



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA LAÍS FREIRE ANGELIM

***COPING* RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE
MÃES COM BEBÊS EM UTI-NEONATAL**

Juazeiro do Norte
2019

MARIA LAÍS FREIRE ANGELIM

***COPING* RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE
MÃES COM BEBÊS EM UTI-NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão
Sampaio, como requisito para a obtenção do
grau de bacharelado em Psicologia.
Orientador: Joaquim Iarley Brito Roque.

Juazeiro do Norte
2019

MARIA LAÍS FREIRE ANGELIM

**COPING RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE MÃES COM
BEBÊS EM UTI-NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação do curso de Psicologia do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para
obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: 04 / 12 / 19

BANCA EXAMINADORA



JOAQUIM IARLEY BRITO ROQUE

Orientador(a)



JOEL LIMA JUNIOR

Avaliador(a):



ANA CAROLINA LUCENA DE SOUZA MORENO

Avaliador(a)

COPING RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE MÃES COM BEBÊS EM UTI-NEONATAL

Maria Laís Freire Angelim¹

Joaquim Iarley Brito Roque²

RESUMO

O presente artigo propõe-se a compreender, a partir de um estudo de caso único, o processo de *coping* religioso como estratégia de enfrentamento de mães com bebês em UTI-Neonatal, entendendo sua importância dentro desse contexto, assim como em relação às formas de atuação da psicóloga e suas possíveis contribuições para a área, podendo ainda construir material de apoio a outros profissionais. Como metodologia de análise de dados, optou-se pela Análise de Discurso através da codificação e categorização das informações. Os dados da pesquisa foram colhidos através de uma entrevista semiestruturada, cuja possuía cinco perguntas norteadoras abordando os temas *religião, religiosidade e espiritualidade* relacionadas ao contexto da UTI-NEO e o processo de hospitalização, além de dados de identificação da entrevistada, resguardando sua identidade. Como resultados, foram encontrados nos discursos da participante as categorias *experiência religiosa*, que se caracteriza como parte constituinte do fenômeno religioso, através de práticas, onde delimitou-se em *dentro do contexto hospitalar*, tendo em vista que diante de situações de agravamento de saúde, faz-se uso de práticas religiosas, e *fora do contexto hospitalar*, apresentando a importância dessas práticas em relação a saúde; *a consciência da espiritualidade*, pois considera-se o homem enquanto ser bio-psico-sócio-espiritual, e o *coping religioso*, onde foi perceptível, juntamente com a literatura, o uso comum dessas estratégias para lidar com o contexto da UTIN. Foi perceptível que a religião faz parte de uma cultura na vida da participante, advinda da família, fazendo-a seguir as doutrinas e crenças semelhantes. Também foi notório que a religião se apresenta como sustentação para as situações adversas no contexto da UTI-Neonatal, onde o *coping* religioso se faz presente enquanto gerenciamento positivo.

Palavras-chave: *Coping* religioso. UTIN. Psicologia.

ABSTRACT

This article aims to understand, from a single case study, the process of religious coping as a strategy for coping with mothers with babies in the neonatal ICU, understanding its importance within this context, as well as in relation to the psychologist's ways of acting and their possible contributions to the studied area, making it possible to build support material for other professionals. As data analysis methodology, Discourse Analysis was chosen through coding and categorization of information. The survey data were collected through a semi-structured interview, which had five guiding questions addressing the themes *religion, religiosity and spirituality* related to the context of the NICU and the hospitalization process, as well as identifying data of the interviewee, protecting her identity. As results, it was found in the participant's speeches the categories *religious experience*, which is characterized as a

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: mlaisfang97@gmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: joaquimiarley@leaosampaio.edu.br

constituent part of the religious phenomenon, through practices, where it was delimited *within the hospital context*, considering that in the face of health worsening situations, religious practices are used, and *outside the hospital context*, presenting the importance of these practices in relation to health; the *awareness of spirituality*, as it's considered man as a bio-psycho-socio-spiritual being, and religious coping, where it was noticeable, along with the literature, the common use of these strategies to deal with the context of the NICU. It was noticeable that religion is part of a culture in the participant's life, coming from the family, making her follow similar doctrines and beliefs. It was also notorious that religion presents itself as a support for adverse situations in the context of the neonatal ICU, where religious coping is present as positive management.

Keywords: Religious coping. NICU. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema principal a religiosidade relacionada a psicologia hospitalar onde, dentro desta, delimitou-se a pesquisar acerca do *coping* religioso como estratégia de enfrentamento de mães com bebês em UTI-Neonatal através de um estudo de caso único.

Compreende-se que desde a descoberta da gravidez até o nascimento do bebê, a mãe possui expectativas em relação à criança, à gestação, ao parto, etc. A partir disso, é importante pensar: o que acontece quando tais expectativas não são atendidas? E quando o bebê não nasce como esperado? E quando é necessário separar mãe e bebê por motivos de saúde? É válido refletir sobre os sentimentos e pensamentos que permeiam essa mãe e como ela lida com tal situação. É importante salientar como as psicólogas podem atuar mediante tal contexto, quais intervenções se pode colocar em prática e quais as contribuições da psicologia no âmbito hospitalar, especificamente no campo neonatal, um campo que além de ser multiprofissional, se caracteriza como uma área tão delicada e que necessita de estudos e práticas psicológicas, tendo em vista as diversas situações ocorrentes nesse contexto.

O interesse pelo tema proposto surgiu mediante a experiência de estágio em um hospital maternidade no Cariri cearense no decorrer da graduação em psicologia. Durante este período, foi notório a presença de comportamentos e crenças religiosas no discurso de mães da NEO como formas de enfrentamento para conseguir lidar com a realidade na qual viviam: a separação do bebê e a ida deste à UTI. Sendo assim, pensou-se qual importância para essas mães de adotar estratégias, especificamente religiosas, para minimizar o sofrimento advindo de um convívio com uma realidade diferente da que desejavam, possibilitando também verificar a hipótese deste estudo acerca da atuação do *coping* religioso enquanto

gerenciamento positivo, como sustentação, de forma que não aliena a mãe diante do quadro clínico do seu RN.

Esta pesquisa propõe-se a compreender o processo de *coping* religioso como estratégia de enfrentamento de mães com bebês em UTI-Neonatal, bem como a importância deste processo no contexto da UTIN, além de discutir brevemente sobre a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar e também multiprofissional na equipe, de forma que possa se construir material como suporte a outros profissionais na elaboração de trabalhos científicos nesta mesma área.

2 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Dalgarrondo (2008) afirma que a religião se caracteriza como uma esfera importante e significativa para o sujeito, além de ser, aparentemente, fundamental em situações impactantes na vida do indivíduo, tais como a morte, estar frente a situações de doenças, de perda de pessoas importantes, etc. Compreende-se religião a partir de um caráter institucional, que conta com regras para o sujeito encontrar a *salvação*, regras estas que se constituem a partir de crenças e mitos, ritos e cerimônias, um sistema ético, que se caracteriza por conter leis, proibições, condutas, etc., e o grupo de fiéis (WILGES, 1995 *apud* DALGARRONDO, 2008; ANGERAMI-CAMON, 2008).

Ao se tratar de religiosidade e espiritualidade, primeiramente, deve-se ter conhecimento que estes não são sinônimos e que cada um é compreendido de forma única, além de apresentar seus conceitos próprios. De acordo com Angerami-Camon (2008), a religiosidade, apesar de ser uma forma de espiritualidade, caracteriza-se pelo desejo, pela vontade por algo superior, uma divindade, onde os caminhos desta podem, também, ser direcionadas por alguma religião. Gordon Allport (1897-1967) elaborou duas classificações acerca da religiosidade: a intrínseca, onde o sujeito busca viver, esforçadamente, conforme as doutrinas que crê, vivendo de maneira saudável com sua religião; e a extrínseca, onde o indivíduo faz uso de sua religião para fins benéficos externos a ele (MURAKAMI, CAMPOS, 2012 *apud* MELO *et al* 2015).

A espiritualidade caracteriza-se por ser a procura de elevação da condição humana que ocorre independentemente da busca de Deus ou de alguma divinização. Acerca desses conceitos, Dalgarrondo (2008) acrescenta que a religiosidade está ligada a algo mais subjetivo, não tão vinculada a instituições religiosas, englobando também crenças pessoais e institucionais. Já em relação a espiritualidade, adiciona que nesta existem crenças em um

poder superior, uma busca de cada um pelo sagrado, que conforme Vergote (1997 *apud* PAIVA, 1998) abarca “realidades invioláveis, como a vida, a liberdade, a família, eventualmente a pátria, valores pelos quais se vive e se morre” (p.159).

Aqui também se considera importante discutir sobre os conceitos de fé e crença, visto que aparecem em muitas concepções dentro deste tema. Segundo Dalgarrondo (2008), a crença se constitui pela aceitação do sujeito frente a alegações que aparentam ser verdade, em outras palavras, “o assentimento voluntário dado a asserções que são tidas como verdadeiras (crenças morais, políticas, religiosas, etc.)” (p.25). O autor ainda aborda que

crer, ter fé, é algo fundamental para as pessoas, não apenas por seu aspecto intelectual ou interno ao campo subjetivo, mas sobretudo porque crer implica uma dimensão performativa dirigida ao mundo externo; ter fé é sempre invocar concretamente o poder do mundo espiritual para os eventos e as experiências da vida diária. (DALGARRONDO, 2008, p.26)

Compreende-se, a partir da citação acima que a fé religiosa é parte constituinte da crença, caracterizando-se como algo que vai além da compreensão humana, impossível de ser averiguada, constatada, empiricamente, composta também de uma força que se apoia exclusivamente e unicamente pela *fé dogmática*. Esta fé se configura por ser o princípio de toda doutrina, baseando-se em algo que não necessita de comprovações para que seja verdade (DALGARRONDO, 2008; ANGERAMI-CAMON, 2008).

3 PSICOLOGIA HOSPITALAR

A psicologia hospitalar tem como finalidade minimizar o sofrimento do paciente ocasionado pelo processo de hospitalização, sendo indispensável compreender não somente o que causou esse processo, mas também as consequências emocionais decorrentes. Para que isso aconteça, o profissional da psicologia precisa ter clareza acerca da sua atuação dentro do ambiente hospitalar, especificamente que essa atuação não possua caráter psicoterápico (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Romero (2008) apresenta que o espaço disponibilizado a psicóloga depende de vários fatores, inclusive da modalidade da instituição hospitalar. As possibilidades a respeito da sua atuação, cuja pode ocorrer em diversos setores, como enfermarias, UTI, por exemplo, contemplam uma gama de demandas e dificuldades fazendo-se necessário um trabalho com equipe multidisciplinar. Este, assim como outros profissionais da instituição, defronta-se com questões emocionais dos pacientes, bem como de seus familiares, geradas a partir de uma

situação crítica. Capitão (1995) afirma que a psicóloga hospitalar também pode se deparar com alguns problemas que requerem posicionamento ético, seja em relação ao tratamento dado à pessoa hospitalizada, seja em relação aos colegas que dividem o âmbito hospitalar.

A entrada da psicologia no hospital é recente, provavelmente a última área a ter de ocupar lugar nessa instituição, sendo assim, Capitão (1995) retrata que devido a esse atraso é que se dá a existência de tamanha banalização do trabalho deste profissional. É entendível o fato da psicologia não ganhar reconhecimento instantaneamente, pois isso acontecerá de acordo com o que for especificado pelo profissional enquanto trabalho da psicologia, ou seja, a psicóloga precisa afirmar seu papel profissional enquanto necessidade, delimitando explicitamente sua prática e técnica, além de respeito à ética profissional. No tocante a relação com outros profissionais do âmbito, é importante que aconteça “num patamar de respeito e consideração dos valores de cada especificidade profissional” (p.52). Sendo assim, devemos continuar nesse campo para obtermos o reconhecimento tanto da nossa profissão quanto da necessidade desta no contexto hospitalar.

Tardivo (2008), acerca da função da psicóloga hospitalar, nos apresenta que este é solicitado por outros profissionais da instituição para responder uma avaliação, atendimento, entre outros, além de desempenhar a função de facilitador na comunicação entre profissionais de saúde e paciente, de forma que a informação necessária chegue a ele de forma adequada e clara.

A psicóloga, enquanto profissional atuante na promoção de saúde, trabalha com a prevenção e com tratamento de doenças, além de focar em proporcionar uma boa relação entre profissional, paciente e família. É importante que a psicóloga também observe com atenção e escute, pacificamente, aquilo que é dito pelo paciente, bem como o não-dito e as outras formas de fala apresentadas. Faz-se necessário também que, além do paciente, a família seja considerada e que receba a atenção da equipe multidisciplinar. Por fim, compreende-se que a psicóloga hospitalar precisa, primeiramente, trabalhar suas limitações, questionamentos e que sua atuação é vasta em atender às necessidades do sujeito, bem como de sua família, que readapta seus papéis frente a mudanças que acontecem tanto individualmente como enquanto sistema (CAMPOS, 1995; ROMANO, 1999).

4 PSICOLOGIA E A UTI NEONATAL

A Neonatologia configura-se como uma especificidade da Pediatria cuja abrange o período desde o nascimento até os 28 dias de idade (LIMA, 2008). Baptista e Furquim (2010)

discorrem que, em casos de risco de vida do RN (recém-nascido), este é enviado a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para receber os devidos cuidados, sendo preciso separar mãe e bebê. A UTI-NEO caracteriza-se como um espaço dedicado aos cuidados do RN, 24 horas por dia, afim de monitorar o seu quadro de saúde através de aparelhos, tais como “monitores cardiorrespiratórios, ventiladores mecânicos, oxímetros, fototerapia, entre outros” (p. 122). Os diagnósticos geralmente são prematuridade, malformação congênita, doenças respiratórias e/ou infecciosas, problemas cardiovasculares, etc. A equipe, cuja é designada como neonatologistas, é composta, por médicos, enfermeiros, psicólogas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros.

O trabalho da psicóloga em casos como este se dá através de intervenções voltadas a equipe, facilitando que possam relatar acerca das dificuldades encontradas diariamente, bem como aos pais do neonato, proporcionando um local para falar sobre suas angústias e medos, a culpabilização, a raiva, etc. (LIMA, 2008). Sendo assim, de forma geral, a função da psicóloga na UTI-NEO constitui-se no acolhimento ao desamparo no confronto da impotência, viabilizando um espaço de questionamentos, sofrimento, contando com o ato de humanizar esse momento cujo é tão delicado.

Diante do que foi discutido até aqui, faz-se necessário abordar acerca da ansiedade materna, que pode ser ocasionada em decorrência de diversos fatores, como por exemplo o nascimento pré-termo de um filho, que se configura como um evento traumático na vida dessa mãe, intervindo em sua saúde mental que, além de causar estresse, ocasiona em muita ansiedade na família, podendo até prejudicar a amamentação (CHEMELLO, 2015; PADOVANI *et al*, 2004 *apud* NARDI *et al*, 2015). O manejo da ansiedade, para que esta não se torne patológica, pode ser realizado através de acompanhamento pós-parto, além de poder se voltar, inicialmente, para intervenções direcionadas ao pré-natal psicológico (PNP), uma atividade complementar ao pré-natal que comumente se conhece que foca na humanização da gestação, parto e parentalidade com o objetivo de prevenir a depressão pós-parto (DPP) através de técnicas como grupos, debates, etc. (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2014; ALMEIDA, ARRAIS, 2016; ARRAIS, ARAÚJO, 2016).

Como já dito anteriormente, a mãe possui diversas expectativas em relação ao filho que vai chegar, idealizando esse bebê. Quando acontecem situações imprevisíveis que interferem na concretização dessas expectativas, a mãe se depara com diversos sentimentos, podendo até se afastar deste RN. Sendo assim, a psicologia pode contribuir orientando acerca da vinculação mãe-bebê. De acordo com a teoria de Winnicott, o bebê possui necessidades a nível corporal, sendo assim a mãe passa por adaptações devido a estas necessidades,

efetivadas através de três funções, como por exemplo o *holding*, onde se ressalta “o modo de segurar a criança, a princípio fisicamente, mas também psiquicamente” (ARCANGIOLI, 1995, p.185).

Vale ressaltar também a importância dessa mãe possuir uma rede de apoio familiar durante o puerpério, ainda mais quando esta passa por uma situação estressora neste período, tendo em vista que ela necessitará de suporte durante a reorganização de seu organismo (BARBOSA, 2005).

5 *COPING* RELIGIOSO

Existem diversas pesquisas abordando a influência da religião na vida dos sujeitos, pesquisas estas que também discutem acerca da relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade, onde afirmam que tal correlação é válida. Muitos profissionais da área da saúde têm se deparado com a relevância de práticas religiosas/espirituais tanto para o restabelecimento da saúde física e mental quanto para lidar com situações adversas vivenciadas no cotidiano (LEVIN, VANDERPOOL, 1991; LEVIN, 1994; EPPERLY, 2000 *apud* PANZINI *et al*, 2007). Pargament (1997 *apud* DALGALARRONDO, 2008) também aborda que a religião possui função essencial como uma maneira de enfrentar as “demandas, perdas e dificuldades internas ou externas” (p.187).

Dalgarrondo (2006) apresenta que indivíduos que realizam atividades religiosas, como ir a cultos, ter hábitos de leituras religiosas, etc. possuem menor preponderância de ter depressão, menor risco de suicídio e uso ou dependência de álcool e outras drogas, evidenciando assim um maior bem-estar psicológico. O autor também discute que “o apoio social dos grupos religiosos, a disponibilidade de um sistema de crenças que propicia sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo a comportamentos saudáveis e regras referentes a estilos de vida propiciadores de saúde” (p.177) são fatores essenciais que atuam de modo positivo acerca da saúde mental.

Muito se é analisado sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e Qualidade de Vida (QV) que, conforme as discute Skevington (2002 *apud* PANZINI *et al*, 2007), ainda não existe uma unanimidade acerca de sua definição, tornando-se uma área bastante discutida (FLECK, 2008 *apud* MEDEIROS, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS - *World Health Organization* - WHO) sugere uma conceituação de que a QV é “a percepção da pessoa de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ela vive em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações” (1997 *apud* MEDEIROS,

2010, p.20). A OMS ainda discute que existem aspectos que devem ser considerados importantes para a compreensão desse conceito:

primeiramente, reconhece-se a *subjetividade*, ou seja, na percepção de qualidade de vida, é a perspectiva do indivíduo que realmente conta [...]. Em segundo lugar, reconhece-se nessa definição, o aspecto da *multidimensionalidade*, isto é, a qualidade de vida é formada por várias dimensões. [...]. Em terceiro lugar, reconhece-se nesse construto a necessidade da *presença de dimensões positivas e negativas*. Nesse sentido, para que seja verificada uma “satisfatória” qualidade de vida, faz-se necessário que alguns elementos estejam presentes (por exemplo, mobilidade) e outros estejam ausentes (por exemplo, dor) (FLECK *et al*, 1999 *apud* MEDEIROS, 2010, 20-21).

Isto é, ao se falar sobre Qualidade de Vida deve-se levar em consideração não somente o conceito propriamente dito, mas sim tudo aquilo que pode englobar o sujeito e auxiliar numa melhor compreensão acerca dele. Sendo assim, tendo em vista que as crenças e atividades religiosas estão ligadas a melhoria da saúde física e mental, qualidade de vida, entre outros aspectos, o *coping* religioso se destaca como um fator vinculado a QV.

O *coping* configura-se como uma forma de relação entre sujeito e meio, como um “conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais” (p.128), utilizadas com a finalidade de gerenciar situações estressantes. A religião, de acordo com Pargament (1997, *apud* PANZINI, BANDEIRA, 2007), pode adentrar o *coping* como parte, contribuinte ou resultado deste, sendo assim, a partir do momento que o sujeito foca na sua religião para enfrentar, suportar o estresse, ocorre o *coping* religioso. Este tipo de *coping* se caracteriza pela utilização de crenças e comportamentos religiosos para simplificar a resposta a seus problemas, além de precaver ou amenizar as consequências emocionais advindas de situações estressantes (KOENIG *et al* 1998, *apud* PANZINI, BANDEIRA, 2007).

Este enfrentamento possui estratégias que podem ser classificadas em duas: o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção. No primeiro, o indivíduo lida diretamente com o estressor, podendo assim ser considerada como uma estratégia otimista, pois este sujeito encara o estresse como um desafio, tendo a sensação de controle de situação. Sua função consiste em modificar esse estressor que está ocasionando aflição entre a pessoa e seu meio. Já no segundo tipo, o indivíduo tenta não sentir o problema, sendo assim, considera-se esta estratégia como pessimista, pois aqui o sujeito encara o estresse como uma ameaça, não possuindo a sensação de controle da situação (por exemplo, fazer uso de calmantes, fumar um cigarro, etc.) (FOLKMAN, LAZARUS, 1980 *apud* ANTONIAZZI, DELL’AGLIO, BANDEIRA, 1998).

Pargament *et al* (1998 *apud* PANZINI, BANDEIRA, 2007) sugerem classificações de estilos de *coping*, sendo positivo e negativo. Na classificação positiva, são contemplados três estilos: 1) a autodireção, o sujeito aparece de forma mais ativa, diante da situação estressora, e Deus de forma mais passiva; 2) na colaboração, há, como o próprio nome diz, uma colaboração, cooperação entre Deus e o indivíduo na resolução do problema; por fim, 3) na renúncia, o sujeito opta por abdicar de sua vontade em prol da vontade de Deus. Já na classificação negativa, são considerados dois estilos: 1) na delegação, o indivíduo designa a Deus a responsabilidade na resolução dos problemas, tornando-se passivo diante da situação; 2) já na súplica, o sujeito tenta manipular a vontade de Deus por meio de pedidos por sua intervenção divina.

6 METODOLOGIA

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa apresenta-se como descritiva, no que diz respeito aos seus objetivos, e quantitativa-qualitativa, no que tange à natureza dos seus dados. Em relação a modalidade, configura-se como um estudo de caso único, escolhido mediante interesse da pesquisadora em aprofundar, através desta, o que se pretende nesse estudo.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Foi realizada em um hospital maternidade na região do Cariri cearense, conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde são disponibilizados de serviços de Maternidade, especializada em parto humanizado, Urgência, Clínica Obstétrica, Cirúrgica e Médica, Banco de Leite, Alojamento Conjunto, Sala de Exames e UTI Neonatal, construída em 2006 caracterizando-se como referência na região, dividida em dez leitos de terapia intensiva e quatorze de médio risco.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

O presente estudo possuiu como público-alvo uma mãe da UTI-Neonatal. Para ser possível a seleção do caso a ser estudado, a pesquisa contou como critérios de inclusão, possuir o bebê na UTI-NEO, e exclusão, possuir o bebê no Berçário Médio Risco ou

Alojamento Conjunto, bem como se recusar a assinalar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Termo de Consentimento Pós-esclarecido (TCPE) e Autorização de Voz e Imagem.

Diante dos critérios acima, participou da pesquisa uma única mãe da UTI-Neonatal. A participante, do sexo feminino, 30 anos, branca, autônoma, casada e possui como religião o catolicismo por influência cultural da família. A mesma reside na região do hospital maternidade, facilitando o acesso cotidiano à instituição para visitas e cuidados a sua bebê, primogênita do seu casamento, cuja deu entrada no setor da UTI-Neonatal no final do mês de outubro de 2019, devido ao quadro de prematuridade extrema e desconforto respiratório.

6.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa, na qual foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, segue às Resoluções N°510/16 e N°466/12, cujas dispõem-se acerca das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, respectivamente. O estudo também dispôs do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE). Também foi utilizado o Termo de Autorização de Voz e Imagem, para que a entrevista necessária fosse gravada com a finalidade de transcrevê-la na pesquisa, respeitando e preservando a identidade da participante.

6.5 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, optou-se pela entrevista do tipo semi-estruturada, (APÊNDICE A). O instrumento que foi utilizado contou com cinco perguntas norteadoras para o processo, abordando como temas principais religião, religiosidade e espiritualidade relacionadas ao contexto da UTI-Neonatal e o processo de hospitalização, além de dados de identificação da entrevistada, resguardando sua identidade.

A abordagem à participante foi feita mediante apresentação da pesquisadora enquanto discente do curso de Psicologia, exibindo a temática abordada na pesquisa, bem como a finalidade da realização desta. Previamente a aplicação do instrumento, foi realizado um breve preparo da mãe entrevistada, explicitando a temática em questão, além de se dispor a esclarecer possíveis dúvidas que viessem a existir durante o processo. Também foi explicado

que a participante poderia se abster de responder alguma pergunta, assim como do direito de interromper a entrevista, em algum momento, caso se sentisse desconfortável.

6.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise de dados, optou-se como metodologia a Análise de Discurso onde, de acordo com Spink e Medrado (2013), o discurso faz referência a utilização de maneira institucionalizada da linguagem, onde tal processo pode acontecer em diferentes grupos sociais, cada qual com seus discursos próprios.

Os dados apresentados na entrevista, após ser realizado o processo de transcrição dos dados coletados, foram analisados a partir da construção do mapa de associação de ideias. Esta técnica constitui-se, primeiramente, em estabelecer categorias gerais, resguardando o seguimento das falas apresentadas, e, por fim, “identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevista” (p.84), seja por fragmentos ou não. (SPINK, LIMA, 2013).

Diante disso, após análise profunda do discurso da participante e construção do mapa de associação de ideias, os dados apresentados a partir do discurso, foram categorizados em: *experiência religiosa*, sendo esta subdividida em *dentro do contexto hospitalar* e *fora do contexto hospitalar*; *consciência da espiritualidade* e *coping religioso*, explicitados no seguinte mapa:

Mapa 1: fragmentos do discurso e suas respectivas categorias.

Experiência religiosa		Consciência da espiritualidade	<i>Coping religioso</i>
Fora do contexto hospitalar	Dentro do contexto hospitalar		
	<i>Se não fosse minha religião, se não fosse Deus, eu não sei o que... seria de mim não.</i>		
	<i>E eu me apego muito a minha religião, a minha fé pra... pra conseguir</i>		

	<i>levantar</i>		
<i>Assim que eu saí do hospital a primeira coisa que eu fiz foi ir pra missa, e eu tava querendo muito ir a missa, mesmo 'tando' operada, mas eu queria muito ir a missa e foi a primeira coisa que eu fiz.</i>			
			<i>Ela teve uma apneia e eu me assustei muito [...] foi o dia que eu mais, acho que eu mais rezei lá dentro. [...] Mas todo dia eu faço minhas orações lá, eu, meu esposo, todo dia,</i>
		<i>Não é nem a questão DA religião, é Deus. Independente de ser católica, se eu fosse evangélica ou sendo qualquer outra religião que eu tivesse mas eu tenho muita fé NELE [...]</i>	

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados necessários para a discussão foram colhidos através de uma entrevista semiestruturada gravada com uma única mãe da UTI Neonatal, residente da região, que possui bebê no setor da instituição desde o mês de outubro do respectivo ano devido ao parto pré-termo. Para que fosse possível apresentar os resultados e discussão dos dados obtidos, a entrevista com a mãe participante foi transcrita para possibilitar a interpretação e categorização dos dados.

Mediante as informações colhidas e a partir da construção do mapa de associação de ideias, respeitando as etapas que constituem a técnica utilizada, foram delimitadas em três categorias: *experiência religiosa*, subcategorizada em *dentro do contexto hospitalar* e *fora do*

contexto hospitalar, consciência da espiritualidade e coping religioso, nas quais serão descritas a seguir.

7.1 EXPERIÊNCIA RELIGIOSA

Foi notório, fortemente, a presença da experiência religiosa da participante tanto dentro do contexto hospitalar quando fora dele. A experiência religiosa, conforme aborda James (1936 *apud* PAIVA, 1998), se configura como “a capacidade de entrar em comunhão direta com o divino por um sentimento de singular intensidade e solenidade” (p. 154) e que se amplia enquanto uma percepção do Infinito, do Divino, do Sagrado, concepções trazidas por Schleiermacher, James e Otto, respectivamente. Experiência religiosa também é descrita por Vaz (1986 *apud* AMATUZZI, 1998) como “uma experiência do Sagrado” (p. 54) onde revela-se através de eventos específicos a partir da comunicação com o desconhecido.

Stark (1965 *apud* PAIVA, 1998) ainda acrescenta que a experiência religiosa também se caracteriza enquanto uma das dimensões religiosas existentes que inclui sentimentos, sensações que causam impacto ou, ainda, que são estabelecidos pelo grupo religioso afim de ocasionar uma comunicação com alguma autoridade transcendente, como por exemplo Deus. O autor ainda classifica a experiência religiosa em *confirmatória*, nesta se gera um sentimento inesperado de que as crenças são reais; *responsiva*, onde o sujeito tem consciência de que sua divindade sabe de sua existência, havendo aqui uma reciprocidade; *extática*, diferente da reciprocidade da experiência anterior, há aqui uma relação mais íntima entre a autoridade transcendente e o sujeito; e, por fim, *revelatória*, onde o indivíduo adquire de sua divindade “a confiança de seus desejos e intenções” (p. 158).

É possível, e válido, ainda discutir sobre a experiência religiosa enquanto um encontro, onde, inicialmente, compreende-se que existe nela a comunicação do sujeito com algo externo a ele, possuindo como finalidade o transcendente, agindo de maneira transformadora na vida e no cotidiano desse sujeito. (BUBER, 1984/1991 *apud* AMATUZZI, 1998). Aqui também é citada a reciprocidade entre indivíduo e o Divino, que se assemelha a experiência religiosa responsiva, citada acima.

A partir das leituras feitas por Dalgarrondo (2008), é possível compreender que as práticas religiosas constituem a experiência religiosa, cuja está inserida no fenômeno religioso, como também parte importante deste. Frente a isso, e juntamente com o discurso da participante, considera-se importante discutir a experiência religiosa dentro e fora do contexto hospitalar, visto que foi notório no discurso.

7.1.1 Dentro do contexto hospitalar

Ao ser questionada acerca da importância da religião ou espiritualidade, se existente, na sua vida, a participante afirma que existe e em seguida responde que

“se não fosse minha religião, se não fosse Deus, eu não sei o que... seria de mim não. [...] e eu me apego muito a minha religião, a minha fé pra... pra conseguir levantar”

Foi notório que a mãe participante se referiu a religião, enquanto instituição possuidora de crenças, doutrinas, ritos, etc., como uma forma de sustentação, como um auxílio para enfrentar as dificuldades vivenciadas no período de internação. Além da religião, também foi perceptível a forte fé em Deus, para lidar com a situação da permanência da filha na UTI-Neonatal, apresentando-se como uma estratégia de enfrentamento sem aliená-la diante da realidade.

Muitas pessoas outorgam a Deus a solução e o surgimento dos problemas de saúde manifestadas, como também o procuram como mecanismo de enfrentamento para lidar com tais situações (PARGAMENT, 1990 *apud* FARIA, SEIDL, 2005). Diante disso, faz-se necessário pesquisas acerca do enfrentamento religioso tendo em vista que as pessoas, no percurso da vida, defrontam-se com diversas situações desafiadoras, causadoras de sofrimento, mudanças, entre outras, podendo conduzi-las “a um processo dinâmico de enfrentamento no qual crenças e práticas religiosas podem estar inseridas” (HARRISON *et al* 2001 *apud* FARIA, SEIDL, 2005, p. 383).

É notória a procura pela religião influenciada por situações adoecedoras onde o Sagrado desempenha a função assistencial, como uma opção associada ao papel médico, podendo ser compreendido “como um ajuste às demandas sociais” (p. 669). A experiência com o transcendente frente às situações adversas proporciona ao sujeito elaborar um sentido para sua aflição através de aspectos religiosos, crenças e símbolos, por exemplo. Uma situação de agravamento da saúde também pode apresentar-se ao sujeito como período determinante onde este irá procurar por suporte e alívio e, em consonância disso, é possível entender que a fé favorece e colabora com a melhora da saúde proporcionando um sentimento de controle e equilíbrio na vida (MOTA, TRAD, VILLAS BOAS, 2012). Esta fé, que é religiosa, também é entendida enquanto “crença em uma força superior que transcende o

humano independente da vivência de rituais ou manifestações religiosas de uma religião organizada específica” (MEDEIROS, 2012, p. 86)

Se faz de extrema relevância que os profissionais envolvidos na área da saúde se atentem à religião enquanto “fenômeno humano recorrente, constitutivo da subjetividade” (p. 20) de modo que percebam a importância de se dar atenção e destaque a essa dimensão (LARSON *et al*, 1986 *apud* DALGALARRONDO, 2008).

A partir desse fato, e do que foi discutido até então, é possível estabelecer uma relação entre a notoriedade da dimensão religiosa, levando em consideração a experiência e as práticas, com o objetivo da Psicologia Hospitalar abordado por Angerami-Camon (2010). É de suma importância que a psicóloga hospitalar não desconsidere a experiência religiosa, bem como as práticas realizadas (orações, louvores, leituras, etc.), do indivíduo hospitalizado, pois compreende-se que tais fatores influenciam na melhora do quadro clínico, além de oferecer alívio diante do sofrimento da hospitalização, entrando em consonância com o que propõe a Psicologia Hospitalar.

7.1.2 Fora do contexto hospitalar

Ao ser perguntada sobre o uso de alguma prática religiosa ou espiritual durante o processo de hospitalização, se existente, a participante afirma que frequenta a capela da instituição, onde sempre faz suas orações. No entanto, acrescenta também que leva suas práticas religiosas para fora do contexto hospitalar:

“assim que eu saí do hospital a primeira coisa que eu fiz foi ir pra missa, e eu tava querendo muito ir a missa, mesmo ‘tando’ operada, mas eu queria muito ir a missa e foi a primeira coisa que eu fiz.”

Diante do discurso da mãe participante, foi possível perceber uma grande dedicação à realização das práticas religiosas em sua vida, ida à missa, orações, rezas, etc. seja como forma de agradecimento, seja para pedir pelas divinas intervenções.

Aqui também é possível notar que, em períodos de agravamento da saúde, é comum as instituições religiosas serem procuradas pelas pessoas devido serem reconhecidas, tradicionalmente, enquanto recurso para “apoio emocional, prática assistencial e caridade aos enfermos e necessitados” (p. 385). Enfatiza-se também o fato de que muitas pessoas possuem como referência a sua religião quando são questionadas sobre como encaram as situações adversas (ELLISON, 1994, PARGAMENT *et al*, 2000 *apud* FARIA, SEIDL, 2005).

Segundo Esperandio (2017), práticas religiosas, tais como a ida frequente às missas, novenas, oração e a realização de atividades voluntárias se configuram enquanto indícios de *coping* religioso positivo.

Por meio de leituras, compreende-se que tais práticas religiosas, assim como a experiência religiosa em si, fazem parte de um cuidado espiritual. De acordo com Taylor (2007 *apud* CALDEIRA, 2009, p. 159) o cuidado espiritual caracteriza-se como “qualquer intervenção que suporte a ligação entre o *self*, os outros e o sagrado, que facilite o *empowerment* e resulte em saúde espiritual”.

A participante também aborda em seu discurso a utilização da reza, que além de uma prática religiosa, parte constituinte da experiência religiosa, também se configura enquanto estratégia de *coping* religioso. Algumas pesquisas apresentam que o ato de rezar se caracteriza enquanto consequência da vivência da espiritualidade. Ainda apontam que o rezar proporciona ao sujeito um bem-estar psicológico, apresentando-se enquanto uma relação com resultado positivo (MERAVIDGLIA, 1999; CARSON, KOENIG, 2004; TAYLOR, 2003 *apud* CALDEIRA, 2009).

Estudos indicam que existe uma relação significativa entre bons índices de saúde, tanto física quanto mental, e religiosidade /espiritualidade. Há indícios de que o envolvimento do sujeito com essa dimensão ocasiona em resultados positivos no tocante a sensação de dor, doenças como o câncer e até mesmo com a mortalidade. Além disso, também é notório a relação com níveis satisfatórios de vida e bem-estar. (KOENIG, 2001; KOENIG *et al*, 2001 *apud* PANZINI, BANDEIRA, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, NETO, KOENIG, 2006). Em consonância a isso, estudos apresentam que a religiosidade demonstra atenuar o impacto do estresse físico, podendo também complementar a relação positiva entre saúde e religião (MASTERS *et al.*, 2004; HEFTI, 2009 *apud* HEFTI, ESPERANDIO, 2016)

7.2 CONSCIÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE

Inicialmente, após o esclarecimento do que seria espiritualidade, a mãe participante não julgou possuí-la mediante a pergunta inicial (pergunta 1), trazendo somente acerca da religião católica, no tocante a ser ativa e assídua para com as práticas. A partir de seus relatos, foi notória a importância da religião para ela, contudo, no decorrer da entrevista, a participante afirma que

“não é nem a questão DA religião, é Deus. Independente de ser católica, se eu fosse evangélica ou sendo qualquer outra religião que eu tivesse mas eu tenho muita fé NELE [...]”

Diante do discurso acima, é notório a presença da dimensão da espiritualidade a partir do momento na qual a participante enfatiza sua relação e fé em Deus, trazendo ainda que isso aconteceria independentemente de qualquer religião, contudo isso não foi percebido pela mãe participante.

Neste tópico, é importante recapitular o que seria espiritualidade: a procura do ser humano pelo transcendente. Por mais comum que seja associá-la ao religioso, é válido abordar que a espiritualidade também pode ser vista em pessoas que não possuem relações com quaisquer instituições religiosas (MEDEIROS, 2012).

Acredita-se no ser humano enquanto ser bio-psico-sócio-espiritual, onde tal proposta também pode ser encontrada na Logoterapia de Viktor Frankl, cuja possui como pilares fundamentais para sua teoria a consideração do homem enquanto ser biológico, sociológico, psicológico e espiritual (GOMES, 1992).

Esse modelo assinala que o sujeito possui necessidades espirituais, para além das comumente conhecidas (biológicas, psicológicas e sociais) e que, em momentos de problemas de saúde e aflições, estas necessidades se sobressaem em relação as outras citadas (KOENIG, 2012 *apud* HEFTI, ESPERANDIO, 2016). A proposta foi inicialmente voltada para pessoas em cuidados paliativos pelo americano Daniel Sulmasy, porém surgem controvérsias em relação ao direcionamento específico a estes casos, pois as demandas espirituais podem se manifestar em diversos momentos da vida humana, inclusive em momentos nos quais o sujeito sente que sua existência está sendo comprometida.

A partir disso, compreende-se tanto a relevância da espiritualidade relacionada a saúde, quanto a importância dos profissionais que atuam na área da saúde entenderem a influência desta dimensão nos cuidados em situações de doença (LEVIN, LARSON, PUCHALSKI, 1997 *apud* OLIVEIRA *et al*, 2013) dentro do modelo holístico.

7.3 COPING RELIGIOSO

Durante a entrevista, foi questionado a mãe participante se a mesma, em algum momento, já havia se deparado diante de alguma situação na qual se viu pensando em Deus na UTI-Neonatal, onde, de forma quase imediata, respondeu que pensa a todo momento,

contudo, respondeu à pergunta exemplificando esses momentos durante a realização de um procedimento em sua filha:

“ela teve uma apneia e eu me assustei muito [...] foi o dia que eu mais, acho que eu mais rezei lá dentro. [...] Mas todo dia eu faço minhas orações lá, eu, meu esposo, todo dia.

Foi possível notar que as rezas na situação acima foram ocasionadas pela sensação de medo de perder da filha, cuja foi planejada pelo casal, para a morte, por outro lado, pode-se considerar também as rezas enquanto forma de agradecimento pela filha continuar viva. Ambas as situações se caracterizam enquanto estratégias de enfrentamento diante do evento estressor (a possibilidade do óbito do bebê).

A partir disso, entende-se que a ida de um bebê a UTI-Neonatal traduz-se para a família, e para o próprio, como uma situação de crise, repleta de sentimentos, conflitos, entre outros, se caracterizando, portanto, como um espaço que requer uma atenção especial. (BRASIL, 2002).

Inicialmente, ao adentram ao ambiente da UTIN, os genitores vivenciam diversas sensações frente a uma realidade diferente da que havia sido planejada e, até mesmo aqueles que receberam, antecipadamente, informações sobre a possibilidade de o bebê necessitar dos cuidados intensivos podem vir a experienciar sensações semelhantes (BRAGA, MORSCH, 2003). Compreendendo isso, é possível dizer que a hospitalização potencializa sentimento de culpa, ansiedade, revolta, incapacidade, entre outros (SCOCHI, 2004 *apud* RAAD, CRUZ, NASCIMENTO, 2006).

Folkman *et al* (1986 *apud* FARIA, SEIDL, 2005) discutem sobre Modelo Interativo do Estresse, cujo determina-se pelo empenho comportamental e cognitivo direcionados ao gerenciamento de exigências internas ou externas. Com base nesse modelo, “a seleção das respostas de enfrentamento diante de situações estressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas” (p. 382). Em face disso, compreende-se que a situação será vista como estressante, adversa, a partir da análise feita pelo indivíduo, ou seja, a utilização das estratégias de cunho religioso/espiritual será realizada mediante experiência do indivíduo ou, ainda, mediante maneira de como a situação é vista (BRONFENBRENNER, 2011 *apud* ESPERANDIO *et al*, 2017).

Diante do discurso apresentado pela participante, é notório a utilização do *coping* religioso, bem como sua importância mediante contexto. Na literatura, Loss *et al* (2015) discorrem acerca de relatos do uso de estratégias trazidas pelas mães da NEO como formas de

enfrentar as demandas exigidas pelo contexto da UTI, onde, assim como no caso da mãe participante, o uso dirige-se às práticas religiosas.

Ainda em consonância com a pesquisa dos autores, foi perceptível que a participante segue a mesma religião que a família, possuindo assim uma cultura religiosa que aqui configura-se como variável influente na resposta para lidar com a situação (FARIA, SEIDL, 2006 *apud* LOSS *et al*, 2015). Pargament (1997 *apud* FARIA, SEIDL, 2005) acrescenta que a influência da cultura no enfrentamento deve ser ponderada justamente pelo fato desta ser capaz de delinear as análises das situações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho visou abordar o *coping* religioso enquanto estratégia de enfrentamento de mães da UTI-Neonatal como gerenciamento da situação estressora vivenciada. Para isso foi de fundamental importância tratar de explicar desde a conceituação da Psicologia Hospitalar, juntamente com seu objetivo, perpassando pela a UTI-NEO, como se caracteriza este espaço, qual sua função, abordando também a conceituação e diferenciação de religião, religiosidade e espiritualidade, tendo em vista que ainda são confundidos entre si, chegando, por fim, em *coping* religioso, qual seu papel, como ocorre, como se configura, etc.

Com a realização desta pesquisa, foi possível notar que a religião, com todas suas doutrinas, ritos, etc., se constitui como algo muito presente no cotidiano da participante, onde suas crenças e práticas religiosas influenciam positivamente a maneira de lidar com a situação estressora na qual vivencia. Apesar de não notada pela participante, percebeu-se a presença da dimensão espiritual e sua relevância no contexto na qual a mãe está inserida. A partir disso, ressalta-se a importância de se colocar em prática o cuidado holístico, de forma que os profissionais que atuam na área da saúde compreendam e considerem o ser humano enquanto ser bio-psico-sócio-espiritual.

Um ponto a ser destacado é a notória inserção da participante dentro de uma cultura familiar no tocante a religião, o que acarretou na “escolha” do catolicismo, contemplando suas crenças, práticas, ritos, etc. Devido a isso, foi percebido o uso dessa religião como sua sustentação. Frente a isso, ressalta-se a importância de *coping* religioso/espiritual enquanto interação do sujeito com o meio através de sua análise da situação estressora. Tais fatores foram contribuintes para a confirmação da hipótese de que a atuação do CRE se apresenta enquanto gerenciamento positivo, bem como de sustentação, de forma que não aliena a mãe diante do quadro clínico do seu bebê.

Foi percebido que os conceitos relacionados a religião, religiosidade e espiritualidade, tais como o de experiência religiosa, fenômeno religioso, e afins, se complementam, facilitando uma interpretação mais aprofundada desses temas relacionados aos discursos apresentados. No entanto, foram encontradas dificuldades no processo de construção desse trabalho, tais como o de encontrar pesquisas que abordem o tema “consciência espiritual”, ou seja, a percepção da dimensão espiritual dos sujeitos. A partir disso, faz-se necessário mais pesquisas voltadas a esta área de forma que possa contribuir para futuros trabalhos.

Apesar da confirmação da hipótese, é válido ressaltar que não se deve generalizar a experiência de uma única participante para todas as outras mães que possuem bebês em unidades de terapia intensivas neonatais, mas sim, que se deve utilizar os dados aqui apresentados como parâmetros para futuras pesquisas nesta área, podendo ser útil na construção de ferramentas de trabalho para psicólogas e para outros profissionais que atuam na área da saúde.

Pode-se ainda considerar que, em contextos como esses, alguns profissionais da área da saúde também fazem uso de sua religiosidade/espiritualidade, crenças, etc., como uma forma de prestar suporte ao paciente e/ou família ou até a si mesmo. Por outro lado, não é permitido que a psicóloga faça uso de suas crenças, possuindo ou não, em suas práticas, seja qual for o ambiente que esteja inserida. A partir disso, se faz pertinente construir pesquisas e materiais para profissionais da área da saúde, principalmente psicólogas, sobre o que fazer e como agir diante da religiosidade/espiritualidade apresentada pelo paciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N.M.C., ARRAIS, A.R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à Depressão pós-parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 36 n. 4, p. 847-863. Out./dez., 2016
- AMATUZZI, M.M. Experiência religiosa: busca de uma definição. **Estudos em Psicologia**. v. 15, n. 1, p. 49-65. 1998.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Religiosidade e psicologia: a contemporaneidade da fé religiosa nas lides acadêmicas. *In*: ANGERAMI-CAMON, V.A. **Psicologia e Religião**. Cengage Learning, 2008, p. 1-41.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. O Psicólogo no Hospital. *In*: ANGERAMI-CAMON, V.A. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 1-14.
- ANTONIAZZI, A.D., DELL'AGLIO D.D., BANDEIRA D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos em Psicologia**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

ARCANGIOLI, A.M. Introdução à obra de Winnicott. *In*: NASIO, J.D (org.). **Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. p. 177-201.

ARRAIS, A. R., MOURÃO, M.A., FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.1, p.251-264, 2014

ARRAIS, A.R., ARAÚJO, T.C.C.F. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. **Rev. SBPH.**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.103-116. Jan./jul. 2016

BARBOSA, R.C.M. *et al.* Rede social de apoio à mulher no período puerperal. **Rev. Min. Enf.**, Fortaleza, v.9, n.4, p.361-366. Out./dez. 2005.

BAPTISTA, Adriana Said Daher, FURQUIM, Patrícia Maria. Enfermagem de Obstetrícia. *In*: BAPTISTA, M. N., DIAS, R. R. (orgs.). **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 154-175.

BRAGA, Nina de Almeida, MORSCH, Denise Streit. Os primeiros dias na UTI. *In*: MOREIRA, M.E.L., BRAGA, N.A., MORSCH, D.S. (Orgs.) **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 51-68.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Resolução 510/16, 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 de set de 2019.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 466/12, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 10 de set de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso / Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CALDEIRA, Sílvia. Cuidado espiritual: rezar como intervenção da enfermagem. **CuidArte Enfermagem**. São Paulo, v.3, n. 2, p. 157-164. Jul./dez. 2009.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. 1. ed. São Paulo: EPU, 1995.

CAPITAO, C.G. Ética no contexto hospitalar. *In*: OLIVEIRA, M.F.P., ISMAEL, S.M.C. (orgs.). **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**. 1. ed. Campinas: Papyrus, 1995. p. 49-55.

CHEMELLO, M. R. **Ansiedade materna e relação mãe-bebê**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 28, n. 3, p.177-178. 2006.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, Psicopatologia & Saúde Mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

ESPERANDIO, M.R. *et al.* Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. **Interações.** Belo Horizonte, v. 12, n. 22, p. 303-322. Ago./dez. 2017.

FARIA, J.B., SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** Porto Alegre. v. 18, n. 3, p. 381-389. Set./dez. 2005.

GOMES, José Carlos Vitor. O que é a Logoterapia? *In:* GOMES, J.C.V. **Logoterapia: a psicoterapia existencial humanista de Viktor Emil Frankl.** 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1992. p. 27-31

HEFTI, R. ESPERANDIO, M.R.G. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual: uma abordagem holística de cuidado ao paciente. **Horizonte.** Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47. Jan./mar. 2016

LIMA, Luciana Almeida. Intervenção precoce em neonatologia. *In:* LANGE, Elaine Soares Neves (org.). **Contribuições à Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas.** 1. ed. São Paulo: Vetor Editora, 2008. p. 130-143.

LOSS, A.B.M. *et al.* Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia.** v. 8, n. 1, 3-18. Jan./jun., 2015.

MEDEIROS, B. **A relação entre religiosidade, culpa e avaliação de qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS.** 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MEDEIROS, W.C.M. **A clínica psicológica e a experiência da espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife

MELO, C.F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464. 2015.

MOREIRA-ALMEIDA, A., NETO, F.L., KOENIG, H.G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250. 2006.

MOTA, C.S., TRAD, L.A.B., VILLAS BOAS, M.J.V.B. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. **Interface,** Botucatu, v. 16, n. 42, p. 665-675. Jul./set. 2012.

NARDI, C.G.A *et al.* Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 32, n. 1, p. 129-140. Jan./mar. 2015.

- OLIVEIRA, G.R. *et al.* Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 11, n. 2, p. 140-144. Abr./jun. 2013.
- PAIVA, G.J. Estudos psicológicos da experiência religiosa. **Temas em Psicologia.** São Paulo, v. 6, n. 2, p. 153-160. 1998.
- PANZINI, R.G., BANDEIRA, D.R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 34, suppl 1; p. 126-135, 2007
- PANZINI, R.G. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 34, suppl 1; p. 105-115, 2007
- RAAD, A.J., CRUZ, A.M.C., NASCIMENTO, M.A. A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. **PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora.** v. 7, n. 2, p. 85-92. Jul./dez., 2006.
- ROMANO, Bellikiss Wilma. A família vem ao hospital com seu papel no processo do adoecer. *In:* ROMANO, Bellikiss Wilma (org.). **Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 71-77.
- ROMARO, Rita Aparecida. Intervenções e psicoterapia breve no contexto hospitalar. *In:* LANGE, Elaine Soares Neves (org.). **Contribuições à Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas.** 1. ed. São Paulo: Vetor Editora, 2008. p. 76-91
- SPINK, Mary Jane, MEDRADO, Benedito. Produção de Sentido no Cotidiano. *In:* SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. ed. on-line. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 22-41.
- SPINK, Mary Jane, LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. *In:* SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. ed. on-line. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 71-99.
- TARDIVO, Leila Cury. O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. *In:* LANGE, Elaine Soares Neves (org.). **Contribuições à Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas.** 1. ed. São Paulo: Vetor Editora, 2008. p. 31-56.

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Pesquisa:

COPING RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DE MÃES COM BEBÊS EM UTI-NEONATAL

A entrevista a ser utilizada possui cinco perguntas norteadoras para o processo, além de dados de identificação da entrevistada, resguardando sua identidade. O mesmo poderá sofrer alterações no decorrer do momento, não seguindo necessariamente a ordem na qual se encontra, podendo também ter adaptações tendo em vista a situação. Previamente a aplicação desta, será realizado um breve preparo da mãe entrevistada, explicitando a temática em questão.

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Atividade profissional: _____

2 ENTREVISTA:

1. Você possui alguma religião, se julga uma pessoa com espiritualidade ou acredita em algo mais pessoal?
2. Como você descreveria sua relação com a religião ou com a espiritualidade?
3. A religião ou espiritualidade possui alguma importância na sua vida? Se sim, qual?
4. Durante o processo de hospitalização, você fez uso de alguma prática religiosa ou espiritual? Se sim, qual?
5. Aqui na UTI-Neonatal, você já se deparou com alguma situação em que se viu pensando em Deus, etc?