

Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença

RELIGIOUS BELIEFS, ILLNESS AND DEATH: FAMILY'S PERSPECTIVES IN ILLNESS EXPERIENCE

CREENCIAS RELIGIOSAS, ENFERMEDAD Y MUERTE: PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA EN LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD.

Regina Szylit Bousso¹, Kátia Poles², Taís de Souza Serafim³, Mariana Gonçalves de Miranda⁴

RESUMO

Este estudo teve como objetivos identificar temas predominantes sobre religião, doença e morte nas histórias de vida de famílias e examinar a relação entre as crenças religiosas, doença e morte na narrativa de famílias que conviveram com um familiar doente. Utilizamos como referencial teórico o Intencionalismo Simbólico e como referencial metodológico a História Oral. Participaram do estudo dezessete famílias de nove religiões diferentes que vivenciaram a experiência de doença e morte de algum familiar. Por meio da análise dos dados, foi possível compreender que a religiosidade é parte relevante da vida de muitas famílias e não pode ser negligenciada no contexto da doença. Os resultados apontam para a importância de se compreender o significado da religião para a família no processo saúde doença, a fim de que o enfermeiro possa atuar na prevenção e promoção da saúde.

DESCRIPTORIOS

Morte
Tanatologia
Religião
Atitude frente a morte
Família

ABSTRACT

The objectives of this study were to identify predominant themes in religion, illness and death in the life histories of families and examine the relationship between religion creeds, illness and death in the discourse of families that have an ill person. The theoretical framework used in this study was Symbolic Interactionism and the method was Oral History. Participants were seventeen families with nine different religions, who had experienced the death of a relative. Data analysis showed that following a religion is a relevant part of the lives of many families and cannot be neglected in the illness context. Results point to the importance of understanding the meaning that religion has to the families in the health-disease process, so nurses can work on the promotion of health.

DESCRIPTORS

Death
Thanatology
Religion
Attitude to death
Family

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivos identificar temas predominantes sobre religión, enfermedad y muerte en las historias de vida de familias y examinar la relación entre las creencias religiosas, enfermedad y muerte en la narrativa de familias que convivieron con un familiar enfermo. Utilizamos como referencial teórico el Intencionalismo Simbólico, y como referencial metodológico la Historia Oral. Participaron del estudio diecisiete familias de nueve religiones diferentes que vivieron la experiencia de enfermedad y muerte de algún familiar. Mediante el análisis de los datos, fue posible comprender que la religiosidad es parte relevante de la vida de muchas familias y no puede ser obviada en el contexto de la enfermedad. Los resultados determinan la importancia de entender el significado de la religión para la familia en el proceso de salud-enfermedad, a efectos de que el enfermero pueda actuar en la prevención y promoción de la salud.

DESCRIPTORIOS

Muerte
Tanatología
Religión
Actitud frente a la muerte
Familia

¹ Enfermeira. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. szylit@usp.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora do Centro Universitário de Lavras. Lavras, MG, Brasil. kpoles@usp.br ³ Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. tais_serafi@hotmail.com ⁴ Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mari_mgm1@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A doença frequentemente causa sofrimento e desencadeia a procura de significados, na tentativa de compreender uma experiência tão avassaladora. Esses significados são moldados pelas crenças e estão inseridos em histórias de fé e compreensão do sagrado. O sagrado, para as autoras, refere-se ao que é divino, Deus, algo de valor superior ou compromisso filosófico⁽¹⁾.

Narrar histórias de sofrimento pode trazer alívio e oportunidade para encontrar diferentes significados para a experiência⁽²⁾. Para as enfermeiras e outros profissionais de saúde, isso é um chamado para ouvir histórias narradas pelos pacientes e familiares, com intuito de promover o alívio do sofrimento⁽¹⁾. A habilidade de encontrar significado e dar sentido às suas vidas é fundamental para compreendermos o processo vivenciado pelo paciente e sua família.

Para vários autores, as crenças religiosas e espirituais proporcionam possibilidades de significação e respostas às perguntas existenciais que se colocam diante da doença e possibilidade de morte⁽³⁻⁵⁾. No entanto, ajudar pacientes e familiares a encontrar significados para suas experiências ainda se coloca como um desafio para os profissionais de saúde. Isso se deve, principalmente, porque os profissionais se sentem despreparados para lidar com as crenças religiosas e espirituais dos pacientes e familiares e, além disso, existem poucos estudos que abordam este tema na literatura científica⁽¹⁾.

Acessar a dimensão religiosa e espiritual de um paciente representa uma compreensão mais profunda de suas crenças e valores, permitindo ao profissional de saúde atender melhor suas necessidades. A formação na área da saúde ainda tem um forte componente objetivo e, devido a isso, muitos profissionais ainda têm relutância em abordar questões religiosas e espirituais. Atualmente, cresce a tendência de se incorporar as dimensões espiritual e filosófica na assistência à saúde. Para os autores, os pacientes devem ser entendidos na sua totalidade como pessoas e não simplesmente como exemplos isolados de doenças⁽⁶⁻⁷⁾.

A religião é frequentemente descrita como valores e crenças compartilhados, institucionalizados e implica envolvimento em uma comunidade⁽⁸⁾. A religião oferece suporte emocional e social, motivação, recursos de cuidado à saúde e promove estilos de vida mais saudáveis. Neste sentido, os profissionais de saúde precisam conhecer as crenças que tornam o paciente e seus familiares mais, ou menos, dispostos a receber o tratamento⁽⁹⁾.

Em um trabalho de análise do conceito de religiosidade⁽¹⁰⁾, a autora afirma que a definição deste conceito ainda é frágil, indicando a importância de estudos na área. Os atributos encontrados para o conceito foram: afiliação religiosa

(protestante, católica, evangélica), atividades religiosas (preces, atividades na igreja) e crenças religiosas (relação com uma força superior, sistema de crenças da religião).

Embora algumas pesquisas tenham encontrado correlações entre religiosidade e reações positivas de enfrentamento diante de situações adversas⁽¹¹⁻¹²⁾, ainda há pouco questionamento sobre a influência da religião na experiência de doença e morte na perspectiva de familiares de pacientes⁽⁵⁾.

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos: Identificar temas predominantes sobre religião, doença e morte nas histórias de vida de famílias e examinar a relação entre as crenças religiosas, doença e morte na narrativa de famílias que conviveram com um familiar doente.

MÉTODO

Acessar a dimensão religiosa e espiritual de um paciente representa uma compreensão mais profunda de suas crenças e valores, permitindo ao profissional de saúde atender melhor suas necessidades.

O método qualitativo é recomendado quando se conhece pouco a respeito de um fenômeno ou pretende-se descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito, aplicando-se, portanto, a este estudo⁽¹³⁾. Utilizamos como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, por atribuir uma importância fundamental ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano. O significado das coisas é visto como um produto social com origem na interação simbólica, na qual o ser humano define e interpreta as ações através das atividades desenvolvidas pelas pessoas enquanto elas interagem⁽¹⁴⁾.

Considerando a natureza deste estudo e acreditando na importância de se estudar os fenômenos na perspectiva dos próprios indivíduos em seu contexto de vida, optamos pela História Oral como referencial metodológico para a condução deste estudo. A História Oral tem como pressuposto a percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. Assim, a presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral⁽¹⁵⁾.

A história oral é considerada o foco central do estudo e os depoimentos o ponto central das análises. Para obter o valor metodológico, o pesquisador centraliza sua atenção nos critérios de elaboração do projeto, na realização das entrevistas, no processo da passagem oral para o texto escrito e nos resultados afinados com o sentido da entrevista. É sobre a expressão destas entrevistas, ponto nevrálgico da pesquisa, que os resultados são efetivados⁽¹⁵⁾.

Nesta pesquisa, foi utilizada a história oral temática, que mais se aproxima das soluções comuns e tradicionais de apresentação dos trabalhos analíticos em diferentes áreas

do conhecimento acadêmico. Quase sempre ela equivale o uso da documentação oral ao uso das fontes escritas⁽¹⁵⁾.

Em relação à representatividade da amostra, cada depoimento, cada entrevista, tem valor em si, portanto, não se pode afirmar que uma ou algumas entrevistas *representem* o conjunto. Porém, a versão individual de cada fenômeno é importante e se justifica diante da soma de argumentos que caracterizam a experiência em conjunto, ou seja, para a história oral, cada depoimento tem peso autônomo. Desta forma, não se pensa que uma única entrevista seja capaz de sintetizar a concepção da experiência de todos os familiares, mas o conjunto das crenças dos vários entrevistados torna-se significativo na busca da compreensão do tema⁽¹⁵⁾.

Seleção dos colaboradores

Para a seleção dos colaboradores é necessário o estabelecimento de uma colônia. A colônia é um grupo ou comunidade de pessoas que fazem parte da pesquisa e que apresentam um comportamento amplo que os caracteriza. É definida pelos traços preponderantes que ligam as trajetórias das pessoas⁽¹⁵⁾.

A seleção das famílias que fizeram parte da colônia foi baseada no critério de já terem vivenciado a experiência de doença e morte de algum familiar, independente da religião. A primeira família selecionada, respeitando esse critério, era conhecida de uma das pesquisadoras e, por meio de sua indicação, a experiência de outra família foi acessada. Na medida em que uma família era entrevistada, pedia-se a indicação de outra família que havia passado pela experiência de doença e morte e, desta forma, uma rede começou a ser formada.

O primeiro contato foi feito por telefone, quando as famílias foram convidadas a participar do estudo e, após seu consentimento, a entrevista foi agendada. Ressaltamos que todos os membros da família eram convidados a participar da entrevista, considerando a definição que a própria família fez de si. Assim, a colônia foi constituída por dezessete famílias de nove religiões diferentes que vivenciaram a experiência de doença e morte de algum familiar. Tendo como referência a pessoa que havia passado pela experiência de doença, participaram do estudo três filhos, duas filhas, dois irmãos, uma irmã, nove mães, um pai e uma avó materna. Por opção das próprias famílias participantes, quinze entrevistas foram realizadas com um único membro e duas entrevistas com dois membros (mãe e avó materna; pai e mãe). Foram entrevistadas cinco famílias católicas, três evangélicas, duas espíritas, duas budistas, uma umbandista, uma protestante, uma budista, uma espiritualista e uma frequentadora da Seicho-no-ie.

Coleta de dados

Em observação à legislação que regulamenta a pesquisa em seres humanos⁽¹⁶⁾, encaminhamos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP obtendo aprovação (Protocolo nº 585/2006/

CEP-EEUSP). As entrevistas foram gravadas após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essas entrevistas ocorreram em ambiente tranquilo e privado, evitando-se interrupções e distrações e tiveram duração média de quarenta minutos.

Foi utilizado um roteiro, peça fundamental para obter os dados investigados na história oral temática⁽¹⁵⁾. O roteiro foi composto por três momentos com focos distintos: (1) a religião na história de vida do depoente; (2) as experiências de doenças e a religião (quando e como suas crenças religiosas afetam sua saúde e de que forma) e (3) os temas religião e doença, religião e morte. O roteiro foi constituído pelas seguintes questões norteadoras:

- Conte-me de que forma a religião começou fazer parte da sua vida.
- Como a religião aparece no seu cotidiano?
- Pense em uma situação de doença: De que forma suas crenças religiosas afetam as experiências de doença?
- O que significa a doença para você?
- O que significa a morte?

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada seguindo os passos da história oral⁽¹⁵⁾: 1) *Transcrição* – é a passagem rigorosa da entrevista da fita para o papel incluindo as perguntas do entrevistador; 2) *Textualização* – etapa na qual as perguntas são suprimidas e agregadas às respostas. Escolhe-se, então, o Tom Vital, que é uma frase a ser colocada na introdução da história oral por representar eixo norteador da leitura 3) *Transcrição* – É a etapa na qual se atua no depoimento de maneira mais ampla, invertendo-se a ordem de parágrafos, retirando ou acrescentando palavras e frases⁽¹⁵⁾. Em seguida, realizamos a análise do tipo temático, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material para categorização, tratamento dos resultados e interpretação.

RESULTADOS

As narrativas auxiliaram a compreensão das formas pelas quais diferentes cultos religiosos, com suas perspectivas de doença e morte são incorporados pelas famílias às experiências de sofrimento. Os significados das realidades dos eventos são continuamente construídos e reconstruídos pelas famílias. Os dados foram agrupados em três categorias, sendo elas: *A religião e o processo saúde-doença; A importância da religiosidade em situações de doença e morte; Perspectiva da morte de acordo com a religiosidade*; além de agrupados em sub-categorias.

Categoria 1 – A religião e o processo saúde-doença

A religião ou crenças e práticas religiosas podem ser determinantes do processo saúde-doença na medida em que prega a adoção de hábitos e de comportamentos sau-

dáveis que beneficiam aqueles que os praticam. Algumas práticas religiosas trazem efeitos salutares de saúde física e mental. Estas práticas geram reflexões nos membros da família e, por vezes, têm um papel importante na prevenção de doenças.

Minha família, graças a Deus, gostou da minha mudança porque eu deixei de viver na vida cotidiana de bar, nas bebidas, eles gostaram porque me cheguei à religião [...] pelo menos eu não levava aborrecimento para eles sobre o negócio de bebidas (Família 4).

Desta forma, o envolvimento religioso pode estar relacionado a um resultado desejável da saúde de um dos membros da família. A partir da análise das narrativas foi possível entender que o comportamento religioso, quando relacionado ao processo saúde doença, está permeado pelo significado que é dado às crenças correspondentes. Consequentemente, dependendo da crença da família, o significado dado à doença e à morte faz com que o enfrentamento dessas situações difíceis seja mais fácil ou não.

Crenças e práticas religiosas facilitadoras do enfrentamento

A religião é um instrumento de explicações que ajudam a dar significado às experiências de doença e morte. A espiritualidade, religiosidade ou crenças religiosas mostram-se condutoras dos comportamentos dos familiares ao se moverem para um estado de adaptação e ajustamento à doença e morte. Acreditar que a vida não termina no momento da morte aparece nas narrativas como algo consolador, que permite uma melhor aceitação da morte. Rezar mostra-se como uma prática comum e confortadora no momento de dificuldade.

Se eu não tivesse a esperança de que tudo não acaba aqui, eu não teria motivo para seguir a vida, saber que tudo iria terminar, não teria motivo para eu estudar, para eu conseguir as coisas, eu não teria motivo para nada (Família 3).

A morte em si é só do corpo material, desse corpo de carne, não existe a morte do espírito, o espírito é eterno, ele só vai trocando de corpos nas diversas encarnações. Isso traz um conforto muito grande (Família 2).

A partir do momento que meu filho morreu nós entendemos que o relacionamento dele passa a ser de um projeto de eternidade e não para os dias que estamos aqui na Terra (Família 10).

Não encaro a morte como algo assustador, se ela vir é porque Deus no momento certo vai nos levar para a glória, mas eu acho a morte apavorante para aqueles que não têm um temor de Deus (Família 15).

Crenças e práticas religiosas que dificultam do enfrentamento

O questionamento a respeito do culpado ou a respeito dos motivos do adoecimento esteve presente nas narrativas. A família pode associar a doença a algo negativo baseada nas suas crenças e esse tipo de associação pode deter-

minar o grau de aceitação da doença e direcionar o modo que a família lida com a situação. Acreditar que a doença é consequência das atitudes da própria pessoa pode gerar um sentimento de culpa e até atrapalhar o tratamento. O aspecto moral também surge quando a explicação é de a doença com uma conotação punitiva.

A doença dele foi uma consequência, embora ele tenha se convertido, a bíblia é clara, tudo que você planta você vai colher (Família 3).

Nós fomos criados, gerados e nascidos no pecado, a bíblia diz que o salário do pecado é a morte (Família 10).

Categoria 2 – A importância da religiosidade em situações de doença e morte

Nas situações estressantes como a de doença e de morte a família pode se aproximar das instituições religiosas ou da religiosidade na busca de um apoio emocional, de respostas aos seus questionamentos, ou na busca de crenças e práticas religiosas que facilitem o enfrentamento dessas situações difíceis.

Busca por apoio emocional

A doença e a morte podem se tornar situações de aproximação com o divino na tentativa de salvação ou de resolução dos problemas. Quanto mais apegada aos aspectos espirituais mais a família identifica recursos e mantém sua energia para levar a situação estressante de doença adiante. A religião ou religiosidade não tem poder de resolver a situação instantaneamente, mas sim, de ir renovando as energias para que a família vá identificando recursos e aprendendo a lidar com as situações.

É uma oportunidade de aproximação da espiritualidade, ficamos mais sensíveis, e nos apegamos mais a Deus. Nesses momentos, buscamos forças ocultas para nos recuperarmos e a religião representa essa aproximação com a espiritualidade... é a força que precisamos, é um grande apoio (Família 6).

A espiritualidade foi uma forma de me manter em pé, é indescritível a sensação de saber que estava sendo ajudada, pelas pessoas, pelos amigos, pelas orações que faziam (Família 11).

Minha fé ficou muito mais forte depois da doença do meu filho, com certeza a gente sabe que tem alguém olhando por nós e isso reconforta, alguém lá em cima, alguma força maior, acho que a gente tem que saber pedir e agradecer e acreditar nisso (Família 12).

Busca por respostas

A família utiliza recursos de ordem religiosa para entender a doença e a morte e lidar com elas. Assim, crenças religiosas e valores são utilizados pela família para ajudar a dar sentido ao evento de doença ou morte. A estratégia religiosa é buscada para fornecer uma explicação para o inevitável na busca por apoio a sua aflição.

Essa perda da minha mãe, esse pedaço que Deus arrancou da gente, foi para o nosso crescimento, para um ajudar o outro, porque talvez se ela estivesse aqui, tudo estivesse naquela mesma ladainha de sempre, cada um pensando em si (Família 7).

Deus usou disso para eu parar um pouco, para me dar maturidade nesta área que eu ainda não tinha e se eu não tivesse passado por tudo isso eu não seria tão boa mãe, foi um momento muito doloroso, mas foi um momento que eu aprendi coisas sobre mim que eu não sabia, aprendi sobre minha filha e aprendi para a minha vida mesmo (Família 8).

Acho que são fases que a gente tem que passar e que servem para fortalecer (Família 13).

Um componente essencial na avaliação da família a respeito da relação entre religião, doença e morte é composto pelas crenças e valores que direcionam a vida da família. Os recursos de suporte encontrados nas diferentes religiões ajudam a confortar as famílias nas experiências inesperadas de doença e morte com explicações de que estas experiências trazem consequências positivas para a vida da família como uma forma de crescimento, de regeneração ou de evolução.

Aconteceu com a minha mãe para todos crescerem. Cada um cresceu de um modo, só que todo mundo teve que crescer... Só estamos aqui embaixo para aprender, aqui é uma escola, estamos aqui para aprender, para pegar o diploma (Família 7).

Às vezes, a explicação dada pela religião não responde a todos os questionamentos daqueles que vivenciam a situação da doença e da morte, que passam a procurar respostas ou explicações mais convincentes em outras religiões. Assim, na falta de uma explicação que dê sentido ao sofrimento vivido, existe facilidade da família se movimentar entre diferentes cultos e religiões.

Como eu não encontrei respostas no catolicismo, eu comecei a pesquisar... Fui a igrejas evangélicas, fui a Seichon-ye e eu comecei... Procurava alguém que me mostrasse respostas, respostas inteligentes! [...] e depois de procurar eu encontrei o espiritismo e eu encontrei as respostas racionais que eu estava querendo (Família 2).

Categoria 3 – Perspectiva da morte de acordo com a religiosidade

A religião impõe-se como a instituição social que controla os rituais e conhecimentos associados à morte. Ela não só oferece conforto nos tempos de sofrimento, mas também, pelo menos em algumas crenças, oferece uma promessa de vida após a morte e de reunião com a família perdida. As diferentes religiões e crenças oferecem à família diversas perspectivas da morte. Assim como a doença, a morte também foi associada a algo positivo ou negativo dependendo do tipo de crença daquele que vivencia a situação.

Morte como algo natural

É comum a família adotar uma perspectiva biológica da morte – como algo natural. Vale ressaltar que todas as famí-

lias referiram-se a pessoas mais idosas que haviam morrido: pais, avós, tias. Talvez esta perspectiva não fosse tão presente em situações de morte da criança ou de jovens.

A morte para mim é uma etapa da vida, aquela coisa bem biológica, eu acho que tudo tem seu início, seu meio e seu fim. O ser humano, nós seres humanos estamos embutidos nisso, você nasce, cresce, e vai morrer, só que eu tenho essa visão também de algo que é como uma evolução, que eu vou para uma vida eterna, uma vida diferente da que eu vivo aqui, eu tenho a noção. Eu acredito que eu estou no mundo não é à toa, que eu tenho uma missão a cumprir, que eu não estou nos momentos e os locais que estou por acaso, para mim não existe, não existe coincidência (Família 14).

O evento da morte foi associado a uma forma de crescimento da família, como um meio de aproximar a família e não com um significado negativo de abandono ou como algo insuperável. A família busca um significado para o evento da morte e a partir disso tentar reconstruir a vida ou construir uma nova vida. A explicação da morte como sendo de caráter natural e inevitável também aparece como uma forma positiva de se significar o evento.

A morte para mim ela não significa nada, porque a morte não existe, existe uma continuação. Então foi melhor ela ir do que ficar padecendo daquele jeito (Família 4).

Morte como determinação do divino

Na situação de doença e morte, a família atribui a Deus ou a forças ocultas não só a causa do evento mas, algumas vezes, a possibilidade de superação da experiência, uma maneira de não se perder a esperança. Ao assumir a submissão a Deus e a aceitação das situações de sofrimento torna-se mais fácil seguir adiante, eliminando, assim, o peso na responsabilidade sobre a doença ou morte.

O Senhor tirou ela da Terra para eu poder aprender a buscar mais o Senhor (Família 16).

Não encaro a morte como algo assustador, eu acredito que se ela vir é porque Deus no momento certo vai nos levar para a glória (Família 15).

A fé religiosa associada ao suporte promovido pela comunidade espiritual proporciona à família um melhor controle interno. Todas as religiões oferecem *soluções* para o problema da morte – controle que pertence a Deus. A prática religiosa é uma estratégia de recuperação de forças perdidas durante a experiência de sofrimento. Neste contexto, as crenças e práticas religiosas suprem a necessidade emocional de ter uma expectativa para o futuro.

A minha religião sempre me deu apoio, mais do que as outras ainda, porque a gente chega a sentir até sendo carregada no colo pela espiritualidade (Família 2).

Não tenho dúvida que a minha fé foi o que me ajudou a vencer tudo isso (Família 8).

É indescritível a sensação de saber que estava sendo ajudada, pelas pessoas, pelos amigos, pelas orações que faziam (Família 12).

DISCUSSÃO

A família lida com o sofrimento da forma como é possível num determinado momento, pois as ações de enfrentamento são limitadas pela pressão do evento, pelo sistema de crenças predominantes e pela avaliação de recursos disponíveis para enfrentá-los⁽¹⁷⁾.

A relação entre símbolos religiosos e vida social é estabelecida no curso dos eventos de doença e morte, nos quais os indivíduos se apropriam, confrontam e reinterpretam os símbolos à luz de determinados fins e interesses⁽¹⁸⁾.

Ao estudar o conceito de religiosidade⁽⁹⁾, a autora evidenciou que a experiência de doença é um dos antecedentes do conceito, ou seja, quando as pessoas são confrontadas com experiências adversas, a religiosidade aparece como um recurso na superação da crise. Uma das consequências da religiosidade refere-se ao enfrentamento positivo dos eventos estressantes da vida, como as situações de doença e morte, conforme evidenciado no presente estudo.

Vários estudos têm demonstrado a influência das crenças religiosas na construção de significados em eventos estressantes. Nestes estudos, também tem sido possível uma melhor compreensão da necessidade do indivíduo na construção e reconstrução destes significados e realidades buscando superar o sofrimento imposto pela experiência⁽¹⁹⁾. Ao dar significado a experiências estressantes, a família consegue transcender a experiência⁽²⁾. As narrativas das famílias também demonstraram a busca por significados aos eventos vivenciados, a partir de suas respectivas crenças religiosas.

A variedade de religiões incluídas no estudo foi restrita e, portanto, não podemos generalizar estes resultados. O estudo de religiões e sua relação com doença e morte na perspectiva das famílias merece investigações mais profundas e diferentes estratégias de investigação.

CONCLUSÃO

As narrativas colocam questões importantes acerca da função das religiões nas experiências de doença e morte

para as famílias. Os dados permitiram a construção de categorias que relacionam religião, doença e morte na história de vida da família. Em linhas gerais, mostra que o benefício da religião e espiritualidade nestas experiências depende da interação de fatores que compõem o contexto do evento da doença.

É evidente que a religião pode trazer benefícios a essa experiência como, por exemplo, suporte social, emocional, motivação e esperança. Estas são estratégias de enfrentamento utilizadas pela família nas situações estressantes de doença e morte.

A religiosidade é parte relevante da vida de muitas famílias e não pode ser negligenciada no contexto da doença. Não se trata de defesa do uso de religiosidade no enfrentamento como instrumento ou recurso, mas sim de sua valorização quando a família possui crenças religiosas e já faz uso desta em sua vida.

Este trabalho abre a perspectiva da importância, para a enfermagem, de entender e aceitar que o outro é um ser permeado de crenças baseadas em suas respectivas religiões. Essas crenças influenciam na maneira como a pessoa enfrenta as situações de perda, assim como também influencia o significado da doença e da morte para a pessoa e, muitas vezes, determina o quanto estas situações afetam a família.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações, mas não perde o seu potencial de incentivo para pesquisas no futuro, para instrumentalizar o profissional de saúde na tentativa de se aprender a lidar da melhor maneira possível com as diferentes reações da família frente a situações de perda, que podem ser positivas ou negativas, mas que são determinantes no convívio familiar e nas relações extrafamiliares.

O trabalho traz a idéia da importância da religião e do grupo religioso como um suporte na situação de doença e morte e até um meio de enfrentá-las da melhor maneira possível, já que a significação da doença e da morte para a pessoa varia de acordo com suas crenças e religião.

REFERÊNCIAS

1. McLeod DL, Wright LM. Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing. *J Fam Nurs*. 2008;14(1):118-41.
2. Frankl V. Um sentido para a vida. Aparecida do Norte: Idéias e Letras; 2005.
3. Emblen J, Pesut B. Strengthening transcendent meaning: a model for the spiritual nursing care of patients experiencing suffering. *J Holist Nurs*. 2001;19(1):42-56.
4. Pevey CF, Jones TJ, Yarber A. How religion comforts the dying: a qualitative inquiry. *Omega*. 2008-2009;58(1):41-59.
5. Taylor PB, Amenta M, Highfield M. Spiritual care practices of oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 1995;22(1):31-9.
6. Woll ML, Hinshaw DB, Pawlik TM. Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illnesses. *Ann Surg Oncol*. 2008;15(11):3048-57.

-
7. Penha RM, Silva MJP. Do sensível ao inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):208-14. DOI: 10.1590/S0080-62342009000100027.
 8. Wright LM, Watson WL, Bell JM. *Beliefs: the heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books; 1996.
 9. Lee BY, Newberg AB. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon*. 2005;40(2):443-68.
 10. Bjarnason D. Concept analysis of religiosity. *Home Health Care Manag Pract*. 2007;19(5):350-5.
 11. Ellison CG, Levin JS. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behav*. 1998;25(6):700-20.
 12. Klassmann J, Kochia KRA, Furukawa TS, Higarashi IH, Marcon SS. Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):321-30. DOI: 10.1590/S0080-62342008000200016.
 13. Field PA, Morse JM. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. London: Croom Helm; 1985.
 14. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2004.
 15. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola; 1998.
 16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
 17. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(3):381-9.
 18. Rabelo MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):316-25.
 19. Matthews LT, Marwit SJ. Meaning reconstruction in the context of religious coping: rebuilding the shattered assumptive world. *Omega*. 2006;53(1/2):87-104.