



Um Breve Ensaio Quanto a Relação Entre o Processo de Adoecimento e a Valorização da Espiritualidade dos Pacientes

Pedro Ikaro Rodrigues de Andrade¹, Brenna Amaro Gomes², Teresa Manuela Oliveira Puentes³, Jacob Ferreira de Bessa Neto⁴, Bruno Gonçalves Leite⁵, Raimundo Thiago Macedo⁶

Resumo: Muitos são os grupos religiosos onde a cura espiritual e física tem um papel vital. Muitas pessoas até associam essas religiões com o processo de cura. No âmbito médico, esse apego religioso pode ser benéfico ou nocivo. Benéfico pois muitas dessas religiões pregam a passividade, conforto, e paz, ao mesmo tempo que impõem códigos de ética que os inibem da exposição à alguns comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas, praticar atos de violência e outros. O presente estudo discorre comentários acerca do processo de adoecimento e cura ante as questões da espiritualidade. Os resultados demonstraram que o processo de adoecimento do corpo vai muito além dos diagnósticos clínicos. Neste sentido, o sujeito não pode mais ser visto apenas como um corpo que não está sadio. Há que o considerar holisticamente, levando-se em consideração toda a sua complexidade, incluindo-se aí, seus valores, suas pressuposições, bem como suas crenças pessoais e espirituais. Portanto, é necessária uma análise multiprofissional que considere o sujeito em todas as suas dimensões biopsicossociais.

Palavras-chave: Processo de adoecimento. Saúde. Espiritualidade.

A Brief Essay Regarding the Relationship Between the Process of Illness and the Valuing of the Spirituality of Patients

Abstract: There are many religious groups where spiritual and physical healing plays a vital role. Many people even associate these religions with the healing process. In the medical field, this religious attachment can be beneficial or harmful. Beneficial because many of these religions preach passivity, comfort, and peace, while imposing codes of ethics that inhibit exposure to some risk behaviors, such as alcohol and drug consumption, committing acts of violence and others. This study discusses

¹ Especialização em Curso de Especialização Pesquisa e Inovação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, Brasil. Médico da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Crato-CE. pedroikaroandrade@gmail.com;

² Graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Brasil. drabrennagomes@gmail.com;

³ Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Estácio/Juazeiro, Brasil. manupdocumentos@gmail.com;

⁴ Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Estácio/Juazeiro, Brasil. jacobcontato@outlook.com.br;

⁵ Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Brasil brunogl10@hotmail.com;

⁶ Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Estácio/Juazeiro, Brasil. thiagodobrejao@hotmail.com.

comments about the process of illness and healing in the face of issues of spirituality. The results showed that the body's illness process goes far beyond clinical diagnoses. In this sense, the subject can no longer be seen only as an unhealthy body. You have to consider it holistically, taking into account all its complexity, including your values, assumptions, as well as your personal and spiritual beliefs. Therefore, a multidisciplinary analysis that considers the subject in all its biopsychosocial dimensions is necessary.

Keywords: Illness process. Health. Spirituality.

Introdução

Desde as primeiras civilizações o homem sempre teve uma íntima relação com a religião e uma grande conexão com sua espiritualidade. No aspecto da Saúde esses princípios estão intimamente conectados por meio prática de rituais e costumes. Os gregos e egípcios usavam suas escritas, cuneiforme e hieróglifos, para promover a cura. Na Bíblia existem relatos de Jesus curando várias enfermidades (NÓBREGA, 2010). Além disso, o não cumprimento das tradições poderia acarretar prejuízos a saúde, enquanto ao cumpri-las, indivíduo e sociedade mantinham seu bem-estar (GUIMARÃES, 2017).

Para Cristãos, Judeus, Hindus, Budistas e muitos outros grupos religiosos, a cura espiritual e física tem um papel vital. Muitas pessoas até associam essas religiões com o processo de cura. No âmbito médico, esse apego religioso pode ser benéfico ou nocivo. Benéfico pois muitas dessas religiões pregam a passividade, conforto, e paz, ao mesmo tempo que impõem códigos de ética que os inibem da exposição à alguns comportamentos de risco, como o consumo de álcool e drogas, praticar atos de violência e outros. Porém este pode ser nocivo ao tratar pessoas doentes como merecedores do seu “castigo” ou até mesmo impedir que alguns procedimentos médicos sejam feitos, como transfusões sanguíneas.

Nos dias atuais muitas dessas crenças e tradições permanecem, apesar de mais diluídas em grande parte do mundo. No Brasil, que ainda é a maior nação católica do mundo, ocorreu uma redução de 12,2% dos fiéis do catolicismo, sendo que esta religião representa 64,6% da população brasileira, seguida pelos evangélicos, com 22,2%, espíritas, com 2% e outras, com 2,7%. Esses dados, tirados do censo do IBGE de 2010 também afirmam o crescimento da população sem religião, que chegou a 8%. Essas alterações nesse aspecto na população evidenciam a dinâmica relação das pessoas com sua espiritualidade, que vai sendo modificada com intensidade cada vez maior.

Para iniciar uma análise da influência da religiosidade e espiritualidade na saúde dos indivíduos é preciso primeiramente diferenciar esses dois termos. Diferente de épocas passadas, esses termos não são mais sinônimos e passaram a ser conceitos distintos, apesar de ainda se cruzarem (GUIMARÃES, 2017). No passado, espiritualidade dizia respeito a indivíduos de dedicavam sua vida à religião, às outras pessoas e as tradições do próprio grupo religioso. Enquanto isso o sentido de religião se manteve e é, portanto, o mesmo significado atribuído hoje (KOENING, et al 2017). Por esse motivo, por muito tempo essas palavras focaram entrelaçadas e até hoje se pode ter dificuldade de distinguir uma da outra.

Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (SAAD et al,2010). É a busca pelo sagrado fora de uma religião tradicional. Ela pode dizer respeito a pessoas religiosas, mas vai além disso, englobando também pessoas superficialmente religiosas, o buscador religioso, o buscador de bem-estar e felicidade, e a pessoa completamente secular. Porém, as diferenças entre esses grupos, no que diz respeito no estudo de suas influências na saúde, ainda não é claro (KOENING, et al 2017).

Nesse âmbito, muitas pesquisas tentam medir e acompanhar os efeitos da religiosidade e espiritualidade no processo de saúde-doença. Esse assunto já chama atenção entre pesquisadores e profissionais da saúde, porém o número de artigos ainda é limitado e as pesquisas nesse assunto tem diversas dificuldades (ALEXANDER, 2017). A maior dificuldade nessas pesquisas é quantificar religiosidade ou espiritualidade dos indivíduos em comparação aos outros que não possuem essa característica. Por isso, a maior parte dos estudos utiliza esses termos como sinônimos e classificam como religioso aquele que possui uma ou mais crenças, para assim analisarem o impacto dessas características na saúde do indivíduo (LUCCHESI, 2013).

Humanização na saúde

Após anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, muitos avanços foram feitos. A saúde chegou em lugares que nunca haviam chegado antes e populações que não tinham acesso a cuidados passaram a ser assistidas. Porém isso não quer dizer que não existem vários entraves que tornam a Saúde um meio inóspito, tanto para os usuários como para os trabalhadores da área. Dentro desse quadro se estabelecem obstáculos como as relações de trabalho precarizadas, a fragilidade na relação usuário-serviço de saúde, a necessidade de ampliação do acesso com

qualidade aos serviços de saúde, a pobre participação dos usuários na gestão dos serviços, o despreparo profissional aliado ao modelo centralizado e vertical (COTTA et al,2010).

Há evidências dessa degradação em pesquisas que indicam modos de funcionamento dos serviços com baixo grau de envolvimento das equipes em sua tarefa primária que é produzir saúde (CAMPOS, 2005). Pelos motivos citados, entrou em voga o tema da Humanização da saúde, que vai além do tratamento dos profissionais de saúde com o paciente, englobando todas as relações em um ambiente clínico e hospitalar, visando uma melhora para todos os envolvidos.

Em 2003 foi criado o Programa nacional de Humanização (PNH), que consiste na é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2005).

A Humanização é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e das pessoas. A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos (CAMPOS, 2005).

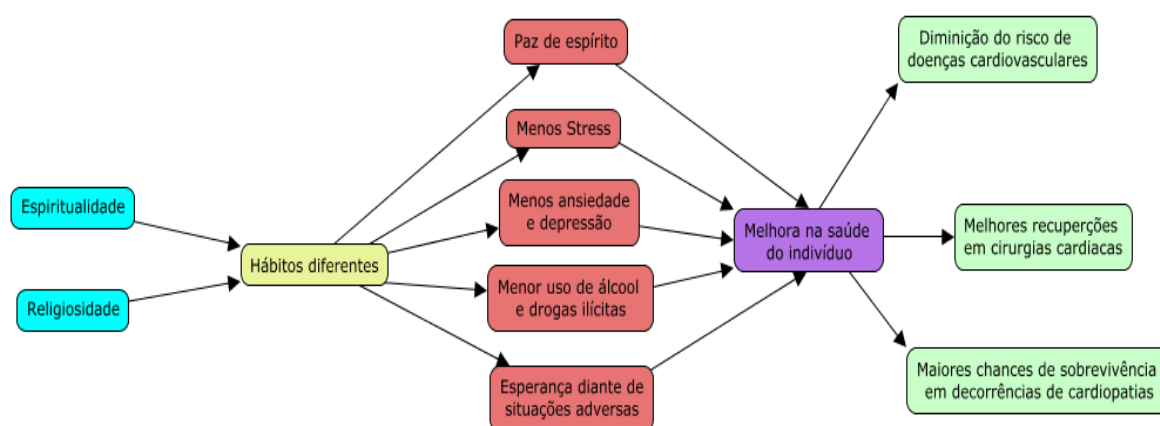
Espiritualidade no Tratamento do Paciente Cardiopata

O Enfrentamento uma cardiopatia é geralmente um período de muita dor e sofrimento para o paciente e para a sua família ,como em um quadro de acidente vascular cerebral(AVC) , uma suspeita de infarto ,o que demanda muita força do indivíduo para um bom prognóstico .Nesse contexto , a espiritualidade desses pacientes exerce um papel essencial durante o tratamento e a recuperação , com dados demonstrando discrepâncias relevantes na melhora entre aqueles que possuem e aqueles que não possuem alguma crença em uma ou mais divindade (AI & HALL,2011).

As cardiopatias podem estar relacionadas à diversos fatores que podem ser modificados de acordo com o estilo de vida do indivíduo, como sedentarismo, fumo, stress, obesidade, altos níveis de colesterol, ansiedade e outros. Nesse contexto, o hábito que mais está correlacionado

às doenças cardiovasculares é o tabagismo. Lucchese & Koenig(2013) analisaram 123 estudos que analisaram a espiritualidade e a religiosidade entre fumantes e não fumantes e em 90% deles demonstraram que relação inversa entre religiosidade e o hábito de fumar. Além disso, o abuso de álcool e drogas ilícitas tendem a aumentar a pressão arterial o que pode levar a quadros como o de acidentes vascular cerebral, nessa mesma pesquisa 86% dos estudos analisados também demonstraram uma relação inversa entre o uso dessas drogas e a espiritualidade dos indivíduos (LUCCHESI & KOENIG, 2013).

Figura 1 - Metassíntese: Espiritualidade no tratamento e prevenção de cardiopatias



Fonte: Lucchese & Koenig ,2013. (Software: Cmaptools)

As cirurgias cardíacas são, muitas vezes, a chance que alguns pacientes têm de sobreviver a graves cardiopatias. Essas intervenções possuem grande risco de morte, principalmente para os indivíduos de idades mais avançadas e esses são avisados do risco antes da cirurgia, o que gera no paciente um temor da morte e ansiedade no período pré-operatório. Ai & Hall (2011), realizaram um estudo de coorte prospectivo, acompanhando pacientes que sobreviveram à cirurgias cardíacas e observam uma diferença substancial nos níveis de ansiedade e de depressão entre aqueles que possuíam alguma conexão com o que eles chamaram de amor divino, que seria um aspecto espiritual positivo diante de crises e momento de dificuldades, como o de uma intervenção cirúrgica. Ademais, o prognóstico dos pacientes que possuíam o amor divino foi melhor, apresentando resultados sobre a função cardíaca mais positivos do que aqueles que não possuíam tal característica. (AI & HALL, 2011).

Tabela 1- 12 itens projetados para refletir quatro componentes inter-relacionados de apoio espiritual percebido: (1) intimidade, (2) apoio emocional, (3) orientação cognitiva e (4) recursos espirituais, antes e depois do paciente ser submetido à cirurgia cardíaca.

Escala de apoio espiritual unidimensional e seus quatro componentes inter-relacionados

1. Eu tenho um recurso interior do meu relacionamento espiritual com Deus que me ajuda a enfrentar as dificuldades
 2. Eu experimento o amor e o cuidado de Deus regularmente
 3. O cuidado de Deus me proporciona paz e contentamento na incerteza
 4. Eu experimentei um relacionamento pessoal íntimo com Deus
 5. Meu profundo amor por Deus me encorajou a sobreviver às dificuldades e aflições
 6. Recebi apoio espiritual de minha associação religiosa ou espiritual
 7. Minha fé religiosa ou espiritual me guiou no tempo de dificuldade
 8. Eu fui inspirado por minha fé religiosa ou espiritual em face da aflição
 9. Minha fé religiosa ou espiritual me ajudou a lidar com o tempo de dificuldade
 10. Eu ganhei força interior da minha fé religiosa ou espiritual em face de angústia.
 11. Meu profundo amor por Deus me encorajou a sobreviver à dificuldade e à angústia.
 12. Minha fé religiosa ou espiritual me proporcionou consolo na incerteza
-

Fonte: Ai & Hall, 2012.

Foi observado um significativo aumento do nível de envolvimento espiritual após o evento traumático (Intervenção cirúrgica). Essa escala pode ser também usada por profissionais da saúde para identificar o nível de espiritualidade do paciente e, a partir disso, construir um relacionamento mais adequado, buscando prover esperança e paciência, respeito as crenças de cada indivíduo (AI & HALL, 2011).

Eventos cardíacos súbitos, como a suspeita de um infarto, geram um grande impacto físico, psicológico e espiritual na vida do paciente. Um estudo feito por Maygar -Russell analisou a prevalência (58%) de algum embate religioso durante o período de hospitalização por suspeita de síndrome coronária aguda entre os entrevistados. Embora a espiritualidade seja de extrema importância para o prognóstico do paciente com doenças graves, nesses casos foram

analisados fatores de riscos como depressão , ansiedade , distúrbios do sono entre esses pacientes que travavam essa luta religiosa . Isso decorre, muito possivelmente, do sentimento de culpa que o indivíduo carrega por portar essa patologia , entendendo como castigo aquela situação que ele está enfrentando (MAGYAR-RUSSEL, 2013).

A insuficiência cardíaca em estágio terminal é uma doença fatal que pode ter grande impacto na qualidade de vida do paciente. Falta de ar, dor e letargia contribuem para sentimentos de medo, ansiedade e depressão. Diante de uma perspectiva de morte iminente os componentes espirituais e psicológicos dos cuidados paliativos são aspectos importantes do cuidado holístico oferecido aos pacientes gravemente lesados por essa cardiopatia. Esses aspectos do cuidado podem ajudar o paciente a descobrir o significado de sua vida apesar da doença e encontrar esperança, amor e perdão. É muito importante que, na prestação de cuidados espirituais os profissionais de cuidados paliativos tenham boas habilidades de comunicação, a capacidade de desenvolver relacionamentos terapêuticos e de cuidado e um nível de conforto com sua própria jornada espiritual na vida (OATES ,2004).

O cuidado paliativo é muitas vezes visto como necessário apenas para pacientes com câncer terminal, mas isso é uma visão errônea. Doenças como a insuficiência cardíaca em pacientes com mais de 70 anos na maioria dos casos é fatal, fazendo-se necessário o cuidado paliativo de toda a equipe de saúde com o indivíduo nessas situações. (OATES ,2004). Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (RIBEIRO et al 2013).

Todos esses estudos demonstram que não somente um, mas vários fatores levam ao melhor prognóstico em doenças cardiovasculares daqueles que são espiritualizados e que é necessário ponderar até que ponto a crença individual pode afetar no tratamento e na recuperação desses pacientes. Entretanto, as pesquisas sobre o impacto da espiritualidade na saúde dos portadores de cardiopatias ainda estão em sua infância.

Mais estudos sobre crescimento pessoal em pesquisa cardíaca são necessários, dada a crescente ênfase na saúde comportamental no cuidado colaborativo centrado no paciente para as doenças crônicas do envelhecimento. Assim, médicos, enfermeiros e os demais profissionais da saúde devem estar sempre atentos às individualidades dos pacientes, buscando apoiar a esperança na melhora da doença, buscando diminuir a dor e o temor da morte, evitar ansiedade

e depressão e se atentar a importância do cuidado paliativo no tratamento da pessoa com cardiopatia.

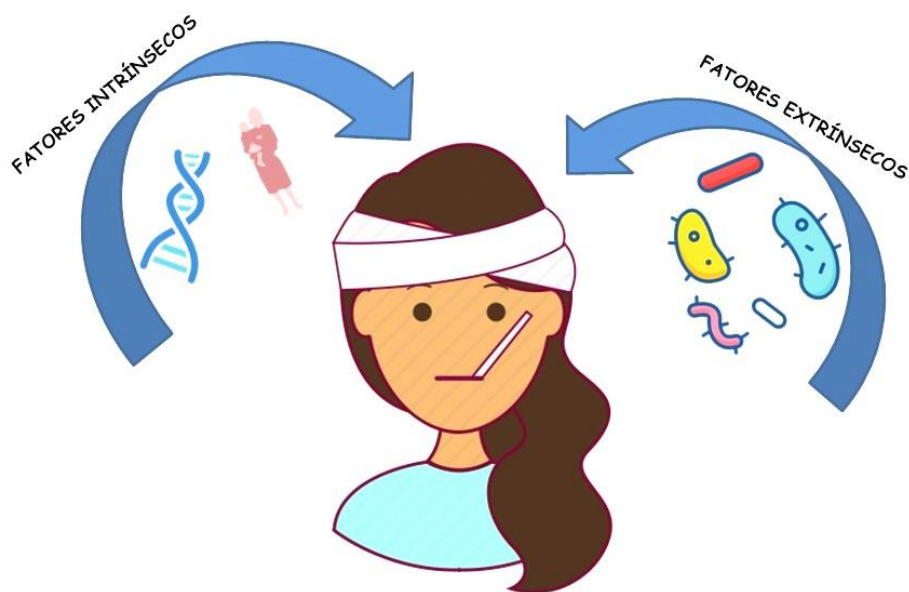
O conceito de adoecer pode ser resumido em: é um processo de instalação de uma enfermidade, essa enfermidade pode acometer o ser humano fisicamente e mentalmente. Porém, o significado de adoecer é bem mais amplo, pois ele se dá pela junção da concepção de cada indivíduo que passa por esse processo (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

O ponto de partida desse processo é a doença. As doenças podem ser classificadas quanto ao início, quanto ao curso e as consequências. Quanto ao início ela se subdivide em agudas e crônicas. Quanto ao curso as doenças podem ser classificadas como progressiva, constante e episódica. A progressiva, a doença tem uma rápida evolução. A constante há um momento em que a patologia está em pico com posterior estabilização e pôr fim a episódica em que doença tem a elevação dos sintomas e remissão deles. Quanto às consequências as disfunções orgânicas podem ser fatais e não fatais. Com a evolução da doença o indivíduo pode ficar incapacitado cognitivamente, fisiologicamente e socialmente (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

Adoecer é um processo que se dá pelo desarranjo das funções do organismo decorrente de inúmeras causas, intrínsecas e extrínsecas. Dentre as causas intrínsecas temos fatores genéticos que é passado por gerações através de pais e filhos. Já as causas extrínsecas, têm os fatores biológicos, microrganismos (vírus, bactérias, protozoários e fungos) patógenos que causam as mais diversas enfermidades e o meio ambiente, o modo que o indivíduo vive e a forma como o meio influencia no desenvolvimento de enfermidades (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

A doença pode acometer o ser humano fisicamente e mentalmente, e a ela e atribuídos vários significados decorrentes de vários segmentos. Para o indivíduo e sua família que está passando pelo processo pode significar desde algo passageiro, invalidez até morte e para a sociedade capitalista adoecer significa deixar de produzir, então para o mercado de trabalho o indivíduo precisa ser substituído para que o sistema continue a funcionar. O significado é bem amplo, pois, ele tem a concepção individual (de quem está passando pelo processo) e coletiva, das pessoas envolvidas nesse processo (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

Figura 2 – Fatores Intrínsecos e Extrínsecos do adoecimento



Fonte: (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

A doença tem conotação negativa, desde os primórdios o processo de adoecimento era associado a um castigo estabelecido por um senhor supremo para os “pecadores”, apesar de ao longo dos anos a causa ter sido modificada, a carga negativa associada ao adoecimento não se modificou (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

Adoecer é um processo desgastante e muito estressante. O indivíduo perpassa por inúmeras etapas até chegar à aceitação da doença. As doenças podem ser classificadas quanto ao início, quanto ao curso e as consequências. Quanto ao início ela se subdivide em agudas e crônicas. Quanto ao curso as doenças podem ser classificadas como progressiva, constante e episódica. A progressiva, a doença tem uma rápida evolução. A constante há um momento em que a patologia está em pico com posterior estabilização e pôr fim a episódica em que doença tem a elevação dos sintomas e remissão deles. Quanto às consequências as disfunções orgânicas podem ser fatais e não fatais. Com a evolução da doença o indivíduo pode ficar incapacitado cognitivamente, fisiologicamente e socialmente (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

Quadro 1 - Classificação das doenças

	CLASSIFICAÇÃO		
INÍCIO	Aguda	Crônica	
CURSO	Progressiva: a doença tem uma rápida evolução	Constante: há um momento em que a patologia está em pico com posterior estabilização	Epsiódica: doença tem a elevação dos sintomas e remissão dos mesmos
CONSEQUÊNCIAS	Fatais	Não Fatais	

Fonte: Monteiro; Magalhães; Machado, (2017).

O adoecimento é percebido pelo indivíduo através de alterações orgânicas que sinalizam que o corpo não está bem, muitas vezes esse processo é negligenciado. O indivíduo vê essas alterações como algo passageiro que não há necessidade de um suporte maior, pois o mesmo muitas vezes não pode, ou, não quer parar sua rotina, seu trabalho (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

As primeiras manifestações clínicas da doença são tratadas empiricamente, ou seja, de acordo com o conhecimento prévio dos sujeitos acerca de sua vivência. Com o passar do tempo às manifestações clínicas começam a comprometer a rotina do sujeito que não consegue mais realizar suas atividades diárias, sejam elas domésticas, de trabalho, biológicas e o indivíduo se vê a procurar um suporte médico (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

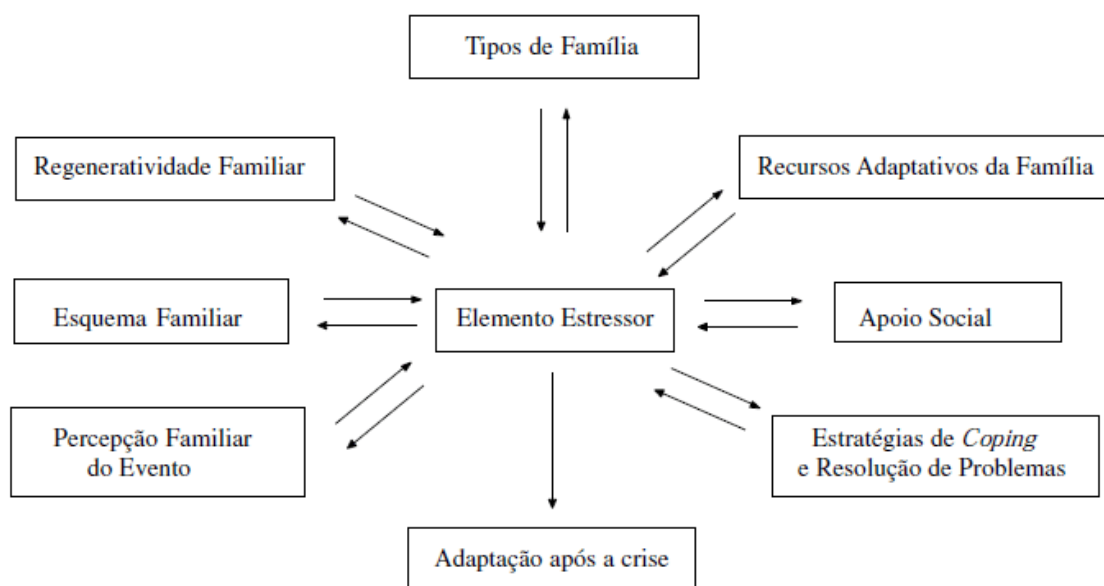
Algumas doenças são mais fáceis de ser tratadas que outras, bem como outras doenças que são mais fáceis de serem aceitas. As doenças que são de difícil aceitação são aquelas doenças agressivas que altera todo o cotidiano do indivíduo e sua família, as que causam invalidez e dependência e as incuráveis. É importante ressaltar que essas doenças acometem também o aspecto mental do indivíduo, devido ele ser submetido a inúmeras situações e fatores estressantes (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Quando o indivíduo recebe o diagnóstico de que está portando uma patologia o processo estressante de adoecimento se inicia e ele se divide em várias etapas que o desfecho pode ser aceitação, ou não, tratamento e reabilitação. Inicialmente, o indivíduo pode aceitar a doença tratá-la quando houver cura e quando não houver se adaptar a nova realidade e viver da melhor maneira possível, ou, o indivíduo pode passar pelo processo de negação o que acaba dificultando o processo de tratamento e reabilitação e conseqüentemente ocasionando mais estresse e sofrimento psíquico (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Essa opinião antecipada ocasiona uma situação estressante que pode agravar o quadro do indivíduo. Muitos acabam evitando o contato social e muitas vezes isso é imposto pela sociedade. Em algumas situações o indivíduo omite sua condição clínica tentando evitar tamanha rejeição. (GABIN et al, 2017).

O processo de adoecimento é vivenciado também pelos familiares, quando ativa na vida do indivíduo. Os familiares passam por intenso sofrimento psíquico devido ao constante pensamento sobre morte e a perda do ente querido, muitas vezes, algum familiar pode chegar a desenvolver alguma doença decorrente do tamanho sofrimento. A família, quando ativa na vida do paciente, compõe um dos suportes que o indivíduo tem para enfrentar a doença, pois é nela que ele colocará expectativas de segurança. O apoio social, também, se torna um suporte elementar em questão a aceitação e tratamento da doença (CARGNIN et al, 2018).

Figura 3: Apoio social e o enfrentamento da doença



Fonte: Bellé; Andreazza; Ruschel (2009).

A família compõe um dos suportes que o indivíduo tem para enfrentar a doença, pois é nela que ele colocará expectativas de segurança. O apoio social, também, se torna um suporte elementar em questão a aceitação e tratamento da doença (CARGNIN et al, 2018).

Infelizmente em alguns casos a família não é ativa na vida do indivíduo e para aceitação e enfrentamento da doença o sujeito precisa das pessoas que compõe o seu meio social, é elementar. O não apoio familiar pode ser advindo de conflitos pessoais ou até mesmo o preconceito com alguma doença. Algumas doenças carregam um pré-conceito estabelecido pela

sociedade e são discriminadas e estigmatizadas, muitas vezes essa discriminação é da própria família do paciente e ao invés de ser um suporte para o paciente se tornar um meio de acentuar mais essa situação desagradável (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Essa opinião antecipada ocasiona uma situação estressante que pode agravar o quadro do indivíduo. Muitos acabam evitando o contato social e muitas vezes isso é imposto pela sociedade. Em algumas situações o indivíduo omite sua condição clínica tentando evitar tamanha rejeição (GABIN et al, 2017).

Doenças que causam isolamento social carregam uma grande bagagem de estresse, isso acaba por piorar o quadro tanto mental como físico do indivíduo que se vê sozinho sem nenhum suporte para enfrentar o processo de adoecimento essa situação contribui com a piora clínica do mesmo, que além de não aceitar sua doença não facilita o tratamento, consequentemente não tem uma boa qualidade de vida para poder viver os anos que a doença permite (GABIN et al, 2017).

Quando a família não está presente, ele pode ter o suporte os amigos que os considera como família e o suporte fornecido pelos hospitais e a equipe de saúde que podem compor sua base de enfrentamento. Dessa forma a equipe de saúde se torna substancial nesse processo e principalmente nos casos que o sujeito não tem apoio familiar. E a equipe de saúde que irá realizar a transição de negação da doença para de aceitação, tratamento e reabilitação, restabelecendo a vida do mesmo com o propósito de fornecer uma melhor qualidade de vida e aumentar o número de anos, quando a doença é incurável (GABIN et al, 2017).

As doenças podem ser classificadas quanto ao início, quanto ao curso e as consequências. Quanto ao início ela se subdivide em agudas e crônicas. Quanto ao curso as doenças podem ser classificadas como progressiva, constante e episódica. A progressiva, a doença tem uma rápida evolução. A constante há um momento em que a patologia está em pico com posterior estabilização e por fim a episódica em que doença tem a elevação dos sintomas e remissão dos mesmos. Quanto às consequências as disfunções orgânicas podem ser fatais e não fatais. Com a evolução da doença o indivíduo pode ficar incapacitado cognitivamente, fisiologicamente e socialmente (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

O processo de adoecimento é um processo de instalação de uma enfermidade. É percebido pelo indivíduo através de alterações orgânicas que sinalizam que o corpo não está bem. Todo esse processo acaba por impactar o atual contexto de vivência do adoecido. As primeiras manifestações clínicas de uma doença são tratadas empiricamente, de acordo com o conhecimento prévio dos sujeitos acerca de suas vivências. Com o passar do tempo às

manifestações clínicas começam a comprometer a rotina do sujeito que não consegue mais realizar suas atividades diárias, sejam elas domésticas, de trabalho, biológicas e o indivíduo se vê a procurar um suporte maior (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

A interação entre o paciente e o profissional é fundamental durante o diagnóstico de uma doença dado que o paciente irá ter inúmeras reações que influenciaram diretamente na forma como ele lidará com essa nova situação. Os profissionais devem ser mais empáticos, deter de escuta e de táticas que facilitem a nova realidade do paciente. Neste momento o indivíduo se vê cercado pelo sentimento de morte. Esse medo ocasiona inúmeras emoções no indivíduo que reflete no seu processo de adoecimento e suas condutas perante a doença vai depender do significado que ele atribuiu a mesma (COSTA et al, 2017).

Com a ruptura do seu cotidiano, o sujeito agora volta seus esforços para sobreviver. Dentre os aspectos biopsicossociais afetados temos as alterações físicas que podem ser as manifestações clínicas da doença, alteração em suas ocupações, o modo que ele se relaciona e alimentação. Nesse novo contexto o indivíduo deve adaptar seu organismo para que se tenha uma maior qualidade de vida. No processo de adoecimento o corpo é submetido a sentimentos e emoções negativas, como impotência, raiva, angústia, medo por esta em situação em que não detém de controle (VIEGAS et al, 2017).

Para aceitação e enfrentamento da doença o sujeito precisa das pessoas que compõe o seu meio social. Quando a família não está presente, ele pode ter o suporte de amigos e o suporte fornecido pelos hospitais e a equipe de saúde que constitui sua base de enfrentamento (COSTA et al, 2017).

A interação entre o paciente e o profissional é fundamental durante o diagnóstico de uma doença dado que o paciente irá ter inúmeras reações que influenciaram diretamente na forma como o mesmo lidará com essa nova situação. Os profissionais devem ser mais empáticos, deter de escuta qualificada e de táticas que facilitem a nova realidade do paciente. Neste momento o indivíduo se vê cercado pelo sentimento de morte. Esse medo ocasiona inúmeras emoções no indivíduo que reflete no seu processo de adoecimento e suas condutas perante a doença vai depender do significado que ele atribuiu a mesma (COSTA et al, 2017).

A enfermidade ocasiona um grande impacto na aparência física, que está intimamente relacionado à como o sujeito se apresenta em sociedade. No processo de doença os sujeitos utilizam de ferramentas (mecanismos de proteção) para perpassar por essa fase. (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Um dos mecanismos utilizados por alguns indivíduos é evitar o contato social e muitas vezes isso é imposto pela sociedade. Algumas doenças sofrem estigma e discriminação devido as suas características. Muitas vezes essa discriminação é da própria família do paciente e ao invés de ser um suporte para o paciente se tornar um meio de acentuar mais essa situação desagradável. Em algumas situações o indivíduo omite sua condição clínica tentando evitar tamanha rejeição. Essa opinião antecipada ocasiona uma situação estressante que pode agravar o quadro do indivíduo (GABIN et al, 2017).

Após o diagnóstico e aceitação, o indivíduo está pronto para se submeter ao tratamento e se prepara para sua nova realidade, pois todo o seu cotidiano é modificado, porém não é um processo fácil, além de ser difícil, pois ele pode desistir inúmeras vezes, é lento e gradual. No contexto laboral ele fica inabilitado para realizar suas atividades e em alguns casos é substituído. No contexto social, os familiares têm de ser adaptar a nova realidade dificultosa.

Dentre os aspectos biopsicossociais afetados temos as alterações físicas que podem ser as manifestações clínicas da doença, alteração em suas ocupações, o modo que ele se relaciona e alimentação. Nesse novo contexto o indivíduo deve adaptar seu organismo para que se tenha uma maior qualidade de vida. No processo de adoecimento o corpo é submetido a sentimentos e emoções negativas, como impotência, raiva, angústia, medo por esta em situação em que não detém de controle (VIEGAS et al, 2017).

O intenso ciclo de sofrimento, de raiva, medo, ansiedade, solidão, estresse devem ser quebrados seja ele pela família, amigos, ou a equipe de saúde. É fundamental que os três trabalhem em conjunto para fornecer um apoio maior ao indivíduo, contribuindo para que o tratamento seja mais efetivo. Nesses momentos o suporte seja ele familiar ou hospitalar deve atuar de forma a quebrar esse ciclo e o tratamento seja mais efetivo (VIEGAS et al, 2017).

É importante salientar que algumas doenças ocasionam mudanças físicas que podem interferir ou não no processo de tratamento e que está intimamente relacionado à como o sujeito se apresenta em sociedade. No processo de doença os sujeitos utilizam de ferramentas (mecanismos de proteção) para perpassar por essa fase (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Podemos destacar o emagrecimento, a queda de cabelos, a perda de um membro, cicatrizes extensas. Dependendo do fator que causa mudanças físicas, algumas podem ser sanadas com alguns objetos, por exemplo, a utilização de perucas para aqueles que têm a queda dos cabelos. Muitos utilizam essa situação como algo impulsionador e gerador de novas ideias e se dedicam aos estudos, a escrita de algum livro ou a composição de alguma música. Todos

esses mecanismos, além de serem fatores de proteção, auxiliam no bem-estar do mesmo e os auxiliam na passagem pelo processo tão doloroso (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Outro mecanismo que contribui positivamente no adoecimento e a espiritualidade. A crença em um ser supremo facilita o processo de doença, visto que é uma ferramenta que auxilia no enfrentamento para o doente e sua família. Essa crença contribui e fornece expectativas positivas acerca do futuro do paciente, e acaba suavizando esse processo de adoecimento (CRUZ et al, 2017).

Esse processo causa intenso estresse, pois todo o seu cotidiano é modificado. No contexto laboral ele fica inabilitado para realizar suas atividades e em alguns casos é substituído. No contexto social, os familiares têm de se adaptar à nova realidade dificultosa (CRUZ et al, 2017).

É perceptível que o processo de adoecimento é estressante, devido todo o cotidiano do indivíduo ser modificado, seu trabalho, suas atividades diárias, alimentação. O cotidiano familiar também é modificado, os mesmos devem abdicar de inúmeras funções para se dedicar ao familiar enfermo que necessita de cuidados especiais. Dessa forma, adoecer é um processo coletivo. Muitas situações dificultam o processo de aceitação, o tipo de doença, o tratamento, o meio social. Porém, quando se tem o suporte familiar à aceitação da doença se torna um processo mais fácil, bem como o tratamento. Alguns mecanismos facilitam a passagem por esse processo, seja o meio social, meio virtual ou o meio espiritual, funcionam como um suporte quando o ciclo da doença não vai bem. São esses meios que preparam o indivíduo para cura e reabilitação ou até mesmo o processo da morte (CRUZ et al, 2017).

A enfermidade ocasiona um grande impacto na aparência física, que está intimamente relacionado à como o sujeito se apresenta em sociedade. No processo de doença os sujeitos utilizam de ferramentas (mecanismos de proteção) para perpassar por essa fase (BARSAGLINI; SOARES, 2018).

Outro mecanismo que contribui positivamente no adoecimento e a espiritualidade. A crença em um ser supremo facilita o processo de doença, visto que é uma ferramenta que auxilia no enfrentamento para o doente e sua família. Essa crença contribui e fornece expectativas positivas acerca do futuro do paciente, e acaba suavizando esse processo de adoecimento (CRUZ et al, 2017).

Processo de adoecimento do corpo

As definições de saúde e doença tornam-se subjetivas ao se partir da premissa que o processo saúde-doença abrange uma gama de fatores biopsicossociais. Uma vez que não é, humanamente, possível se atingir um estado completo de bem-estar, sendo este considerado sob todos os aspectos, faz-se necessário um maior e mais detalhado aprofundamento sobre o assunto (VIEGAS et al, 2017).

Os profissionais de saúde, tendo conhecimento acerca de patologias, bem como de seus sinais e sintomas, podem diagnosticar quando um paciente não se encontra em seu estado “sadio”, traçando dessa forma um parâmetro entre o normal e o patológico (VIEGAS et al, 2017).

Considerações Finais

O processo de adoecimento do corpo vai muito mais além do que diagnósticos clínicos. O sujeito não pode ser visto apenas como um corpo que não está sadio, há de se considerá-lo holisticamente, levando em consideração além da sua doença, devendo ser acolhido e respeitado em toda a sua complexidade. Diante do corpo fragilizado, desamparado do seu estado sadio, os profissionais de saúde veem-se diante de uma situação que requer, imprescindivelmente, de cuidados, de um acolhimento, de uma análise clínica multiprofissional, a qual irá considerar aquele sujeito em todas as suas necessidades.

Na atualidade, o corpo vem sendo veículo de convicções pós-modernas, sendo alvo de felicidade na busca do corpo perfeito, esquecendo que ele fala por si próprio, e muitas vezes ultrapassa suas condições biopsicossociais, adoecendo biologicamente pelas imposições sofridas pela cultura moderna. O corpo doente sofre, sinaliza sua dor através de sinais e sintomas, torna-se impotente, vai em direção contrária à idealização contemporânea, requer atenção e cuidados, sai do seu estado sadio e toma para si sua forma patológica, fazendo com que o indivíduo não se enxergue naquele corpo que, outrora fora seu templo saudável.

Referências

AI, A. L., & HALL, D. E. Divine love and deep connections: a long-term follow up of patients surviving cardiac surgery. **Journal of aging research**, 2011.

AI, A. L., HALL, D., PARGAMENT, K., & TICE, T. N. Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. **Journal of Behavioral Medicine**, 36(2), 186–198. 2012. doi:10.1007/s10865-012-9412-

ALVES RÔMULO ROMEU DA NÓBREGA, ALVES HUMBERTO DA NÓBREGA, BARBOZA RAYNNER RILKE DUARTE, SOUTO WEDSON DE MEDEIROS SILVA. The influence of religiosity on health. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2010 July [cited 2018 Nov 12]; 15(4): 2105-2111. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400024>.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; SOARES, Beluci Bianca Nunes de Siqueira. Impacts of long-term illness: experience of young adults with Acute Myeloid Leukemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(2):399-408, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200016>.

CARGNIN MCS, SANTOS KS, GETELINA CO, ROTOLI A, PAULA SF, VENTURA J. Pacientes em tratamento hemodialítico: percepção acerca das mudanças e limitações da doença e tratamento. **Rev Fun Care Online**. 2018 out/dez; 10(4):926-931.

COSTA, Maria Cláudia Maia; MELO, Cynthia de Freitas; BAIÃO, Darli Chahine; CAVALCANTE, Ana Karine Sousa. **Communication of a new message: the diagnosis of cancer in the perspective of patients and professionals**. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 8):3214-21, ago., 2017.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Current debates on humanization and health: who are we?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, Jan. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Nov. 2018.

CRUZ DSM DA, CORDEIRO RS, MARQUES DKA et al. vivência de pacientes com hiv/aids e a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da doença. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 10):4089-95, out., 2017.

GARBIN C. A. S., MARTINS R.J., BELILA N. M., GARBIN A. J. I. O estigma de usuários do sistema público de saúde brasileiro em relação a indivíduos HIV positivo. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2017;29(1):12-16.

GUIMARAES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

HERMES, HELIDA RIBEIRO, AND ISABEL CRISTINA ARRUDA LAMARCA. "Palliative care: an approach based on the professional health categories/Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde." **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, no. 9, 2013, p. 2577+.

KOENIG, H. G. Concerns About Measuring Spirituality in Research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 2008, 196(5), 349–355. doi:10.1097/nmd.0b013e31816ff796

LUCCHESE, F. A., & KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 2013, 28(1), 103–128. doi:10.5935/1678-9741.20130015

MAGYAR-RUSSELL, G., BROWN, I. T., EDARA, I. R., SMITH, M. T., MARINE, J. E., & ZIEGELSTEIN, R. C. (2013). In Search of Serenity: Religious Struggle Among Patients Hospitalized for Suspected Acute Coronary Syndrome. **Journal of Religion and Health**, 53(2), 562–578. doi:10.1007/s10943-013-9713-2

MONTEIRO, Mayla Cosmo; MAGALHÃES, Andrea Seixas, MACHADO; Rebeca Nonato. A Morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia** – Setembro 2017, Vol. 25, nº 3, 1285-1299.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 3-4, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700001&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700001>.

OATES, L. Providing spiritual care in end-stage cardiac failure. **International Journal of Palliative Nursing**, 10(10), 485–490. 2004. doi:10.12968/ijpn.2004.10.10.16213

VIEGAS AC, MUNIZ RM, SCHWARTZ E et al. Young adults undergoing hemodialysis: from the discovery of the disease to difficulties faced in diagnosis and treatment. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(6):2339-48, jun., 2017.

•

Como citar este artigo (Formato ABNT):

ANDRADE, Pedro Ikaro Rodrigues de; GOMES, Brenna Amaro; PUENTES, Teresa Manuela Oliveira; BESSA NETO, Jacob Ferreira de; LEITE, Bruno Gonçalves; MACEDO, Raimundo Thiago. Um Breve Ensaio Quanto a Relação Entre o Processo de Adoecimento e a Valorização da Espiritualidade dos Pacientes. *Id on Line Rev. Psic.*, Fevereiro/2023, vol.17, n.65, p. 512-529, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 01/12/2022; Aceito 16/12/2022; Publicado em: 28/02/2023.