-lo mencionando que muitos adolescentes passam por esse tipo de rebeldia e que vai passar.
 - c. Ajudar o paciente a identificar como os sentimentos de intolerância em relação aos outros ferem somente a pessoa que não quer perdoar.
 - d. Perguntar se ele tem certeza de que passou tempo suficiente com sua filha.

REFERÊNCIA

TAYLOR, C. **Espiritualidade**. Cap. 36. Fundamentos de Enfermagem, 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXO A-1: GABARITO

1. A resposta correta é a letra b. Um agnóstico nega que as pessoas possam saber algo sobre a existência de Deus, enquanto um ateu nega a existência de Deus. As outras opções são incorretas.

2. A resposta correta é a letra c. Os dados apontam para uma necessidade espiritual insatisfeita de amar e pertencer devido ao seu afastamento da família e de Deus após ter deixado a Igreja. As demais opções podem representar outras necessidades que essa paciente possui, mas os dados fornecidos não as sustentam.
3. A resposta correta é a letra a. A espiritualidade pode influenciar todos os aspectos da vida do indivíduo, inclusive as atividades da vida diária, o trabalho e a recreação e todos os tipos de doença. As demais opções são incompletas ou falsas.
4. A resposta correta é a letra d. Com base somente no nome do paciente, o enfermeiro chegou à falsa e prematura conclusão de que gostaria de uma dieta kosher.
5. A resposta correta é a letra d. Não existe ensinamento nas escrituras hebraicas que proíba a cirurgia para salvar a vida em uma emergência. Na realidade, a maioria dos judeus ortodoxos ficaria altamente motivada a submeter-se à cirurgia devido ao valor atribuído à preservação da vida. Todos os outros grupos mencionados podem ter bases religiosas para recusar a cirurgia.
6. A resposta correta é a letra d. A falha em assegurar que o batismo de uma criança seja realizado, quando os pais o desejam, pode aumentar de forma significativa a dor e o sofrimento da família, e esta é uma preocupação de enfermagem apropriada. Se o batismo adia ou impede a morte e o sofrimento (opção a), é uma crença religiosa insuficiente para unir todos os enfermeiros. Não existe exigência legal a respeito do batismo; por isso, a opção b é falsa. Embora alguns enfermeiros possam acreditar que parte de seu papel é assegurar a salvação do bebê (opção c), essa função seria compreensivelmente rejeitada por muitos.
7. A resposta correta é a letra a. É falso que a espiritualidade e a percepção de Deus não são significativas para as crianças de 4 a 5 anos. Todas as demais opções estão corretas.

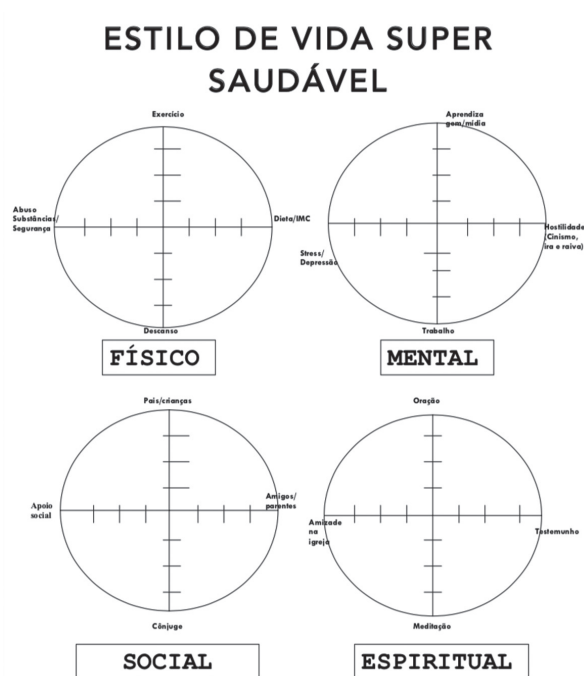
8. A resposta correta é a letra c. As crianças aprendem mais sobre sua própria espiritualidade vendo como seus pais se comportam em relação um ao outro, com seus filhos, com os outros e com Deus. Fontes menos importantes de aprendizado são cada uma das demais opções.
9. A resposta correta é a letra d. A doença pode aumentar as preocupações espirituais, o que muitos pacientes consideram difícil de expressar. As demais opções não correspondem à experiência real.
10. A resposta correta é a letra b. Mesmo quando o enfermeiro se sente confortável discutindo as preocupações espirituais, ele deve sempre verificar primeiro com o paciente para determinar o conselheiro espiritual com quem deseja conversar. Chamar o conselheiro espiritual do paciente (opção a) pode ser prematuro, se este for um assunto com o qual o enfermeiro pode lidar. As respostas c e d negam ao paciente o direito de conversar reservadamente com seu conselheiro espiritual desde o início, se é isso o que ele prefere.
11. A resposta correta é a letra c. A intervenção de enfermagem de explorar com o paciente o que, além de sua família, deu à vida sentido e propósito no passado tem mais probabilidade de corrigir a etiologia de seu problema, a dor espiritual, do que qualquer uma das outras intervenções de enfermagem listadas.
12. A resposta correta é a letra a. Como o diagnóstico de enfermagem desse paciente é angústia espiritual: culpa, uma declaração de avaliação que demonstre diminuição dessa culpa é necessária. Somente a opção a lida diretamente com a culpa.
13. A resposta correta é a letra c, porque essa é a única intervenção de enfermagem que aborda diretamente a necessidade espiritual insatisfeita do paciente com respeito ao perdão. As respostas a e b podem fazê-lo sentir-se melhor inicialmente, mas nenhuma opção aborda sua necessidade de perdoar. A resposta d talvez o faça se sentir culpado.



ANEXO B

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE ESPIRITUAL, SEGUNDO O ESTILO DE VIDA SUPER SAUDÁVEL DE LARIMORE & MULLINS (2003)

Figura 1 — Testes do estilo de vida super saudável: espiritual



Fonte: Adaptado de Larimore e Mullins (2003)

CÍRCULO 4: ESPIRITUALIDADE

ORAÇÃO

1. Raio cheio: oro 1 vez ou mais/dia
2. $\frac{3}{4}$ raio: oro poucos dias/semana
3. $\frac{1}{2}$ raio: oro poucas vezes/mês
4. $\frac{1}{4}$ raio: oro poucas vezes/ano
5. Nenhum: não sou uma pessoa que ora ou oraria somente em crise

MEDITAÇÃO

Medito ou leio a Bíblia diariamente.

Rotineiramente tenho um tempo de reflexão.

Mantenho um diário para relatar meus pensamentos e orações.

Consistentemente memorizo porções da Bíblia (guardando em meu coração).

Estudo a Bíblia frequentemente ou participo de um estudo bíblico 1 vez ou 2/ano.

1. Raio cheio: Faço todos os cinco itens acima
2. $\frac{3}{4}$ raio: faço 4 dos itens acima
3. $\frac{1}{2}$ raio: faço 3 dos itens acima
4. $\frac{1}{4}$ raio: faço 2 dos itens acima
5. Nenhum: faço de 0 a 1 dos itens acima

AMIZADE NA IGREJA

Trato e apoio minha comunidade espiritual (igreja) amavelmente.

Sou um membro ativo da igreja ou grupo organizado de fé.

Estou envolvido num pequeno grupo de crentes que me apoiam, dão feedback, ensinamentos e amizade positivos.

Recebo direção pessoal de pelo menos um mentor espiritual.

1. Raio cheio: todos os 4 itens são verdadeiros em minha vida
2. $\frac{3}{4}$ raio: 3 deles são verdadeiros em minha vida
3. $\frac{1}{2}$ raio: 2 deles são verdadeiros em minha vida
4. $\frac{1}{4}$ raio: 1 deles é verdadeiro em minha vida
5. Nenhum: nenhum deles é verdadeiro em minha vida

TESTEMUNHANDO A FÉ

Estou envolvido ativamente com pessoas de fora da minha igreja.

Sou generoso em dedicar meu tempo, tesouros, talentos na igreja na qual eu vivo e trabalho.

Minha fé transborda através de minha competência no trabalho. Em outras palavras, eu sempre tento fazer excelente trabalho que glorifique a Deus.

Minha fé transborda através de meu caráter e compaixão. Em outras palavras, minha vida usualmente manifesta amor, alegria, paz, paciência, bondade, gentileza, fidelidade e auto-controle.

Minha fé transborda através de minha comunicação com outros, e eu estou confortavelmente testemunhando os princípios de minha fé com aqueles que pedem minha ajuda.

Estou confortável para testemunhar as doutrinas básicas de minha fé com aqueles que pedem ou querem conhecer sobre elas.

1. Raio cheio: todos os 6 itens são verdadeiros em minha vida
2. $\frac{3}{4}$ raio: 5 deles são verdadeiros em minha vida

3. $\frac{1}{2}$ raio: 4 deles são verdadeiros em minha vida
4. $\frac{1}{4}$ raio: 2 ou 4 deles são verdadeiros em minha vida
5. Nenhum: zero ou 1 é verdadeiro em minha vida

Adaptado de Larimore e Mullins (2003)



ANEXO C

AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DE ADULTOS

Assinale a opção que mais se aproxima da sua prática nos últimos três meses.

QUESTÕES SOBRE NUTRIÇÃO

1. Com que frequência você inclui nas principais refeições do dia: feijões, cereais integrais, castanhas, frutas, legumes e verduras?
 - a. Quase nunca
 - b. Raramente
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre

2. Como você se classifica no que se refere ao tipo de alimento que você mais consome? Escolha a opção mais adequada a seu caso.
 - a. Não vegetariano: Consome carne de tipos variados mais de 1 vez por semana
 - b. Semivegetariano: Consome carne de tipos variados no máximo 1 vez por semana
 - c. Pesco-vegetariano: Consome carne, frango e outras aves menos de 1 vez por mês, e consome peixe mais de 1 vez por mês

- d. Ovolactovegetariano: Consome laticínios e ovos mais que 1 vez por mês e peixes e carnes menos que 1 vez por mês
 - e. Vegetariano estrito: Consome leite, queijo, ovos, peixe ou carne no máximo 1 vez por mês ou menos
3. Quantos dos itens a seguir você consome uma ou mais vezes por semana? (salgadinhos, bolachas, frituras, refrigerantes e doces de maneira geral)
- a. Quatro a cinco itens
 - b. Três itens
 - c. Dois itens
 - d. Um item
 - e. Nenhum

QUESTÕES SOBRE EXERCÍCIO

4. Você pratica atividades de lazer, tais como caminhar, pedalar, jogar bola, esportes radicais ou outros *hobbies* e atividades prazerosas?
- a. Nunca
 - b. Raramente
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre
5. Quantas vezes por semana você pratica exercício físico intenso (que faz suar e aumentar os batimentos cardíacos, como caminhada longa, corrida, bicicleta etc.)?
- a. Nunca
 - b. Menos de uma vez por semana
 - c. 1 a 2 vezes por semana
 - d. 3 a 4 vezes por semana
 - e. 5 vezes ou mais por semana

6. Quantos minutos você gasta “em média” quando faz exercícios intensos até suar?
- a. Nenhum, não faço
 - b. 5 a 10 minutos
 - c. 10 a 20 minutos
 - d. 21 a 30 minutos
 - e. 30 a 60 minutos

QUESTÕES SOBRE A ÁGUA

7. Quantos copos (250 ml) de água você bebe diariamente?
- a. Nenhum
 - b. 1 a 3 copos
 - c. 4 a 6 copos
 - d. 7 copos
 - e. 8 ou mais
8. Você utiliza a água como remédio para tratamentos caseiros quando necessário? (Por exemplo, compressas quentes e frias, aplicação de gelo, inalação, escalda pés e banhos em geral).
- a. Nunca
 - b. Raramente
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre

QUESTÕES SOBRE O SOL

9. Com que frequência você se expõe ao sol pelo menos 15 a 20 minutos por dia?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre

10. Em sua casa, as janelas e persianas são abertas diariamente para que entrem sol e luz natural?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre

QUESTÕES SOBRE TEMPERANÇA

11. Você ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, aguardente, pinga ou qualquer outra)?
- a. Sim
 - b. Não
12. Você fuma cigarro, charuto, cachimbo ou qualquer outro tipo de tabaco?
- a. Sim
 - b. Não
13. Você fez uso de alguma droga, tipo maconha, crack, cocaína, etc. nos últimos três meses?
- a. Sim
 - b. Não
14. Você ingere bebidas que contém cafeína (café, chá preto, chá verde, chá mate, chá branco ou refrigerantes)?
- a. Sim
 - b. Não

QUESTÕES SOBRE O AR PURO

14. Considerando os lugares onde passa a maior parte do tempo, como você classifica a qualidade do ar que respira?
- a. Muito ruim
 - b. Ruim
 - c. Regular
 - d. Boa
 - e. Muito boa
15. Você faz respiração profunda ao ar livre ou quando precisa controlar a tensão e a ansiedade?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre

QUESTÕES SOBRE DESCANSO

16. Você dorme de 7 a 8 horas por noite e acorda descansado(a) e com boa disposição na maioria das vezes?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre
17. Você costuma dormir cedo (por volta das 22h ou antes desse horário)?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre

QUESTÕES SOBRE CONFIANÇA

18. Você confia em Deus (em um Ser Superior ou algo sagrado)?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre
19. Sua confiança em Deus (Ser Superior ou algo sagrado) influencia positivamente sua maneira de viver?
- a. Nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Algumas vezes
 - d. Muitas vezes
 - e. Sempre
20. Com que frequência você participa de reuniões religiosas ou espirituais?
- a. Raramente ou nunca
 - b. Algumas vezes por mês
 - c. Duas a três vezes por mês
 - d. Uma vez por semana
 - e. Mais de uma vez por semana
21. Você pratica atividades religiosas ou espirituais em sua vida particular (meditar, rezar ou orar, ler a Bíblia ou livros religiosos, se voluntariar, fazer caridade etc.)?
- a. Raramente ou nunca
 - b. Algumas vezes por mês
 - c. Duas a três vezes por mês
 - d. Uma vez por semana
 - e. Mais de uma vez por semana

PONTUAÇÃO TOTAL

No questionário, cada pergunta pontua de 0 a 4 em ordem crescente. A letra “a” vale 0, a “b)” vale 1, a “c)” vale 2, a “d)” vale 3, a “e)” vale 4. Nas questões em que há apenas duas alternativas de respostas, “a)” vale 0 e “b)” vale 4. É possível marcar no máximo 88 pontos se respondidas todas as 22 questões. Classificação do estilo de vida com base nos 8 remédios naturais:

00 - 25 insuficiente ()

26 - 44 regular ()

45 - 58 bom ()

59 - 73 muito bom ()

74 - 88 excelente ()

FONTE

ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; RODRIGO, G. T.; WATAYA, R. S.; TERTULIANA, I. W. Validação do Questionário “Oito Remédios Naturais” - Q8RN – Versão adulto. **Lifestyle Journal**, 2018, v. 5, n. 2, p. 109-134.



ANEXO D

ESCALA DE DISPOSIÇÃO PARA PERDOAR (EDP)

Instruções: Por favor, leia os cenários descritos a seguir (BARBOSA, 2015). Em cada um deles, indique o quanto você estaria disposto a perdoar a pessoa que está em destaque. Faça isso circulando um dos números da escala de resposta apresentada logo abaixo dos cenários.

Cenário 1: Você conta a um colega de trabalho sobre uma ideia que teve e que iria melhorar sua eficiência e economizar dinheiro da empresa. Durante um encontro da equipe de trabalho, o chefe de vocês anuncia essa mesma melhoria e diz que o autor da ideia foi justamente seu colega de trabalho, a quem dará uma bonificação de R\$ 1.000,00.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 2: Você chega em casa do trabalho e pega seu colega de quarto olhando seu diário. Seu colega alega que estava procurando um dicionário e que realmente não leu muito do seu diário.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 3: Um amigo pede emprestado R\$ 100,00 até o próximo mês. Você concorda e empresta o dinheiro. Após esperar seis semanas, você pede a seu amigo que pague a dívida, mas ele lhe ignora. Cinco meses depois, você ainda não recebeu o dinheiro de volta.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 4: Seu(Sua) namorado(a), com que você está num relacionamento há dois anos, diz que quer se separar e admite ter se envolvido com outras pessoas durante todo o tempo que vocês namoravam.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 5: Seu(Sua) namorado(a) lhe convida para uma festa em que você não conhece ninguém. Você concorda em encontra-lo(a) diretamente no local do evento. Quando chega lá, ele(a) apenas lhe cumprimenta e passa ignorá-lo(a). Finalmente você vai embora.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 6: Um(a) colega de trabalho pede que você faça um trabalho para ele(a), mas você diz que está no meio de outro projeto que considera mais importante. Depois de seu dia de folga, você volta ao trabalho e descobre por seu chefe que seu(sua) colega reclamou que você é difícil e não coopera.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 7: Sempre que vocês se encontram, seu tio te provoca, comentando sobre seu peso, afirmando que você está muito gordo(a) ou magro(a). Você explica a ele que esse tipo de comentário te incomoda, mas ele parece não entender ou se importar, pois continua os comentários.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 8: Você empresta seu violão ao seu irmão. Ao pedi-lo de volta, um mês depois, descobre que seu irmão o vendeu, pois pensou que você não o queria mais.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 9: Um(a) amigo(a) para de lhe chamar para fazer coisas juntos(as). Você comenta isso com ele(a), que prontamente se desculpa. Algumas semanas se passam e você continua sem receber qualquer telefonema ou mensagem da pessoa. Quando você finalmente entra em contato com o(a) amigo(a), ele(a) fica bravo(a), grita contigo e pede para você parar de ser tão controlador(a).

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 10: Um(a) amigo(a) íntimo(a) de muitos anos vai morar em outra cidade. Quando ele(a) retorna à sua cidade para passar um feriado, você liga para ele(a). Porém, seu(sua) amigo(a) diz que está com a agenda cheia e que você faz parte de seu passado.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

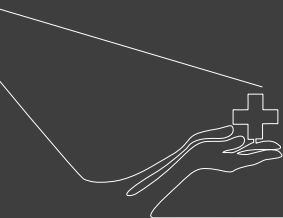
Cenário 11: Você pede a um(a) amigo(a) para ficar em sua casa por uma semana enquanto você viaja. Quando retorna, a porta de frente está destrancada e não há ninguém em casa. Ao conversar com o(a) amigo(a), ele(a) se esquivava dizendo que nada aconteceu e que não há motivos para se preocupar com uma porta foi acidentalmente deixada destrancada.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Cenário 12: Você compra algumas coisas em uma loja de conveniência. Recebe o troco e vai embora. Minutos depois, percebe que faltaram R\$ 10,00 de troco e retorna à loja para solicitar o restante do dinheiro. O(A) caixa, porém, nega que tenha cometido o engano e se recusa a fazer qualquer devolução.

Nada disposto 0 1 2 3 4 5 6 Totalmente disposto

Agora some os pontos e descubra quão disposto ao perdão você é. A amplitude da escala vai de 0 a 72.



REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; ISAYAMA, R. N.; RODRIGO, G. T.; WATAYA, R. S.; TERTULIANO, I. W. Validação do Questionário Oito Remédios Naturais – Q8RN – Versão Adulto. **Lifestyle Journal**, v. 5, n. 2, p. 109-134, 2018. Disponível em: <<https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1105>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

ABDALA, G. A.; PIMENTEL, M. O.; REINERT, K. G.; SLUTZ, M.; MEIRA, M. D. D.; TEIXEIRA, C. A. Implantação do Programa Enfermagem na Comunidade de Fé: relato de experiência. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 608-613, 2016.

ALENCAR, T. F.; ABREU, E. L. O Perdão sob a perspectiva do ofensor: uma revisão da sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, e185662, p. 1-17, 2019. <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/wLHxWpqhVrVPrdFNX7PHPMr/?lang=pt>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

AQUINO, T. A. A.; CRUZ, J. S.; GOMES, E. S. Monantropismo e movimento para a paz no pensamento de Viktor Frankl. **INTERAÇÕES**, v. 14, n. 26, p. 297-314, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/18226/16351>. Acesso em: 07 mar. 2022.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale apenas viver.** Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARAÚJO, S. S. C.; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTO, J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, Salvador, v. 9, n. 18, p. 203-16, jan/jun 2006. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2006.v10n19/203-216/pt>. Acesso em: 07 mar. 2022.

ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte.** São Paulo: Unesp, 2014.

ARRIEIRA, I. C. O.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A.R.; MOURA, P. M. M.; MARTINS, C.L.; JACONDINO, M. B. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017007403312.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.

BALK, D. "Thanatology". *In*: BRYANT, C.; PECK, D. (org.). **Encyclopedia of Death and Human Experience.** Thousand Oaks: Sage, p. 948-951, 2009.

BALDWIN, P. R.; VELASQUEZ, K.; KOENIG, H. G.; SALAS, R.; BOELEN, P. A. Neural correlates of healing prayers, depression and traumatic memories: a preliminary study. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 27, p. 123-129, 2016.

BARUTH, M.; BOPP, M.; WEBB, B. L.; PETERSON, J. A. The role and influence of faith leaders on healthrelated issues and programs in their congregation. **J Relig Health**, Pennsylvania, v. 54, n. 5, p. 1747-1759, 2015.

BEZERRA, C. M. B.; SILVA, B. C. O.; SILVA, R. A. R.; MARTINO, M. M. F.; MONTEIRO, A. I.; ENDERS, B. C. Análise descritiva da teoria ambientalista de enfermagem. **Enferm. Foco**. v. 9, n. 2, p. 79-83, 2018.

BÍBLIA MISSIONÁRIA. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 2018.

BRAIER, M. PÉREZ, F. J. G. ; BERMÚDEZ, J. A. Red contra la tuberculosis y por la solidaridad: el. Compromiso de la Sociedad Civil. **Ver. Esp Salud Pública**, v. 94, 2020. Disponível em <https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/>

publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202005025.pdf. Acesso em: 07 mar. 2022.

BRANDÃO, B. M. G. M.; ANGELIM, R. C. M.; MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, R. C.; ABRÃO, F. M. S. Living with HIV: coping strategies of seropositive older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/QSTKq8sW5T9RFNnMPQnKM4g/?lang=en>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

BROWN, W. S.; STRAWN, B. D. **The physical nature of christian life**: neuroscience, psychology, and the church. New York: Cambridge University Press, 2012.

BRUSTOLIN, L.; PASA, F. A morte na fé cristã: uma leitura interdisciplinar. **Teocomunicação**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 54-72, 2013.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BUYX, A.; PRAINSACK, B. Solidarity can make a difference: addressing transformations in health care, demographics and technological replacement. **Bioethics**, v. 32, n. 9, p. 537-540, 2018.

BVS. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=SP3.001.005.009. Acesso em: 07 mar. 2022.

CAF. **Charities Aid Foundation**. 2018. Disponível em: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi2018_report_webnopw_2379a_261018.pdf. Acesso em: 07 mar. 2022.

CÂMARA FILHO, L. A. **A fundadora da enfermagem moderna**. Hospital do coração, 2020. Disponível em: <https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/quem-foi-florence-nightingale/>. Acesso em: 07 mar. 2022.

CAMPBEEL-SILLS, L.; STEIN, M. B. Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-Item Measure of Resilience. **Journal of Traumatic Stress**, v. 20, p. 1019-1028, 2007.

CAMPOGARA, S. Health and environment in contemporaneity: the essential review of Florence Nightingale's legacy. **Esc. Anna Nery** [online]. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100024&script=sci_arttext. Acesso em: 07 mar. 2022.

CARRARA, P. S.; Espiritualidade e saúde na logoterapia de Viktor Frankl. Dóssie espiritualidade e saúde. **Interações - cultura e comunidade**, Belo horizonte, v. 11, n. 20, p. 66-84, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3130/313049300006/html/index.html>. Acesso em: 07 mar. 2022.

CARVALHO, C. C.; CHAVES, E. D. C. L.; IUNES, D. H.; SIMÃO, T. P.; GRASSELLI, C. D. S. M.; BRAGA, C. G. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 684-690, 2014.

CARVALHO, V. L. S. **Subjetividade, dor e espiritualidade**: retratos da vida em cuidados paliativos. 2019. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CASSORLA, R.M.S. Como lidamos com o morrer - reflexões suscitadas no apresentar este livro. In: CASSORLA, R.M.S. (org.). **Da Morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1998.

CONCEIÇÃO, D. B. G., JESKE, N., DIVINO, S. C. A., ABDALA, G. A., RODRIGUES FILHO, M. Confianza en Dios: dimensión de la espiritualidad en la vida del adolescente. **Lecturas: Educación Física Y Deportes**, v. 24, n. 260, p. 136-145, 2020. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/1906>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, p. 76-82, 2003.

CHRISTIAN, M.; KRISHNAMURTHY, D. A Study to assess the effectiveness of Spiritual Prayer in reducing level of depression among Orphan Children in selected orphanage homes of central part of Gujarat State. **Indian Journal of Public Health Research & Development**, v. 11, n. 4, p. 581- 584, 2020.

CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A dimensão religiosidade/espiritualidade na prática clínica: revisão integrativa da literatura científica. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 35, n. 35, 2019.

ENRIGHT, R. D.; FREEDMAN, S.; RIQUE, J. The psychology of interpersonal forgiveness. *In*: ENRIGHT, R. D.; J. NORTH, J. (Orgs.). **Exploring forgiveness**. Madison: University of Wisconsin Press, 1998.

ERMELT, R. C.; ZUTIN, T. L. M.; CARDIN, M. A.; GRECCA, S. G.; ZUTIN, P. R.; MAZINE, V. B.; OLIVEIRA, F. M.; CARLI, F. V. B. O. História espiritual e cuidado dispensado a pacientes no ambiente hospitalar. **Nursing (São Paulo)**, v. 19, n. 220, p. 1386-1389, 2016.

ESPERANDIO, M. R. G.; LADD, K. L. Oração e saúde: questões para a teologia e para a psicologia da religião. **Horizonte: Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 11, n. 30, p. 627-656, 2013.

ESPERANDIO, M. R. G.; MICHEL, R. B.; TREBIEN, H. A. C.; MENEGATTI, C. L. Coping Religioso/Espiritual na Antessala de UTI: Reflexões sobre a Integração da Espiritualidade nos Cuidados em Saúde. **Interações**, v. 12, n. 22, p. 303-322, 2017.

FERREIRA, A. G. N.; GUBERT, F. A.; MARTINS, A. K. L. GALVÃO, M. T. G.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 4, n. 32, p. 744-50, dez. 2011.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. São Paulo: Vozes, 2017.

GLAZ, S. The relationship of forgiveness and values with meaning in life of polish students. **J Relig Health**, v. 58, p. 1886-1907, 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00860-4>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. The environmental theory by Florence Nightingale in the teaching of the nursing school Anna Nery (1962 - 1968). **Esc. Anna Nery** [online], v. 15, n. 4, p. 755-761, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DPf34fZ4r6L7npSSs3V9BFS/abstract/?lang=pt>.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERRERA, S. E. R. **Reconstrução do processo de formação e desenvolvimento da área de Estudos da Religião nas Ciências Sociais Brasileiras**. (Tese de Doutorado em Sociologia) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia da UFRGS, Porto Alegre, p. 399. 2004.

HORN, S.R.; CHARNEY, D.S.; FEDER, A. Understanding resilience: new approaches for preventing and treating PTSD. **Exp Neurol**. v. 284, p.119 – 132, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27417856/>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

HORNOR, G. Resilience. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 31, n. 3, p. 384-390, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28433064/>>. Acesso em: 05 Maio de 2022..

HOUAIS, A.; VILLAR, S. M.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houais da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HYBELS, B. **Ocupado demais para deixar de orar: diminuindo o ritmo para estar com Deus**, São Paulo: Hagnos, 2009.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENIG, H. G. **Spirituality and health research: methods, measurements, statistics and resources**. West Conshohocken: Templeton Foundation Press, 2011.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; HAYS, J. C.; LARSON, D. B.; COHEN, H. J. BLAZER, D. G. The Relationship between religious activities and blood pressure in older adults. **Intl. J. Psychiatry in Medicine**, vol. 28, n. 2, p. 189-213, 1998.

KREMER, H.; IRONSON, G. Longitudinal spiritual coping with trauma in people with HIV: implications for health care. **AIDS Patient Care STDS**. v. 28, n. 3, p. 144-154, 2014. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/apc.2013.0280>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- LARIMORE, W.; MULLINS, T. **God's design for the highly healthy person**. Grand Rapids, Michigan: Zondervan, 2003.
- LEIBOVICI, L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 323, N. 7327, P. 1450-1451, 2001.
- LOPES, J., ROUZE, M. L., ABDALA, G. A., SARKIS, O., ALBERTO, M. O impacto da reabilitação aquática associada à oração no desempenho funcional de pacientes pós-acidente vascular encefálico. **Saúde Coletiva** [en linea], v. 37, n. 7, p. 9-14, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212110003>. Acesso em: 07 mar. 2022.
- LOPES, V. R.; MARTINS, M. C. F. Validação fatorial da escala de resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para brasileiros. **Rev Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 36-50, 2011.
- LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.
- MANCHOLA, C.; BRAZÃO, E.; PULSCHEN, A.; SANTOS, M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em uma unidade de saúde especializada. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 165-175, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/6BnM8VtXDPBqtc4jhGyHLSc/?lang=pt>>. Acesso em: 07 mar. 2022.
- MANNIX, K. **Precisamos falar sobre a morte**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- MASCALZONI, D.; PETRINI, C.; TARUSCIO, D.; Gainotti, S. (2017). The role of solidarity(-ies) in rare diseases research. *In*: Posada de la Paz, M.; Taruscio, D.; Groft, S. (eds). **Rare diseases epidemiology: update and overview**. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1031. Springer, Cham. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-67144-4_31. Acesso em: 04 abr 2022.
- MCMILLAN, K.; TAYLOR, E. J. Hospitalized patients' responses to offers of prayer. **Journal of religion and health**, v. 57, n. 1, p. 279-290, 2018.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

MEIRA, S. M. J. N.; T. C. ALVES, 2020. A vivência da espiritualidade por usuários de substâncias psicoativas de comunidade terapêutica do sudoeste baiano. **Revista Cenas Educacionais**, v. 3, n. e8410, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/8410/5589>. Acesso em 07 mar. 2022.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5113>. Acesso em: 07 mar. 2022.

MIRANDA, T. P. S.; CALDEIRA, S.; OLIVEIRA, H. F. Intercessory prayer on spiritual distress, spiritual coping, anxiety, depression and salivary amylase in breast cancer patients during radiotherapy: randomized clinical trial. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 365-380, 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00827-5>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

MONDIN, B. **O homem, quem é ele?** Elementos de Antropologia Filosófica. São Paulo: Paulus, 2003.

NEGRO-DELLACQUA, M; SÁ-JUNIOR, A. R.; SOUSA, I. F.; LIMA, K. M. Panorama sobre espiritualidade e saúde: o que literatura científica aponta sobre o tema nos últimos 5 anos? **Res Soc Dev.**, v. 8, n. 7, p. e10871103, 2019.

NEIMEYER, R. **Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application.** Washington: Taylor and Francis, 1994.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez; 1989.

NOWAK, M. A.; MCAVOY, A.; ALLEN, B. WILSON, E. The general form of Hamilton's rule makes no predictions and cannot be tested empirically. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 114, n. 22, p. 1-6, 2017.

OGUISSO, T. **Trajatória histórica legal da enfermagem.** 2. Ed. Barueri: Manole, 2007.

OLIVEIRA, K. S.; NAKANO, T. C. Avaliação da resiliência em psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. **Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 73-83, 2018.

OLIVEIRA, S. S. W.; AMARAL, V. R. S.; VASCONCELOS, R. S.; LIMA, E. R.; & SÁ, K. N. O uso da prática espiritual no tratamento da dor de pessoas com câncer. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 52, p. 2232-2239, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2232-2239.

ORIOI-BOSCH, A. Resiliência. **Educ. Méd.** v.15, n. 2, p. 1575-1813, 2012.

PALUMBO, I. C. B.; CHAGAS, S. S. M. Contribuições da teoria ambientalista de Florence Nightingale para a prevenção e tratamento da COVID-19. **Hist enferm Rev eletrônica** [Internet], v. 11, n. esp., p. 39-45, 2020.

PINHO, V. D., FALCONE, E. M. O. Estudo qualitativo sobre fatores facilitadores e dificultadores do perdão interpessoal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 189-208, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/3811>>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

PRAINSACK, B.; BUYX, A. **Solidarity**: reflections on an emerging concept in bioethics. UK: ESP Colour Ltd., 2011.

PRAZERES, Y. S. **Suporte espiritual e religioso a pacientes com câncer, sob os cuidados paliativos, internados no A.C. Camargo Câncer Center**. São Paulo, 2018. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2018.

RENO, R. **Genesis**. Grand Rapids, MI: Brazos Press, 2010.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. D. S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1773-1789, 2014.

ROSA, K.; R.; M.; SILVA, C. R. C. Afetividade e a politização da dor em territórios de vulnerabilidade social: micropolítica e a produção do cuidado. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 15, n. 1, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n1/04.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SALLES, W. F. Paul Ricoeur e a lógica do perdão. **Horizonte**, v. 17, n. 52, p. 414-435, 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2019v17n52p1/14565>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SANTOS, D. M. B. Educação para sentido na vida e valores: percepção de universitários a partir do livro “Em busca de sentido”, de Viktor Frankl. **Rev. bras. Estud. pedagog., Brasília**, v. 100, n. 254, p. 230-251, jan./abr. 2019.

SANTOS, E. S. **Em busca do amor**. 2012. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/33376622/O_Sentido_do_Amor. Acesso em: 07 mar. 2022.

SARNA, N. M. **Genesis**. Pensilvânia: The Jewish Publication Society, 1989.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SANAGIOTTO, A. **A cura pelo amor**. 3. Ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SHELLY, J. A.; MILLER, A. B. **Called to care: a christian theology of nursing**. Downers Grove: InterVarsity Press, 1999.

SHELLY, J. A.; FISH, S. **Spiritual care: the nurse's hole**. Madison: Intervarsity, 1988.

SIMÃO, T. P.; CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C. The effect of prayer on patient's health: systematic literature review. **Religions**, v. 7, n. 11, 2016. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/7/1/11/htm>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SISTO, A; VICINANZA, F; CAMPANOZZI, L.L.; RICCI, G; TARTAGLINI, D.; VITTORADOLFO, T. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. **Medicina**, v. 55, p. 745, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31744109/>. Acesso em: 05 Maio de 2022.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

SOUZA, W., SILVA, J. S. S., SOUZA, R. A. S. O perdão como alternativa ao problema do mal e do pecado na hermenêutica de Paul Ricoeur. **Revista de Cultura Teológica**, Ano XXIV, n. 88, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/culturateo/article/view/rct.i88.28267/pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.

STARK, R. **For the glory of God: how monotheism led to reformations, science, witch-hunts, and the end of slavery**. Princeton: Princeton University Press, 2003.

STEDEFORD, A. **Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

TAJADINI, H.; ZANGIABADI, N.; DIVSALAR, K.; SAFIZADEH, H.; ESMAILI, Z.; RAFIEI, H. Effect of prayer on intensity of migraine headache: a randomized clinical trial. **Journal of Evidence-based Complementary & Alternative Medicine**, v. 22, n. 1, p. 37-40, 2017.

TAUNAY, T. C. D.; GONDIM, F. A. A.; MACEDO, D. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiq Clín**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TAVARES, C. **Espiritualidade para a promoção da saúde e do bem-estar**. 2017. Disponível em: <<http://www.centroloyola.puc-rio.br/espiritualidade-para-a-promocao-da-saude-e-do-bem-estar>>. Acesso em: 07 mar. 2022.

TELLES, I. **Exercício do perdão**. f/d. Disponível em: <https://www.somostodosum.com.br/artigos/espiritualidade/exercicio-do-perdao-2792.html>. Acesso em: 07 mar. 2022.

THIENGO, P. C. S.; GOMES, A. M. T.; MÊRCES, M. C.; COUTO, P. L. S.; FRANÇA, L. C. M.; SILVA, A. N. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enferm**, v. 24, e58692, 2019.

TIDBALL, D. **The message of Leviticus: free to be holy**. Downers Grove: InterVarsity Press, 2005.

TIMM, V. Cultura religiosa e promoção de saúde: cuidado, prática, objeto. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 151-152, abr/jun 2015.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000200004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 mar. 2022.

VERNIN, L. R. S.; GONZAGA, L. M.; VALLE, M. O. F. R. D.; SILVA, M. J. P. D.; ERMEL, R. C.; PUGGINA, A. C. História espiritual e preferência de intervenção religiosa de pacientes crônicos cristãos. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n.252, p. 2868-2874, 2019.

WESTBERG, G.; McNAMARA, J. W. **The parish nurse**. Illinois: Augsburg Fortress, 1990.

WHITE, E. G. **Caminho a Cristo**. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2013.

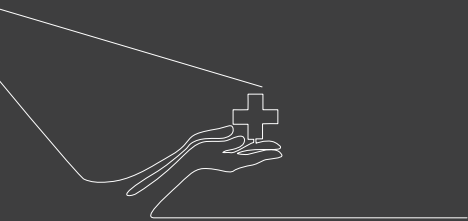
WHITE, E. G. **O Maior discurso de Cristo**. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2020a.

WHITE, E. G. **Testemunhos para a Igreja**. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, v. 3, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Officials Records of the World Health Organization. New York: WHO, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care. 2. Ed. 2020.

YANCEY, P. **Oração: ela faz alguma diferença?** São Paulo: Vida, 2007.



ÍNDICE REMISSIVO

A

Amor e relacionamento 30

Autoperdão 59, 62,

C

CD-Risc (Escala de Resiliência) 67-68

Cosmovisão judaico-cristã 18-19

Cuidados paliativos 47, 110, 112, 115, 117

E

Enfermagem na comunidade de fé 33, 109

Espiritualidade 89, 94, 110, 112-116, 119

F

Filosofia do cuidado 9, 11, 51

Florence Nightingale 21, 25, 112-113, 116-117

H

História espiritual do paciente 43

L

Luto 69

M

Morte e o morrer 69, 115

N

Necessidades espirituais 27, 35

O

Oração 60, 75, 80, 94, 113, 115, 120

Oração intercessora 77-80

P

Perdão 31, 59-60, 109, 117-119

Preceterapia 79

R

Religiosidade 37–39, 43–44, 53, 113, 119

Religiosidade intrínseca 43

Religiosidade não organizacional 43

Religiosidade organizacional 43

Religiosidade prejudicada 37–38

Resiliência 65, 115, 117

S

Sentido da vida 29

Sufrimento espiritual 39–40

Solidariedade 15

T

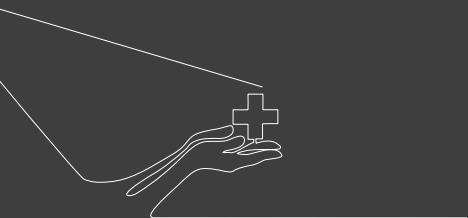
Tanatologia 70

Taxonomia da NANDA 36

Teoria ambientalista 25, 110, 116–117

V

Visão holística 9, 19, 51



SOBRE OS AUTORES

ALLAN MACEDO DE NOVAES

Doutor em Ciência da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) com doutorado sanduíche na Andrews University e período de pesquisador-visitante na University of Notre Dame. Mestre em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (Umesp). Graduado em Teologia e Jornalismo pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Atua como docente da Faculdade de Teologia e Mestrado Profissional em Promoção da Saúde no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

ANA CLÁUDIA BORGES CAVALCANTE MACHADO

Aluna de pós-graduação em Terapia Cognitivo Comportamental na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

ERENITA MARIA SILVA DA COSTA

Especialista em Metodologia e Didática do Ensino Superior pela Universidade dos Grandes Lagos em Rio Preto. Graduada em Teologia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP-SP) e em Pedagogia pela Faculdade de Educação, Ciências e Artes Dom Bosco (Faeca). Atua na Viver Editora e Faculdade DH Educacional.

GINA ANDRADE ABDALA

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UFES). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Atua como docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e do curso de Enfermagem no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Coordenadora do grupo de pesquisa Religiosidade e Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS).

GLEYDIANE SOUSA SOARES

Discente de Enfermagem na Andrews University – EUA.

GRASIELE DE SOUZA HINSCHINK DA SILVA

Discente de Gastronomia e Nutrição no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

LISLEY ANNE RODRIGUES

Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).

MARIA CLARA DE SALES RONDON

Residente em Saúde da Mulher na Pontifícia Universidade Católica (PUC). Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-CAMPINAS).

MARIA DYRCE DIAS MEIRA

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem (Unasp). Atua como docente no Mestrado em Promoção da Saúde no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Coordenadora do grupo de pesquisa Religiosidade e Espiritualidade na Integralidade da Saúde (REIS).

MARLISE PIMENTEL LIMA

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem e em Direito pela Faculdades

Metropolitanas Unidas. Atua como docente na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH – USP Leste).

MAURO ANTÔNIO MONTEIRO BRANDÃO

Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (Uepa). Possui experiência na área de Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade. Atua na Viver Editora e Faculdade DH Educacional.

MÔNICA DE FÁTIMA FREIRES DA SILVA

Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista - UNIP. Especialização em Psicologia do Esporte pelo Instituto Sedes Sapientiae. Atuou como membro fundadora na Associação Brasileira de Psicologia do Esporte - ABRAPESP gestões de 2003 a 2009. Atua como profissional liberal.

NÉLIA DE OLIVEIRA DAMASCENO DA SILVA

Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Adventista da Bahia (Fadba). Atua como diretora de enfermagem no Hospital Adventista Silvestre - RJ.

REGINA CÉLIA GARCIA AMOEDO SABBAG

Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduada em Medicina pela Universidade de Taubaté (Unitau). Atua como Neonatologista em hospitais do Municipal e do estado de São Paulo.

SAMUEL ANDRADE ABDALA

Pós-doutorando em Geociências e Doutor em Geociências pela Loma Linda University. Graduado em Geologia pela Universidade de São Paulo (USP). Atua em Loma Linda University - EUA.

SIMONE CONCEIÇÃO DO AMOR DIVINO

Pós-graduanda em Cardiologia e Hemodinâmica pela Unyleya - RJ. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Sequencial – SP.

VÍVIAN INÁCIO ZORZIM

Doutoranda em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Atua como coordenadora do Curso de Enfermagem e docente no Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp).