

**As Representações da Religiosidade Parental no Contexto Hospitalar**

Paulo César Celestino da Silva R.A. 21495702

Brasília

Novembro de 2017

## Sumário

Resumo.....	3
Abstract.....	4
Fundamentação Teórica.....	5
Método.....	9
Contexto.....	9
Participantes.....	9
Materiais.....	9
Procedimentos.....	10
Resultados.....	12
Discussão.....	16
Conclusões.....	18
Referências.....	19
APÊNDICE A: Modelo de Entrevista Semiestruturada – Família.....	20
APÊNDICE B: Modelo de Entrevista Semiestruturada – Profissional.....	21

## Resumo

Pesquisas recentes apontam a religiosidade e a espiritualidade como alguns dos aspectos de maior significado na subjetividade humana. A influência da religiosidade e da espiritualidade está na construção de sentido e ordenação da vida dos indivíduos, influenciando vários processos, dentre eles as concepções de saúde e doença. A presente pesquisa tem como objetivo investigar as representações sociais de religiosidade parental, presentes na vivência de internação hospitalar e como os profissionais de saúde, envolvidos no atendimento do familiar, percebem essas representações. A pesquisa foi realizada em hospital público do Distrito Federal com dez participantes, cinco familiares e cinco profissionais do hospital. O Instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin e resultaram em categorias como: fenômeno estruturante, influência da oração e aceitação ao tratamento. Os resultados encontrados, na presente pesquisa, indicaram uma variedade de representações sociais de religiosidade dos familiares no contexto hospitalar. Os participantes evidenciaram suas concepções religiosas e como elas influenciam sua tomada de decisão. A religião foi descrita como fenômeno que estrutura a experiência, possuindo um significado que explica os acontecimentos para os quais o sujeito pensa não ser capaz de solucionar. A partir da presente pesquisa foi possível identificar processos de construções das representações sociais dos religiosos e como estas construções influenciam as decisões, do familiar, sobre o tratamento do paciente.

Palavras-chave: Religiosidade, Saúde-Doença, Familiares

## Abstract

Recent researches point to religiosity and spirituality as some of the most significant aspects of human subjectivity. The influence of these two aspects is contained in the construction of meaning and ordering of individuals' lives, influencing many processes, among them the conceptions of health and disease. The present research aims to investigate the social representations of parental religiosity, present in the experience of hospitalization and how the health professionals, involved in the care of the family members perceive these representations. The research was carried out in a public hospital of the Federal District with ten participants, five family members and five hospital professionals. The instrument used was a semi-structured interview. These interviews were analyzed according to the technique of content analysis of Bardin and resulted in categories such as: structuring phenomenon, influence of prayer and acceptance to treatment. The results found in the present research indicated a variety of social representations of religiosity of relatives in the hospital context. Participants highlighted their religious views and how they influence their decision making. Religion has been described as a phenomenon that structures the experience, having a meaning that explains the events for which the subject thinks not to be able to solve. From the present research it was possible to identify processes of constructions of the social representation of the religious and how these constructions influence the decisions, of the family, on the treatment of the patient.

Keywords: Religiosity, Health-Disease, Family

Pesquisas recentes apontam a religiosidade e a espiritualidade como alguns dos aspectos de maior significado na subjetividade humana. A influência da religiosidade e da espiritualidade está na construção de sentido e ordenação da vida dos indivíduos, influenciando vários processos, dentre eles as concepções de saúde e doença (Melo, Sampaio, Souza & Pinto, 2015).

Mesmo sendo termos usados como sinônimos a espiritualidade e a religiosidade foram diferenciados por Murakami e Campos (2012) em seus estudos. Para os autores, espiritualidade está relacionada a um sentimento íntimo existencial, que não está necessariamente ligado à crença em algo maior, como um deus. Já a religiosidade apresenta estas concepções de forma mais estruturadas, nos quais uma doutrina constitui-se a partir de um conjunto de crenças e práticas fundamentadas em uma fé.

Portanto, compreende-se, a partir das pesquisas desenvolvidas por Freitas (2013), que o termo religiosidade é empregado em referência a uma experiência pessoal, subjetiva e singular na vivência do fenômeno religioso. A religiosidade pode, ainda, ser conceituada como a vivência pessoal da religião, em que a relação individual com o divino é definida a partir de experiências, atitudes e sentimentos entre eles (Gobatto & Araújo, 2013).

Neste sentido, a religiosidade é a manifestação do sagrado e essa força, considerada superior, serve de alento às situações mais diferentes que possam acontecer no dia a dia. As representações são naturais, mas possuem um significado que explica aquilo que o homem pensa não ser capaz de resolver. Assim, a religião é uma tentativa de resposta aos questionamentos existenciais e com isso se torna uma forma de sentido para a vida. (Melo et al, 2015; Bernardi & Castilho, 2016)

Já o conceito de saúde evoluiu a partir do século XVI, direcionado o enfoque para a doença e supervalorizando características físico-biológicas em detrimento a aspectos psíquicos, sociais e espirituais. Esta concepção foi alterada no decorrer do século XX, em que

se passou a analisar parâmetros políticos, econômicos, culturais e psicológicos na formação do paradigma biopsicossocial. Outro fator que reforça o estudo da dimensão espiritual como pertencente ao fenômeno saúde, foi sua inclusão, pela Organização Mundial da Saúde, como um dos componentes na delimitação conceitual de saúde (Gobatto & Araújo, 2013).

Outros estudos mostram que, por um longo período, ciência e religiosidade foram vistas como áreas distintas e opostas. Esta posição, ainda forte na ciência atual, influencia concepções racionalistas e mecanicistas. No entanto, o fenômeno religiosidade tem sido alvo de diversas discussões e pesquisas que buscam a compreender de forma mais adequada como a religiosidade se constitui frente ao fenômeno saúde-doença (Melo et al., 2015).

É frequente a presença do discurso religioso nos espaços de atendimento e tratamento médico. Estes discursos são sobrepostos pelos discursos do mundo natural os quais se sustentam em um modelo de indivíduo moderno autônomo, livre e responsável pelas suas ações e seu tratamento (Freitas, 2013).

Em consonância com estas concepções, condições como a falta de treinamento de habilidade na identificação das demandas relacionadas à religiosidade dos usuários do sistema de saúde, assim como o receio de influenciar a crença dos pacientes estão presente no atendimento realizado pelos profissionais. E todas essas condições constituem barreiras que são percebidas pelos próprios profissionais de saúde como limitadores do tratamento (Gobatto & Araújo 2013).

O fenômeno saúde-doença está ligado à religiosidade em dimensões como comportamental (dietas, comportamento de risco), social (suporte emocional de membros da instituição religiosa), psicológica (crenças e crenças que influenciam no comportamento e na qualidade de vida) e fisiológica (práticas que afetam a resposta de estresse) (Gobatto & Araújo 2013).

Já as Representações Sociais são consideradas mensagens mediadas pela linguagem. Estas se constituem socialmente e são relacionadas ao contexto do indivíduo. A formação das Representações ocorre a partir de observações e das análises do indivíduo sobre estas observações. Podendo ser consideradas como o meio pelo qual são estabelecidas a continuidade entre o universo exterior e o indivíduo (Shimizu, Silva, Moura & Bermúdez, 2015).

As Representações Sociais são constituídas por três níveis. No primeiro, a atitude é dirigida ao objeto de representação. No segundo ocorre o compartilhamento das informações entre os grupos envolvidos e o campo representacional. Em terceiro, tem-se o conjunto de objetos que se associam ao objeto da representação desenvolvendo, assim, uma rede de significação (Souza, Menandro & Menandro, 2015).

Neste processo de criação da representação de um objeto o sujeito também é influenciado, constituindo-se assim, sua subjetividade. Então, quanto o sujeito opina sobre determinado objeto está contribuindo para a criação de uma representação social, mas também está construindo um conjunto de representações dinâmicas com a finalidade de direcionar seu comportamento (Shimizu et al., 2015).

Por esse motivo, conceitos religiosos são compreendidos como representações sociais e, por isso, são convocados a explicar ao sujeito fenômenos relacionados ao processo de saúde. Também tem-se o suporte psicossocial oferecido pela religião, que pode atuar como um aspecto resiliente do sujeito. Mas tal suporte é de difícil distinção, quanto a sua finalidade, uma vez que pode ser um fator auxiliar ou um obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento. Portanto, a religiosidade não apresenta apenas condições favoráveis para o sujeito, mas também, podem limitar ou, até mesmo, fazer com que o sujeito rejeite o atendimento médico (Faria & Seidl, 2005).

Assim, o desenvolvimento deste estudo se justifica pela possibilidade de maior compreensão do processo saúde-doença e como a religiosidade parental influencia a busca e adesão ao tratamento ou o processo de luto.

Para isso, a pesquisa tem como objetivo principal investigar as representações sociais de religiosidade parental, presentes na vivência de internação hospitalar e como os profissionais de saúde, envolvidos no atendimento do familiar, percebem essas representações. Os objetivos específicos: descrever o processo de construção das representações de religiosidade e de adoecimento; e analisar as construções sociais que sustentam as concepções de saúde-doença e crenças religiosas.

## **Método**

### **Contexto**

Os locais de realização da presente pesquisa foram o setor de Cirurgia Pediátrica – CIPE e as alas de internação “A” e “B”, estes núcleos materno e pediátrico compõem a estrutura do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), unidade de atendimento à saúde pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

As unidades em que a pesquisa se desenvolveu são locais do hospital destinados a internação pré-operatório, procedimento cirúrgico e acompanhamento pós-operatório. A pesquisa se desenvolveu no período de maio a junho de 2017.

### **Participantes**

Foram recrutados dez participantes de forma aleatória e por critério de conveniência. Desses, cinco eram familiares ou responsáveis por crianças internadas no HMIB e cinco eram profissionais de saúde, que assistiam o paciente cuja família participante da pesquisa.

No grupo familiar haviam três participantes católicos e dois evangélicos. Entre os participantes profissionais de saúde haviam duas enfermeiras, duas técnicas em enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, das quais se disseram católicas, duas não religiosas e uma evangélica.

### **Material**

O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada de realização individual, em dois modelos: um para os familiares (apêndice A) e um para os profissionais (apêndice B). O roteiro de entrevista com familiares inclui questões sobre a importância de seus filhos seguirem sua religião, a crença no propósito divino para o filho, a possibilidade do familiar estar mais próximo de Deus, após os acontecimentos vividos por ele e o impedimento, por

parte do familiar, da realização de procedimentos médicos contrários à sua concepção religiosa.

A entrevista realizada com os profissionais contemplou questões sobre como percebiam de influência religiosa dos familiares no tratamento das crianças, as diferenças entre famílias que se declaravam religiosas e outras que se declaravam não religiosas, o uso da religiosidade pelo familiar como facilitador na interação profissional-paciente e a possível recusa, por parte dos familiares, ao tratamento por critérios religiosos.

Os materiais utilizados foram um gravador de voz Smartphone, caneta, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), roteiro de entrevista desenvolvido para utilização na pesquisa e prancheta.

### **Procedimento**

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES/DF em 05 de maio de 2015 sob protocolo 131.415.

O primeiro contato foi realizado com o familiar, que após explicação do tema da pesquisa e assinatura do TCLE, após a assinatura foi pedida a autorização para a gravação das entrevistas, com o consentimento dos participantes as entrevistas foram gravadas. As respostas foram desenvolvidas, pelos participantes, a partir de tópicos presentes no roteiro de entrevista semiestruturada. No segundo momento, o pesquisador localizou entre os profissionais do setor, aquele que estava prestando atendimento a criança pela qual o familiar era responsável. Para estes participantes também foi explicado o tema da pesquisa e solicitado a assinatura do TCLE, bem como solicitado a autorização para gravação da entrevista. As entrevistas com os profissionais ocorreram da mesma forma como com os

familiares. Eles deveriam responder de forma livre sobre os tópicos da entrevista semiestruturada.

As entrevistas duraram em média trinta minutos e ocorreram em local escolhido pelo participante. O participante tinha liberdade para não responder questões que não se sentia a vontade.

## Resultados

As entrevistas foram analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2010) e resultou em sete categorias: Categoria 1 - Fenômeno Estruturante; Categoria 2 – Suporte Social; Categoria 3 - Influência da Oração; Categoria 4 – A Fé e a Resiliência; Categoria 5 – Religiosidade e o Profissional; Categoria 6 - Aceitação ao Tratamento e Categoria 7 - Diferença Entre Grupos Religiosos e Não-Religiosos.

### **Categoria 1 – Fenômeno Estruturante**

A religião se apresenta como fator explicativo dos fenômenos vivenciados pelo indivíduo e estrutura a experiência, dando a ela significado, esta explicação ocorre a partir de um grupo de representações construídas em consonância com a vivência do sujeito.

Todos os participantes do grupo familiar demonstraram, através de seus relatos, uma forte representação religiosa sobre o vivenciado por eles. Algo semelhante esteve presente também no relato de um dos profissionais participantes do outro grupo.

*“A gente vem com a fé pedindo, e eles (médicos) entram com a sabedoria deles, mas se Deus não der sabedoria aos médicos, como os médicos conseguiriam operar uma pessoa” (P5)*

### **Categoria 2 – Suporte social**

As redes sociais constituídas a partir dos centros religiosos não se limitam a estes e tendem a estender-se para além dos contatos realizados nos templos de oração. Portanto, o sujeito pode encontrar nestas redes formas de suporte social que o auxiliam na compreensão e ressignificação do vivido.

O suporte social, presente nas instituições religiosas, acolhe tanto a demanda dos familiares diretamente ligados ao fato vivenciado quanto a outros familiares, conforme a

percepção a partir do relato do grupo familiar. No grupo de profissionais três referiram perceber a presença de apoio e dois disseram que não.

*“Eu me sinto feliz, porque conforme a palavra que a pessoa fala pro outro ele fica... depende da palavra ele fica confortado” (P3)*

### **Categoria 3 – Influência da Oração**

A oração é tida como a construção subjetiva da relação entre o indivíduo e o sagrado, sendo a partir deste rito que o sujeito acessa o desconhecido e pede mudanças na realidade vivenciada. Para indivíduos religiosos a construção da cura passa pelo processo de fé expressa a partir da oração.

No grupo familiar a influência da oração foi confirmada com todos os participantes, também foi relatado a oração como forma de alívio emocional, pois, conforme o relato dos participantes, após as orações os familiares se sentiam em um estado de maior tranquilidade.

*“Foi o momento que eu mais clamei a Deus (...) pedia para curar meu filho, porque primeiro vem Deus, depois vem os médicos” (P5)*

*“Tudo que tem a palavra de Deus é muito importante (...) desde que você pedir com fé e acreditar, eu acho que o importante é isso” (P7)*

### **Categoria 4 – A Fé e a Resiliência**

A resiliência<sup>1</sup> está intimamente ligada à concepção religiosa de um sentido para todos os acontecimentos. Por este motivo, a resiliência consiste na aceitação, pelo sujeito, da experiência vivida, uma vez que acredita que esta pertence a um sentido maior.

Um dos componentes de maior presença no relato de todos os participantes do grupo familiar, foi a fé na recuperação do familiar. Esta fé constitui os aspectos resilientes, pelos

---

<sup>1</sup> Segundo Araújo (2006, p.85) resiliência é “uma capacidade universal, que permite à pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos danosos da adversidade”.

quais o sujeito atribui um sentido à experiência. Tal situação confirmou-se, também, no relato de quatro profissionais.

*“Hoje eu estava prestando a atenção em uma avó, que tava aí, na verdade ela cria a menina que a mãe morreu, ela falando pra gente, pra Deus continuar abençoando, iluminando. Eu achei bem legal, ela é mais tranquila, eu reparei que como ela é evangélica, não sei se tem algo a ver, tá sempre em oração, sempre na igreja, ela recebeu tudo com mais tranquilidade (...) a menina foi pra UTI, mas ela sempre com fé de que uma hora iria melhorar”. (P8)*

### **Categoria 5 – Religiosidade e o Profissional**

A formação profissional dos indivíduos que atuam nos centros de atendimento à saúde tem sua base objetiva, todavia condições vivenciadas pelos pacientes, podem modificar a visão objetiva dos profissionais e alterar suas representações relacionadas ao fenômeno saúde-doença.

No grupo de profissionais o discurso científico esteve fortemente presente, todavia percebeu-se que representações sociais de um deles mostrou-se em forte tensão com este discurso e suas concepções encontraram-se mais próximas à visão do grupo de familiares.

*“A religião, seja ela católica, seja ela evangélica, ela é uma referência positiva, que abre sua mente para Deus” (P6)*

### **Categoria 6 – Aceitação ao Tratamento**

A religião, como fenômeno social, apresenta tanto condições benéficas quando fatores que podem prejudicar a adesão e o desenvolvimento do tratamento. Assim questões religiosas contrárias ao tratamento são percebidas, pelos profissionais, como um risco para a saúde do paciente.

Embora neste estudo não tenham sido relatados impedimentos aos procedimentos médicos por parte dos familiares, todos os participantes disseram ter conhecimento de religiões que se posicionam contra determinados procedimentos médicos. Uma das profissionais disse ter presenciado tal situação em outro momento de sua atuação como técnica em enfermagem.

*“Eu presenciei há muito tempo atrás um caso de uma mãe, de um pai que a criança tava usando transfusão e eles não aceitaram fazer isso, mas isso há muito tempo mesmo, eles pegaram e levaram a criança para a UTI e fizeram a transfusão lá”. (P10)*

### **Categoria 7 – Diferenças entre Grupos Religiosos e Não-Religiosos**

A vivência do processo de saúde-doença ocorre de forma subjetiva, uma vez que é através das representações sociais do indivíduo ou do grupo social que se nomeiam os fenômenos e se tenta explicar determinada situação. Portanto, até mesmo questões semelhantes, observadas pelos profissionais de saúde, podem ter explicações diversas, conforme o grupo social ao qual o sujeito está inserido.

O grupo de profissionais se dividiu ao descrever suas experiências na percepção das diferenças nos grupos religiosos e não religiosos, sendo que três disseram não perceber diferenças e dois informaram haver esta diferença. Um dos profissionais relatou percebê-la como positiva, uma vez que os familiares se mostravam mais próximos.

*“A gente percebe quando eles... é... assim... o jeito deles ficarem ou posição de mãos ou vai dar tudo certo é... e palavras né?! A gente pega algumas palavras”. (P6)*

## Discussão

Os resultados encontrados, na presente pesquisa, indicaram uma variedade de representações sociais de religiosidade dos familiares no contexto hospitalar. Mesmo com todos os participantes do grupo familiar pertencentes a duas religiões de matriz cristã, foi possível perceber que haviam diferenças entre as concepções dos sujeitos e como eles relacionavam ao vivenciado no hospital. Assim, o objetivo proposto nesta pesquisa de investigar as representações sociais parentais, foi alcançado, sendo possível, também, descrever como os profissionais perceberam a influência religiosa no tratamento hospitalar.

Os participantes evidenciaram suas concepções religiosas e como elas influenciam sua tomada de decisão. A religião foi descrita como fenômeno que estrutura a experiência, possuindo um significado que explica os acontecimentos para os quais o sujeito pensa não ser capaz de solucionar. Esta percepção encontra-se alinhada com outros estudos sobre o fenômeno (Melo et al., 2015).

A religiosidade, como representação social, esta presente nos discursos e auxilia na interpretação das condições vivenciais que perpassam o fenômeno de saúde-doença. Neste sentido, esta condição estruturante esta presente tanto no processo de construção da experiência, dando sentido a ela, quanto funcionando como fator componente da resiliência.

Portanto, esta estruturação também e responsável por organizar a rede social que dá suporte emocional e psicológico ao familiar. Todavia, parte dos profissionais não percebia este suporte presente nas famílias, isto pode ter ocorrido pela ênfase naturalista dada à formação do profissional de saúde. Esta barreira, já descrita por outros estudos, é percebida como um forte limitador na relação paciente-profissional (Gobatto & Araujo, 2013).

Esta ênfase naturalista apresenta forte tensão em um dos participantes no grupo de profissionais. Enquanto quatro das participantes mantiveram o discurso naturalista do indivíduo autônomo, uma delas relatou como suas representações sobre religião

influenciaram suas concepções do processo de adoecimento. Estas concepções se aproximavam mais do discurso do grupo de familiares do que do grupo dos profissionais.

A oração, nos discursos dos participantes, apresentou seu caráter subjetivo de comunhão com o sagrado. A confirmação de que todos os familiares pedem intervenção na realidade, a partir da oração, corrobora com o descrito por outros pesquisadores. Todavia, outra condição influenciada pela oração percebida no estudo foi o estado de maior tranquilidade presente após o ritual de oração.

A concepção de sentido para todas as coisas presente na religião, estrutura o processo individual de resiliência. Assim, este processo já descrito em outras pesquisas demonstra sua relação com as representações religiosas e como elas se influenciam. Neste estudo, foi possível perceber que os profissionais notaram claramente como a fé se organizava no processo resiliente do indivíduo.

## Conclusões

A partir da presente pesquisa foi possível identificar processos de construções das representações sociais dos religiosos e como estas construções influenciam as decisões, do familiar, sobre o tratamento do paciente. A pesquisa contribuiu com uma maior compreensão da tensão entre o mundo naturalista presente no discurso dos profissionais de saúde e as representações sobre o sagrado. Também foi possível perceber que alguns profissionais já modificaram suas concepções sobre o mundo natural, considerando conceitos religiosos como produtores de sentido para a experiência.

No entanto, os resultados encontrados não podem ser generalizados, uma vez que foram identificadas apenas duas religiões de matriz cristã, quando na realidade da cultura nacional tem-se uma expressão religiosa de maior variedade. Também não foi possível investigar como outras formações profissionais da área de saúde, como psicólogos, por exemplo, compreendem o processo de significação de saúde-doença a partir das representações sociais. Sugere-se, para as próximas pesquisas, a maior variedade no recrutamento dos participantes em relação a sua religião, inclusive com participação de sujeitos que declaram não ter religião. Também, devem-se investigar as concepções de outros profissionais de saúde, quanto ao processo de saúde-doença e religião e como eles se influenciam.

## Referências

- Araújo, C. A. (2006). Novas ideias em resiliência. *Revista Hermes*, 11(1), 85-95.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardi, C. J. & Castilho, M. A. (2016). A Religiosidade como Elementos do Desenvolvimento Humano. *Interações*, 17 (4), 745-756.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Freitas, M. H. (2013). Religiosidade e Saúde Mental em Imigrantes. *Psico-USF*, 18 (3), 437-444.
- Gobatto, C. A. & Araujo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia. *Psicologia USP*, 24 (1), 11-34.
- Melo, C. F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. A. & Pinto, N. S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15 (2), 447-464.
- Murakami, R. & Campos C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (2), 361-367.
- Shimizu, H. E., Silva, J. R., Moura, L. M., Bermúdez, X. P. D. & Odeh, M. M. (2015). A Estrutura das Representações Sociais Sobre Saúde e Doença Entre Membros de Movimentos Sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (9), 2899-2910.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S. & Menandro, P. R. M. (2015). O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25 (4), 1335-1360.

## APÊNDICE A: Modelo de Entrevista Semiestruturada – Família

1. Você tem religião?
2. Como é sua religião? Fale-me um pouco sobre ela.
3. Você acha importante seu filho seguir sua religião? Por que?
4. O que está acontecendo com seu filho/filha, você sabe como explicar?
5. Qual sua reação quando descobriu o que seu filho tinha?
6. Você pede ajuda a Deus?
7. Você acredita que Deus tem um propósito para seu filho?
8. Você conversa com alguém em sua igreja/templo sobre o que está acontecendo em sua vida agora? Como você se sente depois?
9. A oração influencia na melhora/cura de seu filho?
10. Você acha que existem religiões que não deixam realizar alguns procedimentos médicos? O que você acha desta atitude?
11. Já teve algum procedimento médico que foi contrário a sua religião? Como você reagiu? Se sim dê exemplos.
12. Você utilizou conceitos religiosos para explicar para seu filho sobre seu diagnóstico?
13. Você acredita que estes acontecimentos te aproximam mais de Deus? Ou te afastam?

## APÊNDICE B: Modelo de Entrevista Semiestruturada – Profissional

1. Você tem alguma religião?
2. Acredita que seus valores e crenças religiosas ajudam na interação com as famílias? De que forma?
3. O que você acha da religiosidade das famílias? Influencia o tratamento?
4. Quando você percebe a pessoa como religiosa, você usa a religião dela como facilitador? De que forma?
5. Você já se surpreendeu com a reação de algum familiar quando foi necessário dar uma notícia, boa ou ruim, sobre o tratamento da criança?
6. Você já presenciou algum rito/ritual religioso dos familiares com a criança, aqui no hospital? Se sim como foi?
7. Em algum momento você foi impedido de realizar algum procedimento na criança por conta de alguma crença da família? Como foi? Como você se sentiu?
8. Você percebe diferença nos grupos de família que declaram ter uma religião e os grupos que declaram não ter religião?
9. Você utilizou de conceitos religiosos para explicar para a criança sobre seu diagnóstico?