

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SÃO PAULO
PUC-SP**

Manuela Ribeiro dos Reis

***Coping* (Enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C
durante a terapêutica medicamentosa**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**São Paulo
2012**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Manuela Ribeiro dos Reis

***Coping* (Enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C
durante a terapêutica medicamentosa**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica sob orientação da
Profa. Dra. Ceres Alves de Araujo.**

**São Paulo
2012**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ceres Alves de Araújo

Prof. Dr. Roberto José de Carvalho Filho

Profa. Dra. Maria Cecília Roth

Aos meus pais, exemplos de força e superação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida, aos meus pais, por me incentivarem em busca de novos caminhos e pelo esteio incondicional diante das minhas escolhas.

À minha irmã Mariana pela sua torcida, às minhas queridas tias Suzana Barreto, Ivanise Ribeiro e Adelaide Reis, por estarem ao meu lado durante as minhas conquistas.

Aos meus primos Anna Flávia, Rodolfo e Augustinho, que estiveram ao meu lado.

Aos meus primos Gutemberg, Cláudia, Daíse e Gugu, pelo apoio, mesmo à distância.

Aos queridos e grandes amigos Viviane, Janaína e Estevão, vocês me ajudaram a suavizar a distância, muito grata.

À querida “Pretinha”, que estive ao meu lado durante a minha trajetória em São Paulo sempre carinhosa e cuidadosa comigo.

A minha grande amiga-irmã Maria Mello, que me incentivou a realizar o mestrado, proporcionando-me a fazer parte da sua família, que sempre estiveram ao meu lado a todo momento. Obrigada, Amiga, por tudo!

À querida Carla Lago, com sua alegria transformou, o nosso encontro na PUC em mais doce.

À minha orientadora, Dra. Ceres Alves, muito agradecida pelo seu carinho e pelos seus ensinamentos ao longo da execução deste trabalho.

Ao Dr. Roberto José de Carvalho Filho, agradeço a generosidade e as valiosas contribuições para o mestrado.

À Dra. Maria Cecília Roth, muito obrigada pelo carinho e pelas sugestões acadêmicas.

À Dra. Mathilte Neder e Maria Teresa Nappi muito grata pelo carinho e incentivo.

À Dra. Maria Lúcia Ferraz muito obrigada, por consentir realizar a pesquisa na Casa da Hepatite, à Francine, Letícia e Marcus, grata pela ajuda durante a coleta de dados.

Aos pacientes da Casa da Hepatite C, muita grata pela colaboração.

Aos meus amigos Karen, Gilberto, Felipe, por estarem presente nos momentos difíceis, obrigada pela ajuda.

À Felipe Santos, Mariana, Flávio, Marcelo, Jetter, Verinha, Shirlei, Ritinha, Nelson, Thiago, Tia Madalena, Adriana, Thaís, Margareth, Magali, Luana, Karolina, Miriam e Pierrer, muito grata pela amizade fraternal, pelo carinho e apoio.

Ao CNPq pela concessão da Bolsa de Pesquisa, que muito tem auxiliado a realizar a presente pesquisa.

Ademais, a todos que estiveram ao meu lado durante a minha conquista.

***Que a Fé sublime revigore a alma e transforme
corações...***

Manuela Reis

RESUMO

REIS, R. M. *Coping* (Enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa. 2012. 99 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

A hepatite C é uma doença infecciosa causada pelo vírus HCV e que afeta, sobretudo o fígado, geralmente é assintomático. Na maioria das vezes, muitos desconhecem a verdadeira via de contaminação da referida doença. A hepatite C é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, diante do número de pessoas infectadas pelo vírus. As medicações utilizadas no tratamento da hepatite C podem causar muitos efeitos adversos no decorrer da terapêutica medicamentosa, comprometendo a qualidade de vida, afetando o seu bem-estar. Diante dessa realidade, o objetivo da presente pesquisa foi verificar a expressão do *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual dos pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa à luz da Psicologia Analítica. A população de referência constituiu-se de 30 pacientes com hepatite C, assistidos pelo ambulatório da Casa da Hepatite da Universidade Federal de São Paulo, entre os três primeiros meses de tratamento, com faixa etária acima de 18 anos. Os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram: Questionário Geral (Dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde) e Escala de *Coping* religioso-espiritual. Muitos desses pacientes evidenciaram a conexão entre religião e/ou espiritualidade, saúde e bem-estar, bem como respostas resilientes diante do enfrentamento. Estamos vivendo um momento no qual a ciência e as religiões estão unidas, e juntas viabilizam ao paciente encontrar força e benevolência diante das crises.

Palavras-chave: Hepatite C; *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual; psicologia analítica.

ABSTRACT

REIS, R. M. Coping Religious Spiritual (SRCOPE) in patients with hepatitis C during the drug therapy. 2012. 99 p. Masters Dissertation. Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

Hepatitis C is an infectious disease caused by virus HCV and that affects, especially the liver, and is generally asymptomatic. Most of the times, many are unaware of the true way of contamination of the disease. Hepatitis C is considered a major public health problem in Brazil and in the world, in front of the number of people infected by the virus. The medications used in the treatment of hepatitis C can cause many adverse effects in the course of drug therapy, compromising the quality of life affecting your well-being. Faced with this reality, the purpose of this research was to verify the expression of Coping Religious Spiritual in 30 patients with hepatitis C during the drug.

The reference population reference constitutes of 30 patients with hepatitis C, assisted by the clinic of the House of Hepatitis from the Federal University of São Paulo in the first three months of treatment, with age over 18 years. The instruments used in collection of data were: General Questionnaire (Demographic data, socio-economic, religious and health) and Scale Coping Religious Spiritual. Many of these patients showed the connection between religion and/or spirituality, health and well-being, as well as answers resilient with Coping. We are living through a time where science and religions are united, and seals have fueled the patient find strength and benevolence in face of crises.

Keywords: Hepatitis C; Coping religious-spiritual; psychology analytical.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição da frequência de gênero.....	36
Gráfico 2-	Distribuição da frequência do estado civil.....	37
Gráfico 3-	Distribuição da frequência da idade dos pacientes.....	39
Gráfico 4-	Distribuição da frequência do nível de escolaridade.....	39
Gráfico 5-	Distribuição da frequência da renda familiar.....	40
Gráfico 6-	Distribuição da frequência da religião.....	40
Gráfico 7-	Distribuição da frequência dos pacientes que acreditam em Deus.....	42
Gráfico 8-	Distribuição da frequência com relação à importância da religião.....	43
Gráfico 9-	Distribuição de frequência com relação à saúde.....	48
Gráfico 10-	Distribuição de frequência com relação ao problema saúde.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Frequência da idade dos pacientes.....	39
Tabela 2-	Frequência com relação à mudança de religião.....	41
Tabela 3-	Frequência com relação ao tempo que acredita em Deus.....	42
Tabela 4-	Frequência das atividades religiosas.....	44
Tabela 5-	Frequência com relação à ajuda da religião / espiritualidade para enfrentar as situações estressantes da vida.....	45
Tabela 6-	Frequência com relação ao crescimento espiritual / junto a Deus/ junto à instituição religiosa.....	45
Tabela 7-	Frequência com relação à saúde do pacientes.....	47
Tabela 8-	Análise descritiva das variáveis do cruzamento de dados: avaliação da saúde X <i>Coping</i> religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C.....	49
Tabela 9-	Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C.....	52
Tabela 10-	Análise descritiva da dimensão do <i>coping</i> religioso-espiritual positivo dos participantes do estudo.....	54
Tabela 11-	Análise descritiva do <i>Coping</i> religioso-espiritual negativo dos participantes do estudo.....	59
Tabela 12-	Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir do gênero.....	60

Tabela 13-	Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir da faixa etária.....	62
Tabela 14-	Análise descritiva das variáveis da escala <i>Coping</i> religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir do nível de escolaridade.....	64
Tabela 15-	Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir da percepção sobre a saúde.....	66
Tabela 16-	Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, de acordo com o 1º tratamento ou retratamento.....	68
Tabela 17-	Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, com até dois anos ou mais dois anos de diagnóstico.....	70
Tabela 18-	Análise descritiva das variáveis da situação de maior estresse que os 30 pacientes vivenciaram nos últimos três anos.....	71
Tabela 19-	Análise descritiva das variáveis do cruzamento do de dados: estresse X <i>Coping</i> religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C.....	72
Tabela 20-	Análise descritiva com relação à avaliação da saúde.....	73
Tabela 21-	Análise descritiva das variáveis do cruzamento de dados: avaliação da saúde X <i>Coping</i> religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCV	Vírus da hepatite C
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
CREP	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo
CREN	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo
INF	Interferon
PEG-INF	Interferon peguilado
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-SRPBi	World Health Organization Quality of Life
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Inventário de Desesperança de Beck
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
D	Desejos
RO	Respostas do Outro
RE	Respostas do Eu

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Objetivos da pesquisa	17
1.REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1 Hepatite C	18
1.2 Aspectos Psicológicos em pacientes com Hepatite C.....	23
1.3 Saúde e Qualidade de Vida	25
1.4 <i>Coping</i> Religioso-Espiritual.....	27
2.MÉTODO.....	30
2.1 Participantes	30
2.2 Local de Coleta	30
2.3 Instrumentos.....	31
2.3.1 Questionário Geral.....	31
2.3.2 Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual (CRE).....	31
2.4 Procedimentos.....	32
2.4.1 Seleção da Amostra	33
2.4.2 Duração e Sequência de Aplicação dos Instrumentos	33
2.4.3 Previsão de Análise dos Dados.....	33
2.5 Aspectos Éticos	34
3.RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
3.1 Caracterização da amostra	36
3.1.1 Dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde	36
3.1.2 <i>Coping</i> (Enfrentamento) Religioso-Espiritual.....	50
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

INTRODUÇÃO

Desde a graduação sempre tive muito interesse na área de pesquisa, após concluir a pós-graduação em Psicologia Hospitalar pela Escola Baiana de Medicina/BA, Aprimoramento do Serviço de Psicologia da Maternidade São Luiz, pelo Hospital São Luiz-Itaim e Aprimoramento em Psicologia Hospitalar e da Saúde/ Setor Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo. O mestrado só vem acrescentar no desenvolvimento da minha formação e qualificação.

Esta dissertação justifica-se mediante a experiência e convivência com pacientes no enfrentamento ao vírus da hepatite C. Muitos mencionaram o doloroso processo de tratamento, seus efeitos adversos e psicológicos causados pelas medicações. Em virtude dessa vivência, surgiu o interesse de investigar o processo de saúde/doença desses pacientes. Diante da prática hospitalar, como psicoterapeuta, seria interessante continuar com a mesma linha de pesquisa, uma vez que toda a formação acadêmica e experiência profissional estão relacionadas às especificidades do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar.

A hepatite C é uma doença considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública do mundo, com extenso impacto pessoal, social e econômico (VASCONCELOS et al., 2006).

Focaccia (2009) postula a hepatite C como uma doença de evolução “silenciosa”, geralmente, a maior parte dos pacientes não exterioriza clinicamente a infecção, ou seja, os sintomas são omitidos. Cerca de 75% a 85% dos indivíduos infectados desenvolverão a forma crônica da doença (CARVALHO-FILHO; SCHIAVON, 2009).

Considerando a hepatite C uma doença pouco conhecida pela população brasileira, por desconhecer a verdadeira via de contaminação da referida doença. Em virtude disso, não é possível afirmar o relevante número de pessoas que desconhece o fato de hospedar o vírus.

Estima-se que aproximadamente 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus da hepatite C. A incidência de infecção pelo HCV é maior em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (MARTINS, NARCISO-SCHIAVON; SCHIAVON, 2011).

Durante o tratamento de pacientes com hepatite C, pode-se observar o possível uso das estratégias do *Coping* religioso-espiritual no manejo de situações estressoras vivenciadas por eles, ocasionadas pela terapêutica medicamentosa.

Na perspectiva de um possível desenvolvimento de enfrentamento diante do estresse ocasionado pela doença, foi que surgiu o interesse de avaliar a possibilidade do *coping*

religioso-espiritual e suas estratégias em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa.

Para Panzini e Bandeira (2007), *Coping* religioso-espiritual é o uso da religião, espiritualidade ou fé para manejar o estresse advindo de conflitos existenciais ou circunstanciais que ocorram no percurso da vida. De acordo com Pargament (1997, p.90), “*Coping* é a busca por significado em tempo de stress”.

Geralmente, os eventos adversos na vida de paciente com hepatite C ocasionados pelo tratamento terapêutico, podem ser mais significativos, esperançosos e benevolentes quando eles buscam o sagrado.

Por toda dificuldade enfrentada pelos pacientes com hepatite C acarretado pelas medicações, seja no âmbito social, físico, psicológico e emocional, eles podem procurar na fé uma motivação e razão de existir.

De acordo com Sousa e Cruvinel (2008), a hepatite C pode gerar sofrimento, sensação de impotência frente à infecção e é sinônimo de luta diante das adversidades enfrentadas.

Muitas pessoas têm apoio e sustento na religião/espiritualidade no momento de adversidade, esse tem sido utilizado como um recurso para enfrentar a doença. Panzini et al. (2007) elucidam a relação entre espiritualidade e qualidade de vida como um mediador de saúde, facilitando no desenvolvimento das intervenções de saúde.

Segundo Jung (2011), a religião constitui uma das expressões da alma humana que possibilita unir o indivíduo com o divino na busca de sentido para existência e realização de Si - mesmo, ou seja, da sua individuação. De acordo com Jung (2008) “A religião é uma instituição terapêutica, que tenta curar o sofrimento da mente humana, do espírito humano e da psique”.

Muitas vezes, somente o “consolo espiritual ou a influência psíquica podem curar, ou pelo menos ajudar no combate de uma doença” (JUNG, 2008). Para os junguianos a doença pode ser vista como um símbolo, ou seja, uma renovação para novos caminhos.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo principal dar ênfase ao aspecto compreensivo e interpretativo dos fenômenos vivenciados pelos pacientes com hepatite C durante o processo de tratamento e enfrentamento da doença, buscando uma compreensão que possa fomentar melhor a qualidade de vida, o processo de individuação e como se dá a utilização do *Coping* religioso-espiritual nesses pacientes.

Objetivos da pesquisa

Objetivo Geral

- Verificar a expressão do *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa à luz da Psicologia Analítica.

Objetivos Específicos

- Descrever o perfil da população através de dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde.
- Compreender e interpretar as estratégias do *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa.
- Correlacionar estratégias do *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual com situações de estresse mencionada pelos pacientes.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Hepatite C

De acordo com Fonseca (2010), o surto de icterícia seria uma provável infecção e o problema estaria no fígado. Na década de 1980, estudos com primatas realizados pelo Centro de Controle de doenças de Atlanta, no Estados Unidos, descobriram a presença de agente infeccioso (CHOO et al, 1989).

No Brasil, em 1940, o surto de icterícia foi disseminado pós-vacinação contra febre amarela, considerada a possível fonte de infecção primária entre a população (FONSECA, 2010).

Em 1989, por meio de estudos de biologia molecular, Choo et al encontraram o genoma do agente viral responsável por 90% das hepatites pós-transfusionais, não-A e não-B, chamado de vírus da hepatite C. Logo em seguida, foi desenvolvido um teste de identificação do anticorpo contra o vírus do HCV, proporcionando maior segurança na transfusão de sangue (CHOO e cols., 1989).

Ferraz e Silva (2009) advogam que as hepatites são processos inflamatórios do fígado, agudos ou crônicos com diversas etiologias causando alterações clínicas, morfológicas e laboratoriais.

Segundo Montes (2011), a hepatite C é uma inflamação do fígado provocada pelo HCV, um tipo de vírus RNA do gênero *Hepacivirus* e da família *Flaviridae* que já passou a ser uma das principais causas das doenças hepáticas crônicas no mundo.

A hepatite viral crônica causada pelo vírus da hepatite C é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo diante do número de pessoas infectadas pelo vírus. Muitos desconhecem a sua via de infecção por falta de conhecimento da doença e do vírus.

De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que há 19.634 indivíduos infectados pelo vírus das hepatites B e C no Brasil. Segundo o estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das Hepatites A, B e C nas capitais do Brasil, estima-se a prevalência global de 1,38% a exposição ao vírus HCV, com relação à faixa etária de 10 a 19 anos foi de 0,75% e 1,56% para a faixa etária de 20 a 69 anos. De acordo com o estudo, a soroprevalência de anti-HCV foram semelhantes nas diferentes regiões, atingindo 1% na faixa

etária de 10 a 19 anos, e 2 % na faixa etária de 20 a 69 anos, com exceção da região Norte que a faixa etária de 20 a 69 foi 3% (BRASIL, 2010).

Embora exista muita dificuldade em saber a verdadeira prevalência da infecção pelo vírus HCV, por desconhecer o fato de hospedar o vírus, sabe-se que a via de transmissão principal é parenteral, através de sangue contaminado pelo vírus.

Não há atualmente nenhuma vacina para prevenir a infecção. Trata-se de uma questão de saúde pública que exige preocupação e mobilização a respeito de informação para a população, através de políticas públicas.

Perante o impacto das hepatites virais na saúde mundial, foi criado, pela Organização Mundial da Saúde, o dia 28 de junho como o Dia Mundial contra as Hepatites Virais.

A hepatite C é classificada em seis principais genótipos e diversos subtipos, com prevalência diversificada de acordo com a distribuição geográfica. No Brasil, predomina o genótipo 1 com 70% dos casos (FOCACCIA; GALANTE; OLIVEIRA, 2009).

A infecção pelo HCV é transmitida por sangue contaminado pelo vírus e, em menor frequência, pelo contato com secreções orgânicas. São várias as situações de risco e muitas delas passam despercebidas pela população (FOCACCIA; GALANTE; OLIVEIRA, 2009).

Para Focaccia, Galante e Oliveira, (2009, p. 544) constituem situações de risco diante do vírus da hepatite C. Atualmente são considerados principais fatores de risco para aquisição do vírus HCV:

- (a) Transfusão de sangue ou derivados, antes de 1993 (ano que foi realizado o rastreamento sorológico nos bancos de sangue para infecção pelo vírus do HCV);
- (b) Uso de drogas ilícitas.

São consideradas possíveis formas de contaminação:

- (c) Hemodiálise;
- (d) Exposição a sangue pelos profissionais da área da saúde (agulhas, acidentes percutâneos)
- (e) Receptores de órgãos ou tecidos transplantados;
- (f) Recém-nascidos de mães HCV positivas;
- (g) Contato sexual com parceiro HCV positivo;
- (h) Exposição a sangue por material cortante ou perfurante de uso coletivo não esterilizado;
- (i) Procedimentos médicos (diálise, acupuntura, endoscopia e outros);
- (j) Procedimentos odontológicos sem assepsia;
- (k) Procedimentos cosméticos (manicure, barbeiros), tatuagem.

- (l) Barbeador, escova de dente, depiladores e lâminas.

Geralmente, a maior parte dos pacientes não exterioriza clinicamente a infecção, seja na fase aguda ou na fase crônica, exceto os que desenvolverem complicações hepáticas (FOCACCIA; GALANTE; OLIVEIRA, 2009).

Isso remete à importância do diagnóstico, através do teste sorológico solicitado pela equipe multiprofissional para detecção do vírus da hepatite C. Cerca de 75% a 85% dos pacientes infectados pelo HCV, tornam-se portadores crônicos do vírus (CARVALHO-FILHO; SCHIAVON, 2009).

A hepatite C aguda, de modo geral, 80% dos casos é assintomática e anictérica dificultando o diagnóstico com risco de desenvolver a cronicidade da doença. A minoria dos pacientes podem apresentar icterícia, além de apresentar sintomas inespecíficos (THIMME, 2001).

O tratamento da infecção aguda, identificado previamente, previne a evolução crônica da doença.

Os pacientes com infecção pelo HCV crônica, geralmente, são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos e podem até evoluir para complicações cirróticas. Na maioria das vezes, a hepatite C é diagnosticada na fase crônica (MINCI; MINCIS, 2009).

Geralmente, a evolução do HCV é insidiosa. Na ausência do tratamento, ocorre a cronificação de 85% dos casos, sendo que 20% evoluem para cirrose e 5% dos pacientes desenvolvem carcinoma hepatocelular (CHARLTON, 2001).

Segundo Parise (2011), o diagnóstico da hepatite crônica pelo HCV é feito pelo encontro do anti-HCV no sangue periférico. Existem dois tipos de testes que podem identificar o vírus, através dos testes sorológicos e dos ensaios moleculares.

O diagnóstico da referida doença é vivenciado pelo paciente como também pelos seus familiares, gerando sentimentos de incerteza diante do futuro.

Depois de realizados os devidos exames e diagnosticada a infecção pelo vírus da hepatite C, é indicado o tratamento da infecção crônica pelo vírus para pacientes que possuem genótipo 1 com comprometimento histológico e pacientes com genótipo 2 e 3. Já os pacientes com genótipo apto ao tratamento antiviral, não necessitam de biópsia hepática, embora aqueles em que não for recomendado o tratamento deve-se realizar, a cada 3 a 5 anos, uma avaliação clínico-laboratorial (CORREA, 2011).

O objetivo do tratamento da hepatite C é controlar a evolução da doença, além de inibir a replicação viral diminuindo a inflamação. Dessa forma, reduzindo o risco de

progressão da doença para cirrose e/ou para carcinoma hepatocelular. Sendo assim, o tratamento ajuda a aumentar a expectativa de vida dos pacientes (REDDY, 2001).

Os fármacos utilizados para tratamento da hepatite C são a combinação do *Interferon* (IFN) na sua apresentação convencional ou peguilada e a *Ribavirina* (CORREA, 2011). A genotipagem da hepatite C é fundamental no planejamento terapêutico (CARVALHO-FILHO; SCHIAVON, 2009).

As medicações utilizada na hepatite C podem causar muitos efeitos adversos no decorrer da terapêutica medicamentosa, comprometendo a qualidade de vida e afetando o seu bem-estar.

Os principais efeitos adversos são alterações hematológicas, sintomas parecidos aos de gripe, dor de cabeça, fadiga, febre, mialgia, além de sintomas psiquiátricos (FERREIRA, 2011).

Com relação às pesquisas empíricas a respeito dos efeitos adversos causados pela terapêutica medicamentosa, em pacientes com hepatite C, serão citadas algumas pesquisas encontradas na literatura.

De acordo com Narciso–Schiavon et al. (2010), no seu estudo transversal entre janeiro de 2001 e dezembro de 2007, com mulheres e homens com hepatite C genótipo 1, submetidos ao tratamento, apresentaram características clínicas, histológicas e virológicas semelhantes, no entanto reagiam de maneira diferente à terapia com relação aos eventos adversos. Foi demonstrado que as mulheres apresentaram maior incidência em vários eventos adversos, como anemia, tontura, anorexia, náuseas, depressão, alopecia, diminuição da capacidade visual, infecção bacteriana e hipotireoidismo em relação aos homens. A partir desse estudo notou-se que, diante do aumento da dose terapêutica, existe um aumento simultâneo linear da taxa de anemia, que é frequente nas mulheres. Ademais, a anemia foi a razão mais comum para alterar a dose terapêutica e interrupção do tratamento entre as mulheres, causado pela tontura e astenia, afetando a qualidade de vida das pacientes.

Segundo Batista-Neves et al (2009), ao avaliar o impacto das comorbidades psiquiátricas e a qualidade de vida, através de um estudo transversal, de 90 pacientes infectados pelo vírus do HCV, com idade de 20 a 64 anos, sendo 50 do sexo masculino e 40 do sexo feminino. Os autores utilizaram no seu estudo o questionário SF-36 e *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). A avaliação demonstrou que 44 dos pacientes tiveram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, entre aqueles com comorbidade psiquiátrica, 16 tinham dois ou mais diagnósticos psiquiátricos. De acordo com os dados, 26 com álcool e outras substâncias ou dependências, 17 com transtorno de humor e 14 com

transtorno de ansiedade, entre os pacientes com comorbidades psiquiátricas, 26 tinham um transtorno mental, dos quais 22 não tinham sido previamente diagnosticados. Os pacientes com transtornos psiquiátricos, passados e/ ou atuais, apresentaram menores escores em todas as dimensões do SF-36, quando comparados com aqueles que não tinham diagnóstico psiquiátrico. O estudo sugere que as comorbidades psiquiátricas são um importante fator que influencia a qualidade de vida de pacientes infectados pelo HCV.

Risso e Yoshida (2012) postulam que pacientes com Hepatite C têm grande probabilidade de desenvolver sintomas psicopatológicos e apresentar conflitos no relacionamento amoroso. Os autores utilizaram na sua pesquisa o Questionário de Relacionamento Central 6.0, em pacientes com hepatite C crônica. O questionário avaliou o padrão de relacionamento dos pacientes de acordo com três componentes: Desejos (D), Respostas do Outro (RO), Respostas do Eu (RE). Participaram do estudo dois grupos, um com 61 pacientes com hepatite C crônica, e outro com 40 acompanhantes de pacientes sem diagnóstico de doença crônica. O grupo 1 apresentou maior intensidade nos conflitos amorosos comparados ao grupo 2. A diferença evidente é a forma como os pacientes com hepatite C interpretam as respostas dos parceiros frente às suas necessidades e desejos. Na comparação dos pacientes com e sem medicação, apenas o componente respostas do eu (RE) houve diferença significativa.

A pesquisa sugere que pacientes com hepatite C que se encontram sob medicação tendem a apresentar mais conflitos relacionados à dimensão Respostas do Eu (RE), nos conflitos amorosos. De acordo com os autores, é possível que a medicação funcione como fator de alteração de humor, levando assim a um aumento do conflito no componente Respostas do Eu (RE). E quando os pacientes foram divididos pelo sexo, as mulheres do grupo 1 apresentaram escores superiores aos homens do grupo 1 nos componentes Desejos e Respostas do Eu, sugerindo assim, maior nível de conflito em relação aos desejos e em relação às Respostas do Eu, por não terem suas expectativas preenchidas por seus parceiros amorosos. O estudo mostrou que as Respostas do Eu parecem ser afetadas com agravamento dos conflitos. Os pacientes com hepatite C crônica tendem a responder de forma negativa e intensa às frustrações vividas, quando sentem que as respostas do parceiro amoroso não correspondem às suas expectativas. Os resultados apontam maiores prejuízos psicológicos entre pacientes com hepatite C crônica no sexo feminino.

Na pesquisa realizada por Janke et al (2008), o objetivo é compreender como os fatores psicossociais interagem no impacto da qualidade de vida dos indivíduos tratados e não tratados da infecção pelo HCV. Vários temas emergiram nas discussões dos grupos, desde do

impacto dos sintomas aos efeitos colaterais de HCV crônica associada ao tratamento. Foram desde sentimentos de volatilidade emocional, estigma e o impacto da doença nas relações sociais. Essa labilidade de sentimentos foi associada com a redução do controle de impulso, raiva e sentimentos de tristeza e depressão. Os participantes discutiram sentimentos significativos de irritabilidade, raiva, depressão, juntamente com experiência de estigma relacionado ao diagnóstico do HCV. No presente estudo sugere-se que fatores psicossociais podem interagir e afetar a qualidade de vida do paciente com HCV.

Para Mello (2005), a percepção que o paciente tem da doença do qual é acometido e da aceitação dos aspectos advindos desse processo é resultado de experiências vivenciadas no contexto social no qual está inserido, além das crenças pessoais e espirituais às quais pertence. Segundo a autora, a doença varia de paciente para paciente, podendo ser vivenciada de diversas maneiras, em momentos diferentes da vida.

Ademais, o impacto negativo da doença agrava a qualidade de vida do paciente afetando o seu bem-estar, dificultando na adesão à terapêutica. Com isso, o apoio psicológico nesse momento é de suma importância, ajuda a encarar os sentimentos de incertezas vivenciados por estes, além de utilizar recursos de enfrentamento diante da doença.

1.2 Aspectos Psicológicos em pacientes com Hepatite C

Segundo Mello Filho (2002), a medicina psicossomática apontou a relação entre mente-corpo e as influências psíquicas no determinismo das doenças. Para a medicina psicossomática, os fatores psicossociais interagem no biológico para manter a saúde e cuidar do corpo, para que este não entre em colapso.

De acordo com Sousa e Cruvinel (2008), “o ser humano é um ser ativo de sua existência, exige compreendê-lo e respeitá-lo em sua totalidade e individualidade. O ser humano é produto da interação de um conjunto de fatores biológico, sociológico, psicológico, econômico e espiritual”.

Mello (2005, p.25) postula que “na visão psicossomática, as doenças nos tornam honestos, porque nos mostram algo que está acontecendo dentro de nós mesmos e que muitas vezes não nos damos conta de perceber de outra maneira, a não ser em parceria com o funcionamento psiconeuroendócrino, espiritual e social”.

De acordo com Vargas (2002, p. 31), “o corpo e a psique são um canal natural de simbolização”. Desta forma o processo simbólico se dá com o intuito de religar o eixo ego-

self. O HCV poderia simbolicamente ser visto como uma renovação, transformação para uma nova vida, ou seja, para o processo de individuação.

Na psicologia analítica, o mito tem sido considerado um aspecto importante e significativo no processo de individuação e é através deste que o conteúdo do inconsciente é acessado (BOECHAT, 2009).

Em 1931, foi descrito por Higgins, o modelo clássico de estudo de regeneração hepática *Experimental pathology of the liver. Restoration of the White rat following partial surgical removal*, fazendo menção com o Mito do Prometeu. Nesse estudo foi observado que sete a dez dias após hepatectomia parcial, o fígado recupera a sua massa, restabelecendo a relação normal entre peso do fígado e peso do corpo (GODOY et al, 2006).

A mitologia grega menciona a regeneração hepática, através do mito do Prometeu, fazendo alusão simbólica com o fígado.

O Titã Prometeu dedicava sua vida aos mortais a ajudá-los a viver melhor. Para ele “sem sacrifício, não se consegue nada nobre ou belo”. Transmitiu para os mortais a dádiva do fogo, que iluminou as mentes, aqueceu os corações e revigorou os corpos. Prometeu ensinou os mortais a curar de suas doenças e soprou esperança em seus corações. Tal progresso desagradou a Zeus, por ajudar os mortais a tornarem-se iguais aos deuses. Segundo Prometeu, apenas iluminou a mente dos homens, tornando a vida mais tolerável e amenizou os sofrimentos de sua existência terrena. Ao titã Prometeu uma terrível punição o esperava. Prometeu ficou preso ao rochedo Cáucaso, todo dia uma águia vinha rasgar seu corpo e comer o seu fígado. À noite, o fígado se reconstituía, mas no dia seguinte a ave voltava para dilacerar seu corpo. Hércules libertou Prometeu do castigo, tornando-o um ser imortal. Para Prometeu, todos, até o mais humilde dos mortais, podem encontrar força necessária quando se voltam contra a injustiça; quanto maior ela é, maior é a força que encontram para combatê-la. (STEPHANIDES, 2004, pp. 16-24)

Para Alvarenga (2011, p. 62),

o fígado representa o centro da vida, pois atingi-lo significa alcançar a profundidade da alma. Ter fígado é ter coragem, altivez, destemor. Comer o fígado do outro significa, simbolicamente atingir o âmago, a essência das emoções, dos sentimentos, dos valores. O fenômeno da águia, que come o fígado todos os dias, configura o exercício interminável e extremamente doloroso de reflexão. A regeneração expressa o aspecto simbólico do morrer e do renascer.

Segundo Boecht (2009, p.163), o mito do Prometeu tem sua “ênfase espiritual, ígnea. Ele foi punido com doença hepática e psicossomática. O enigma de Prometeu é o encontro

com o limite e a dialética da ferida. O segredo da ferida, o aprendizado pela ferida que traz a noção do limite que talvez seja a saída da onipotência”.

Conviver com a hepatite C implica em diversos sentimentos de insegurança, dúvida e incerteza diante do tratamento ou até mesmo da cura da doença, deixando os pacientes altamente sensíveis com o porvir, diante dos percalços da longa trajetória que lhes espera. Grandes são as crises, as possibilidades de crescimento e a perspectiva de renovação quando a doença é vista como uma transformação, quando se busca o sagrado, a espiritualidade e ou a fé, ajudando, assim, o paciente a dar um novo significado às próprias experiências de vida.

1.3 Saúde e Qualidade de Vida

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946), saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.

O termo saúde está correlacionado com a qualidade de vida, este tem sido utilizado para avaliar o impacto das doenças e suas intervenções terapêuticas durante o processo saúde-doença, vinculada ao bem-estar, seja no aspecto físico, psíquico ou emocional, provendo uma boa saúde ao paciente.

De acordo com Fleck et al. (1999, p.20), o conceito de qualidade de vida refere-se “a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida”. Segundo eles, os aspectos referentes ao construto qualidade de vida são:

- (1) subjetividade;
- (2) multidimensionalidade;
- (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor).

Fleck (2000) ressalta que se trata de um conceito que abrange a inter-relação do meio ambiente com os aspectos físicos, psicológicos, as relações sociais e crenças pessoais.

Diante das adversidades encontradas pelos pacientes, estes encontram apoio e sustento na religião/espiritualidade, que tem sido o recurso utilizado para promover uma melhor qualidade de vida e minimizar o impacto da doença, seja ela crônica ou não, melhorando o seu bem-estar e da sua família.

Para Martins et al. (1996, p.6),

a doença crônica pode começar como uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga através de episódios de exacerbação e

remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas.

A doença crônica e aguda, geralmente, alteram a rotina do paciente, prejudicando as atividades e provocando mudanças na dinâmica familiar durante o percurso da doença. Diante das alterações sobrevindas causadas pela doença crônica, pode ocasionar um grande desgaste físico, emocional e muitas vezes financeiro convivendo com a incerteza, além de enfrentar os dilemas sociais, como estigma da doença, afetando toda a família.

De acordo com Roth (2009), vivenciar a doença possibilita ao paciente reconhecer suas próprias limitações e dificuldades, o que singulariza o próprio existir.

Segundo Martins et. al. (1996), a convivência com a cronicidade da doença e o impacto dela sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas por ela, pode levar o paciente com doença crônica a vivenciar diferentes sentimentos e alterações no comportamento, seja na capacidade física diante das atividades diárias, na auto-estima e na imagem corporal e nas relações com o outro. Em virtude disso, é imprescindível considerar a doença, seja ela aguda ou crônica, como uma experiência bastante complexa e individualizada.

Rocha e Fleck (2011) realizaram um estudo transversal com 241 pessoas, sendo 122 pacientes internados com alguma doença crônica e 119 indivíduos saudáveis, membros ativos de uma comunidade religiosa. O objetivo da pesquisa foi verificar a associação entre a presença de uma doença crônica e a importância dada à religiosidade; a presença de uma doença crônica e a qualidade de vida, além da qualidade de vida e a importância dada à religiosidade ajustada para idade, nível socioeconômico e sintomas depressivos. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram WHOQOL-100 para avaliar a qualidade de vida; Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Desesperança de Beck (BHS) e WHOQOL-SRPBi avalia a religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais relacionadas à qualidade de vida.

A pesquisa demonstra que o Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi mais alto para os pacientes saudáveis em comparação aos doentes, o mesmo ocorreu para Inventário de Desesperança de Beck (BHS), respectivamente. Em relação ao WHOQOL-100, os pacientes demonstraram piores escores na QV do que os indivíduos saudáveis com diferenças significativas em relação ao sexo, idade e religião, exceto no domínio da religiosidade, da espiritualidade e das crenças pessoais relacionadas à qualidade de vida (SRPB_i). Sendo assim, a presença de uma doença pode estar relacionada à piora na qualidade de vida. Já o WHOQOL-SRPBi está positivamente associada aos domínios psicológicos, relações sociais,

ambiente, SRPBi a religiosidade, a espiritualidade, as crenças pessoais e QV geral, em relação à idade, nível socioeconômico, sintomas depressivos (BDI) e estado de saúde. Isso remete a importância da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, as quais podem estar positivamente associadas com a maioria dos domínios de Qualidade de Vida.

Panzini et al. (2007) elucidam a relação entre espiritualidade e qualidade de vida, como um mediador de saúde, facilitando no desenvolvimento das intervenções de saúde.

A importância da espiritualidade/religiosidade na qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença crônica ajuda a enfrentar o processo saúde-doença. Além disso, a viabilização de prática de prevenção e promoção durante o tratamento terapêutico poderá resultar em melhorias na qualidade de vida no processo da doença dos pacientes e da sua família. É de suma importância dar atenção aos aspectos físicos, psicológicos e emocionais.

1.4 *Coping* Religioso-Espiritual

A espiritualidade é algo profundo na vida do homem, ela traduz a força que vai além da percepção, é a busca de significado para a existência que possibilita compreender o sentido onipresente.

O termo espiritualidade e religiosidade remetem a busca de sentido, embora o que diferencia é a maneira como construir o sentido. Na espiritualidade, é possível construir o sentido por meio da reflexão sem a ligação com um ser superior, já na religiosidade o caminho da construção do sentido parte de uma ligação com o ser superior, por meio da fé, da vivência de uma crença (GIOVANETTI, 2008). Para o autor, a espiritualidade é importante na estruturação do indivíduo, a vivência desta, geralmente, modifica o indivíduo, à medida que se abre para algo maior que ele, um ser supremo.

Segundo Paiva (2008, p. 43), espiritualidade é o “sentido de busca de autonomia, de construção pessoal da relação com a totalidade, é um bem desejável e condizente com aprimoramento humano”. Já a religiosidade está vinculada à instituição, no entanto, a espiritualidade é uma experiência individual e subjetiva diante do sagrado.

Jung (2011) advoga que, a religião constitui uma das expressões da alma humana, que possibilita unir o indivíduo com o divino, na busca de sentido para existência e realização de Si - mesmo, ou seja, da sua individuação.

Individuação é tornar-se um ser único e, nessa medida em que por individuação compreendemos nossa unicidade íntima, última e

incomparável, significa tornar-se um Si-mesmo próprio. (JUNG, OC 7, § 266)

Segundo Jung (2008, § 370) “A religião é uma instituição terapêutica, que tenta curar o sofrimento da mente humana, do espírito humano e da psique”.

O papel da espiritualidade e religiosidade na vida das pessoas é visto com relevância, acolhe, dá suporte, conforta, ajuda a enfrentar e superar os momentos difíceis, seja ela qual for, promovendo a qualidade de vida e bem-estar. Desta maneira, o *Coping* tem sido utilizado como estratégias para lidar com o stress advindo de crises circunstanciais.

Para Folkman e Lazarus (1980), o *Coping* é um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente, como objetivo de gerenciar os eventos estressores através de esforços cognitivos e comportamentais reduzindo ou minimizando as demandas internas ou externas que surgem ao longo da vida.

O estresse, segundo Lipp (2001), seria um estado de tensão em que as demandas, internas ou externas, exigiriam reações que extrapolam o limite do indivíduo diante do evento estressor.

O *Coping* tem a finalidade de uma resposta orientada para a redução do stress diante da adversidade. De acordo com Pargament (1997, p.90), “*Coping* é a busca por significado em tempo de stress”.

Para Panzini e Bandeira (2005), o *Coping* significa manejar, lidar, adaptar-se ou enfrentar, com a função de reduzir ou suportar situações estressoras enfrentadas pelo indivíduo. O *Coping* religioso-espiritual é o modo pelo qual o indivíduo recorre as crenças religiosas e a espiritualidade para lidar com situações estressantes.

A Teoria do *Coping* elaborada por Pargament (2000) adaptada e validada por Panzini e Bandeira (2005), é composta por duas dimensões:

O *Coping* religioso-espiritual Positivo refere-se ao nível de enfrentamento religioso-espiritual positivo praticado, com oito fatores da dimensão de *Coping* religioso-espiritual Positivo:

- Transformação de Si e/ou de sua Vida;
- Ações em Busca de ajuda Espiritual;
- Oferta de Ajuda ao Outro;
- Posicionamento Positivo frente Deus;
- Busca pessoal de Crescimento Espiritual;
- Ações em Busca do Outro Institucional;

- Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual;
- Afastamento através de Deus, da Religião e/ou Espiritualidade.

Já o *Coping* religioso-espiritual Negativo refere-se ao nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo praticado, com quatro fatores da dimensão do Coping religioso-espiritual Negativo:

- Reavaliação negativa de Deus;
- Posicionamento negativo frente a Deus;
- Reavaliação Negativa do significado;
- Insatisfação com o outro Institucional.

Para Jung (2011a) a religião funda-se na experiência do “numinoso”, isto é, o influxo de uma presença invisível, que produzem uma modificação especial na consciência. Para ele existe um instinto religioso no indivíduo em busca de um relacionamento com Algo.

Segundo Moreira-Almeida (2010) a espiritualidade e o envolvimento religioso estão relacionados com melhores indicadores de saúde mental e bem-estar. Para o autor, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidades e doenças clínicas.

Para Jung (vol 11/5, 2011) tanto a verdade religiosa quanto a verdade científica, ambas são necessárias, pois apenas o conhecimento assim como apenas a fé são sempre insuficientes para atender às necessidades religiosas do indivíduo.

Muitas vezes, o “consolo espiritual ou a influência psíquica podem curar, ou pelo menos ajudar no combate de uma doença” (JUNG vol. 18/1, §230). Neste sentido, a doença pode ser vista como um símbolo, ou seja, uma renovação para novos caminhos.

2. MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida na área de Pesquisa de Campo, com o objetivo de verificar e compreender a expressão do *Coping* (Enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, à luz da Psicologia Analítica.

A avaliação dos resultados foi realizada através do método de análise quantitativa, fundamentada no método hipotético-dedutivo.

Segundo Penna (2009), as pesquisas de enfoque quantitativo permitem uma descrição acurada dos fenômenos, assim como sua classificação em categorias de acordo com sua incidência na população pesquisada, além de se apresentarem como bom meio para fazer levantamento a fim de compreender o fenômeno a ser investigado.

2.1 Participantes

A população de referência constitui-se de 30 pacientes com hepatite C, assistidos pelo ambulatório da Casa da Hepatite da Universidade Federal de São Paulo entre os três primeiros meses de tratamento, período em que os efeitos adversos são evidentes. Foram incluídas neste estudo pacientes com idade acima de 18 anos.

2.2 Local de Coleta

Os dados foram coletados no Ambulatório da Casa da Hepatite da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina - Hospital São Paulo, localizada na Rua Loefgreen, nº 2126 – Vila Clementino na Cidade de São Paulo, a partir da utilização de questionários que abordam as seguintes variáveis: dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde, além da Escala de *Coping* religioso-espiritual.

A presente pesquisa estendeu-se por um período de 03 meses, com início em dezembro de 2011 e término em fevereiro de 2012.

2.3 Instrumentos

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão propostos e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e esclarecido foram submetidos aos seguintes instrumentos:

- **Questionário Geral** (anexo II)
- **Escala de *Coping* religioso-espiritual (CRE)** (anexo III).

2.3.1 Questionário Geral

O Questionário Geral, desenvolvido por Panzini e Bandeira (2005), buscou investigar aspectos espirituais ou religiosos, demográficos, socioeconômicos e de saúde. O roteiro da entrevista contém os seguintes tópicos:

- **Dados demográficos e socioeconômicos**, (Sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar) - questões 1 à 6.
- **Aspectos religioso-espirituais**, (contém índices de medidas religiosas e ou espirituais) - questões 7 à 19.
- **Aspectos da Saúde**, (contém índices de medidas de Subjetiva de saúde e Objetiva de saúde):
 - Classificação Subjetiva de saúde, autoavaliativa - questão 20;
 - Classificação Objetiva de saúde, de múltipla escolha - questões 21 à 23 (anexo II).

2.3.2 Escala de *Coping* religioso-espiritual (CRE)

De acordo com Panzini e Bandeira (2005), a Escala de *Coping* religioso-espiritual foi desenvolvida com o objetivo de examinar a relação entre *Coping* religioso-espiritual, Saúde e Qualidade de Vida, utilizando várias religiões e crenças.

A Escala de *Coping* religioso-espiritual é um instrumento que permite aplicação clínica e pesquisas em locais para tratamentos de saúde públicos ou privados. É o primeiro instrumento de avaliação *Coping* religioso-espiritual do Brasil.

Ela avalia aspectos positivos e negativos do CRE. As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1-nem um pouco a 5-muitíssimo). A análise fatorial explanatória foi realizada através do método de extração por análise dos componentes principais, método de rotação *direct oblimin* com normatização Kaiser. Além disso, foi realizada análise fatorial

para avaliar os correspondentes CRE Positivo; CRE Negativo; CRE Total a média entre o índice CREP e a média invertida do CREN e a Razão CREN/CREP. A análise fatorial dessa Escala foi realizada em fases: tradução, adaptação, teste piloto, teste de campo e validação do construto (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Conforme Panzini e Bandeira (2005), o *Coping* religioso-espiritual Positivo contém 66 itens, distribuídos em 8 fatores, os quais referem-se à:

- Transformação de Si e/ou de sua Vida (14 itens);
- Ações em Busca de ajuda Espiritual (8 itens);
- Oferta de Ajuda ao Outro (7 itens);
- Posicionamento Positivo frente a Deus (11 itens);
- Busca pessoal de Crescimento Espiritual (5 itens);
- Ações em Busca do Outro Institucional (10 itens);
- Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual (5 itens);
- Afastamento através de Deus, da Religião e/ou Espiritualidade (6 itens).

Já o *Coping* religioso-espiritual Negativo contém 21 itens distribuídos em 4 fatores da dimensão, referindo-se à:

- Reavaliação negativa de Deus (8 itens);
- Posicionamento negativo frente a Deus (4 itens);
- Reavaliação Negativa do significado (5 itens);
- Insatisfação com o outro Institucional (4 itens).

A Escala apresentou ótimo nível de consistência interna, *Alpha Cronbach* (α) dos itens da Escala CRE (0,97); CREP (0,98) e CREN (0,86).

A elaboração e validação do construto revelaram um satisfatório grau de equivalência conceitual, semântica, operacional e excelentes níveis de fidedignidade e validade da versão original para a brasileira (anexo III).

2.4 Procedimentos

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão propostos e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e esclarecido foram submetidos aos seguintes instrumentos:

- **Questionário Geral**, de Panzini e Bandeira (2005), com caracterização de dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde (anexo II).

- **Escala de *Coping* religioso-espiritual (CRE)**, de Pargament; cols. (2000), traduzida e adaptada por Panzini e Bandeira (2005), desenvolvida para avaliar estratégias religiosas e/ou espirituais, utilizando a religião, espiritualidade ou fé diante do estresse diário advindo de crises existenciais ou circunstâncias que ocorram ao longo da vida (anexo III).

2.4.1 Seleção da Amostra

Inicialmente, os participantes foram encaminhados para a pesquisa pelos profissionais do Ambulatório da Casa da Hepatite da Universidade Federal de São Paulo. Após o encaminhamento, os participantes foram contatados pessoalmente pela pesquisadora, convidando-os a participarem de forma voluntária e gratuita, certificando-os do que se tratava a pesquisa e a duração do encontro.

2.4.2 Duração e Sequência de Aplicação dos Instrumentos

Os participantes foram entrevistados no Ambulatório da Casa da Hepatite da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina - Hospital São Paulo, numa única sessão individual, com duração de aproximadamente 1 hora. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, os instrumentos foram aplicados na sequência a seguir:

- a. Aplicação do Questionário Geral (anexo II);
- b. Aplicação da Escala de *Coping* religioso-espiritual (CRE) (anexo III).

2.4.3 Previsão de Análise dos Dados

A análise dos dados coletados foi feita de acordo com o método quantitativo, com a consultoria e orientação do professor de Estatística Leandro Campi Prearo. Os dados coletados foram categorizados por conteúdo, atribuindo-se codificação específica para facilitar lançamento no programa estatístico informatizado, através do *software* SPSS—*Statistical Package for the Social Sciences*. Esses resultados foram apresentados através de tabelas, gráficos e a análise foi realizada de acordo com abordagem da Psicologia Analítica a fim de compreender os dados obtidos.

Em relação ao resultado da Escala de *Coping* religioso-espiritual, os dados da amostra foram analisados de acordo com a padronização de Pargament et al. (2000), traduzida e adaptada para o português por Panzini e Bandeira (2005). Já os resultados da entrevista semidirigida foram inclusos em uma análise buscando os possíveis agrupamentos ou classes.

2.5 Aspectos Éticos

Os devidos aspectos éticos serão discriminados a seguir:

- a) O parecer sobre o projeto - *Coping*** (Enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), em 21 de novembro de 2011.

Considerando que, em conformidade com os critérios da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos participantes pesquisados, foram abrangidos no projeto de pesquisa (anexo IV).

- b) Foi assinado o Termo de Compromisso do pesquisador** - comprometendo-se a: cumprir os deveres institucionais básicos da honestidade, sinceridade, competência, justiça, privacidade e confidencialidade. Não fazer pesquisa que possa causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; pesquisar adequadamente; não violar as normas do consentimento informado; comunicar aos possíveis participantes todas as informações necessárias para um adequado consentimento informado; propiciar aos participantes a oportunidade e encorajamento para fazer perguntas; excluir a possibilidade de engano injustificado, influência indevida e intimidação e obter de cada possível participante um documento assinado como evidência do consentimento informado (anexo IV).

- c) Utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento** - para informar aos participantes da pesquisa a respeito das garantias de acesso a qualquer tempo as informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive esclarecer eventuais dúvidas a respeito da liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento deixando de participar do estudo, sem que isso

traga prejuízo à continuidade da assistência; a respeito da salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade em caso de futura publicação (anexo I).

- d) Devolutiva** - após a conclusão da dissertação, os participantes da pesquisa serão convocados para uma devolutiva. Será feita uma explanação dos resultados e conclusões do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

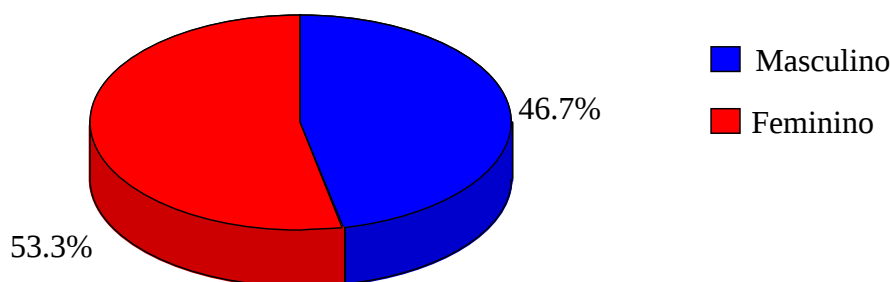
3.1 Caracterização da amostra

Participaram da presente pesquisa 30 pacientes com hepatite C durante os três primeiros meses de tratamento, assistidos pelo Ambulatório da Casa da Hepatite, no período entre dezembro de 2011 a fevereiro de 2012. Os resultados dos dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde e da Escala de *Coping* religioso-espiritual, serão apresentados e em seguinte discutiremos os dados relevantes.

3.1.1 Dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde

O questionário geral avaliou o perfil da população através dos dados demográficos, socioeconômicos, além dos aspectos religiosos/ espirituais, aspectos de saúde subjetiva e objetiva e os problemas de saúde.

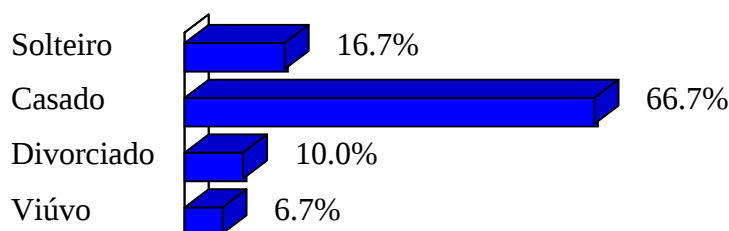
Gráfico 1 – Distribuição da Frequência de Gênero



No gráfico 1, podemos verificar que a maioria dos pacientes da pesquisa eram do sexo feminino, 53,3%, e 46,7% eram do sexo masculino. Com relação ao sexo dos pacientes, houve uma diferença diante dos dados do Ministério da Saúde (2010) que revelou uma prevalência de hepatite C entre homens e mulheres de 2,1 % e 1,4%, respectivamente. Esse resultado possivelmente está associado ao fato de que as mulheres realizam exames clínicos com mais frequência, o que facilita a descoberta da referida doença. De acordo com Martins et al (2011), existem diversos modelos possíveis de transmissão do HCV, bem como

procedimentos estéticos, como tatuagem; piercing; serviço de barbearia, manicure, acupuntura, etc. Embora muitas mulheres não tenham ciência de que estão suscetíveis ao vírus da hepatite C, ao frequentarem salão de beleza e utilizarem material cortante não esterilizado, que é um dos fatores de contaminação.

Gráfico 2 – Distribuição da Frequência do Estado Civil



O gráfico 2 acima, refere quanto ao estado civil dos pacientes entrevistados, 66,7% são casados, 16,7% solteiros, 10,0% divorciados e 6,7% viúvos. Nota-se que cerca de 66,7% são casados, o que representa a maioria dos pacientes. De acordo com Martins et al (2011), a baixa adesão ao uso de preservativo, maior número de parceiros sexuais, presença de outras doenças de transmissão sexual, bem como a transmissão homem-mulher parece ocorrer com mais facilidade do que mulher-homem, são fatores relacionados a hábitos sexuais que contribuem para transmissão do HCV.

Com relação ao aspecto subjetivo religioso, os pacientes ao serem questionados a respeito de Deus, mencionaram as seguintes afirmativas. Foram descritas a que mais predominaram no relato dos pacientes.

Questão 7: O que é Deus?

“É uma pessoa que nós temos muita fé e respeito.” (SIC)

“O pai de todos, o criador do universo.” (SIC)

“O poder supremo sobre todas as coisas.” (SIC)

“É a razão pelo qual eu vivo.” (SIC)

“É o fundador de tudo, tudo que sou e tenho eu creio que foi ele quem transformou e me deu. Fé.” (SIC)

“Ele é soberano e preciso dele em tudo nessa vida.” (SIC)

“Sem ele nada posso fazer.” (SIC)

“Eu acredito que só Deus pode me ajudar neste tratamento e só depende da minha força de vontade para não desistir.” (SIC)

“Tudo na minha vida no meu ponto de vista.” (SIC)

“Inteligência suprema de todo universo.” (SIC)

“A base para eu estar vivo, foco principal antes de qualquer pessoa em minha vida.” (SIC)

“É um ser superior que recorro quando tenho problemas, e agradeço quando tudo da certo.” (SIC)

“É ele que cuida de mim e meus familiares.” (SIC)

“Não posso vê-lo, mas posso senti-lo.” (SIC)

“Uma força superior que coordena minha vida dependendo dele.” (SIC)

“Para mim crer em Deus é crer na vida e na morte.” (SIC)

“Deus é tudo é a força que preciso.” (SIC)

“Superior de todas as coisas.” (SIC)

“Sem dúvida, pai, amigo e companheiro para todos os momentos.” (SIC)

“É a pessoa mais importante e que rege tudo o que acontece.” (SIC)

“É o pai todo poderoso e glorioso.” (SIC)

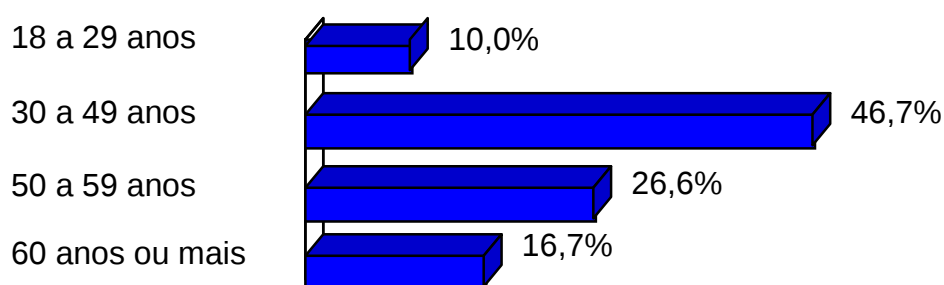
“Não há mediador Deus é tudo.” (SIC)

“Força divina.” (SIC)

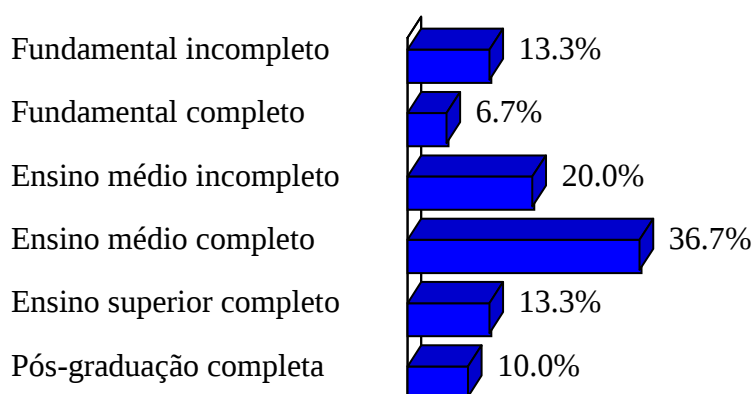
Muitos pacientes evidenciaram nos seus relatos uma manifestação amorosa, assim como uma ligação íntima com Deus, que configura um amor onipresente que movimenta a vida. Ademais, revelou sentimento de força, conforto, respeito e proteção. De acordo com Jung (vol.18/1 § 560) “existe um instinto religioso nos seres humanos, uma busca inerente de um relacionamento com Algo ou Alguém que transcende as limitações humanas, um poder maior”.

Tabela 1 – Frequência da idade dos pacientes

Idade média	Idade mediana	Coefficiente de variação	% de entrevistados com idade até 49 anos	% de entrevistados com idade 50 anos ou mais
46,10	44,5	0,27	56,7%	43,3%

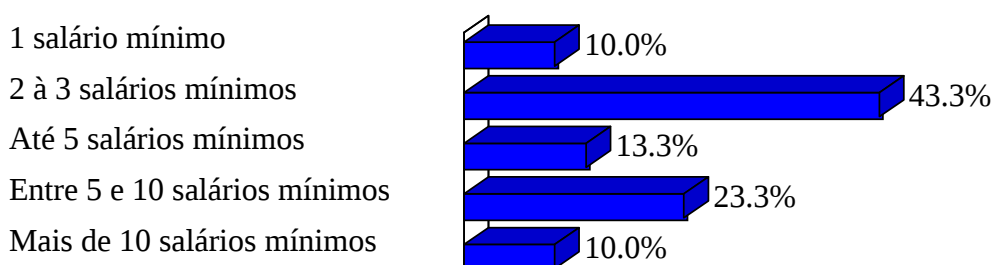
Gráfico 3 – Distribuição da Frequência da Idade dos Pacientes

Na tabela 1 podemos verificar que a média de idade dos pacientes da amostra é 46,10 anos, sendo a idade mínima 30 anos e a máxima de 49 anos (gráfico 3). De acordo com os dados verifica-se que os dados corroboram com a literatura. Com relação aos dados Ministério da Saúde (2010), à faixa etária de prevalência de hepatite C é de 1,56% na faixa etária de 20 a 69 anos, para as capitais do Brasil. Para Martins et al (2011), as maiores prevalência foram observadas nos indivíduos acima de 30 anos, sendo o pico de 3,8% observado na faixa etária entre 50 e 59 anos.

Gráfico 4 – Distribuição da Frequência do Nível de Escolaridade

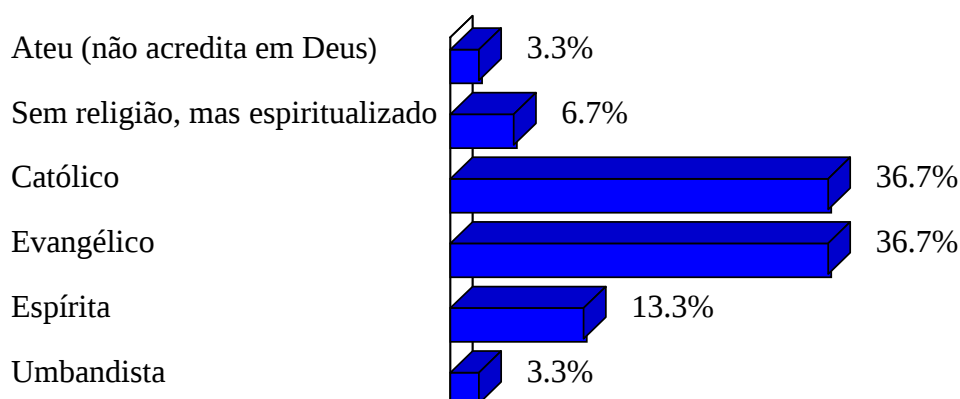
Podemos verificar no gráfico 4 que a maioria dos pacientes da pesquisa tem ensino médio completo 36,7%, enquanto 20,0% referem ter ensino médio incompleto, 13,3% fundamental incompleto e 13,3% ensino superior completo, 10,0% pós-graduação completa e 6,7% fundamental completo. Para o Ministério da Saúde (2010), em relação à escolaridade a maioria dos casos 57,4% possui entre 4 e 11 anos de estudo, para ambos os sexos, a maior proporção de casos ocorre entre aqueles que possuem 8 e 11 anos de estudo.

Gráfico 5 – Distribuição da Frequência da Renda Familiar



No gráfico acima podemos verificar que 43,3% tem renda familiar mensal de 2 à 3 salários mínimos, 23,3% entre 5 e 10 salários mínimos, 13,3% até 5 salários mínimos, 10,0% com 1 salário mínimo e 10,0% acima de 10 salários mínimos. Segundo os dados do Ministério da Saúde (2010) não foi observado estatisticamente uma associação significativa entre hepatite C e renda familiar.

Gráfico 6 – Distribuição da Frequência da Religião



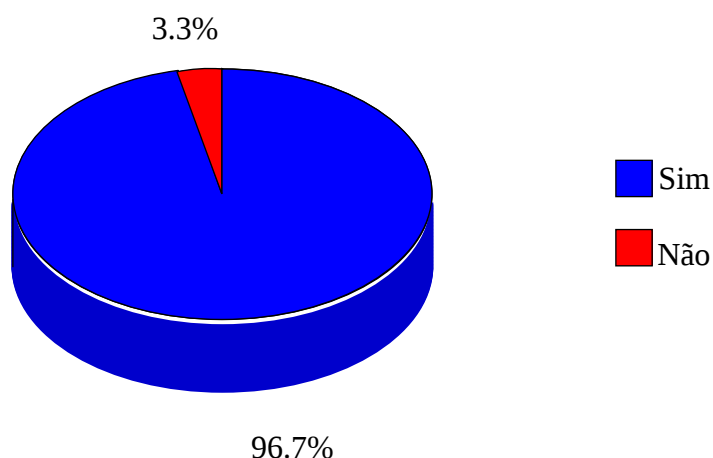
No gráfico 6 com relação à religião podemos verificar que 36,7% referem ser católicos e 36,7% evangélicos, 13,3% espírita, 6,7% sem religião, mas espiritualizado, 3,3% ateu (não acredita em Deus) e 3,3% umbandista. Nota-se que 36,7% dos pacientes referem ser

católicos e evangélicos. Com relação à variável aspecto religioso pode-se dizer que o Brasil é um país com característica religiosa, com diversidade de grupos religiosos, cuja maioria é católica e evangélica. De acordo com os dados do IBGE (2010), o número de evangélicos aumentou 61% entre os anos 2000 e 2010, mas os católicos seguem sendo maioria no país 64,6%.

Tabela 2 – Frequência com relação à mudança de religião:

	Número de casos	% de casos
Não mudou	15	50,0
Católico para Evangélico	8	26,7
Testemunha de Jeová para Evangélico	1	3,3
Evangélico para Ateu	1	3,3
Espírita para Evangélico	1	3,3
Espírita para Católico	1	3,3
Evangélico para Espírita	1	3,3
Evangélico para Católico	1	3,3
Católico para Espírita	1	3,3
Total	30	100,0

De acordo com a tabela 2, 50,0% pacientes já mudaram de religião ao longo da vida, 26,7% católico para evangélico, 3,3% testemunha de Jeová para evangélico 3,3%, evangélico para ateu 3,3% espírita para evangélico, 3,3% evangélico para espírita, 3,3% espírita para católico, 3,3% evangélico para católico e 3,3% católico para espírita.

Gráfico 7 – Distribuição da Frequência dos pacientes que acreditam em Deus

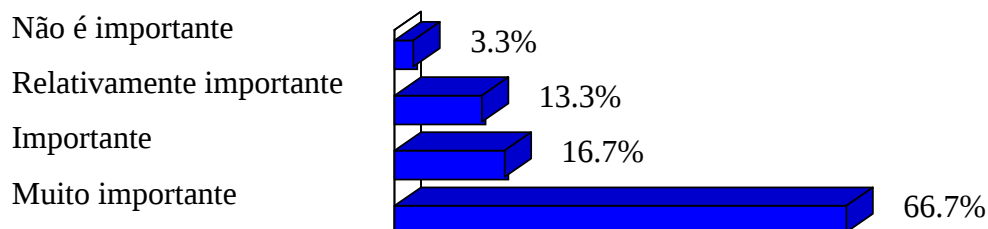
Com relação à religião, no gráfico 7, podemos verificar que 96,7% pacientes referiram acreditar em Deus, uma vez que 3,3% não acreditam em Deus. Verifica-se que 96, 7% acreditam em Deus. Para Martins (2009), buscar a Deus é uma vocação do ser humano, pois Ele é capaz de realizar o ser humano no seu desejo mais profundo. Nesse sentido, relacionar-se com Deus é uma necessidade inerente da existência humana.

Tabela 3 – Frequência com relação ao tempo que acredita em Deus:

	Número de casos	% de casos
Sempre acreditei	28	93,3
Há mais de 10 anos	1	3,3
Não acredita	1	3,3
Total	30	100,0

Como foi descrito na tabela 3, a grande maioria dos pacientes 93,3% sempre acreditaram em Deus, 3,3% acredita em Deus há mais de 10 anos e 3,3% não acredita em Deus.

Gráfico 8 – Distribuição da Frequência com relação à Importância da Religião/Espiritualidade



No gráfico 8, podemos verificar que 66,7% dos pacientes destacam que a religião/espiritualidade é muito importante para lidar com os fatores estressantes de sua vida, 16,7% consideram importante, 13,3% referem relativamente importante e 3,3% não consideram a religião/espiritualidade importante. Percebe-se que as pessoas estão dando conta o quanto a religião/ espiritualidade estão atrelada a vida. Segundo Jung (vol.10/1§512) a finalidade da religião é preservar o equilíbrio psíquico do homem, pois sua função consciente pode ser perturbada, de hora para outra por fatores incontroláveis, tanto de natureza exterior como interior. Nesse sentido, a religião/espiritualidade é um facilitador no gerenciamento do estresse, mantendo a função do psíquico, impedindo que o paciente entre em colapso diante da adversidade.

Tabela 4 – Frequência das atividades religiosas:

Frequência	Frequência a igreja / templo / centro / terreiro / sinagoga ou quaisquer outros encontros de natureza religiosa		Dedicação a atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (tipo Bíblia, Talmude, Alcorão, Evangelho segundo espiritismo, etc) ou outros livros de caráter religioso	
	Número de casos	% de casos	Número de casos	% de casos
Nunca	2	6,7%	1	3,3%
Raramente	8	26,7%	8	26,7%
Uma vez ao mês	0	0,0%	1	3,3%
Duas vezes por mês	4	13,3%	0	0,0%
Uma vez por semana	13	43,3%	2	6,7%
Mais de uma vez por semana	3	10,0%	0	0,0%
Duas a três vezes na semana	0	0,0%	5	16,7%
Uma vez ao dia	0	0,0%	7	23,3%
Mais de uma vez ao dia	0	0,0%	6	20,0%
Total	30	100,0%	30	100,0%

No que se refere à assiduidade com que os pacientes frequentam a igreja/templo/centro ou qualquer encontro de natureza religiosa, 43,3% participantes relataram uma vez por semana, 26,7% frequentam raramente, 13,3% duas vezes por mês, 10,0% mais de uma vez por semana e 6,7% nunca. Podemos verificar que 26,7% pacientes relataram que raramente têm se dedicado a atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados ou outros livros de caráter religioso, 23,3% têm se dedicado uma vez ao dia, 20% mais de uma vez ao dia, 16,7% duas a três vezes na semana, 6,7% uma vez por semana e 3,3% uma vez por semana e ou nunca. Para Sommerharldere Goldstein (2006), a religiosidade tem uma função adaptativo-social, perante as relações positivas com os outros, pela participação em atividades e nos movimentos sociais. Segundo Seidl e Troccoli (2006) a ausência do suporte social é um possível evento estressor de grande parte do agravos à saúde, em especial os pacientes crônicos. O suporte social em adição aos aspectos religiosos espiritual é uma provável alternativa de enfrentamento das adversidades vivenciadas pelos pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa.

Tabela 5 – Frequência com relação à ajuda da religião / espiritualidade para enfrentar as situações estressantes da vida:

	Número de casos	% de casos
Não tem ajudado	1	3,3%
Tem ajudado mais ou menos	2	6,7%
Tem ajudado	2	6,7%
Tem ajudado muito	25	83,3%
Total	30	100,0%

Na tabela 5 acima referem o quanto à religião/espiritualidade tem ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes da vida, 83,3% pacientes referem que tem ajudado muito, 6,7% tem ajudado, 6,7% tem ajudado mais ou menos e 3,3% não tem ajudado. Segundo Jung (vol.10/1§512), o homem sempre cuidou para que toda decisão grave fosse, de certo modo, sustentada por medidas religiosas. Neste sentido, é através da fé que os pacientes encontraram um suporte e alento para enfrentar as adversidades. Sommerhalder Goldstein (2006) advoga que a religião pode ser vista como recurso de enfrentamento, além de propiciar ferramentas psicológicas para o enfrentamento de situação estressante. É importante salientar a utilização da fé nos momentos difíceis.

Tabela 6 – Frequência com relação ao crescimento espiritual/ junto a Deus/ junto à instituição religiosa:

	...espiritual		...junto a Deus		...junto à Instituição religiosa	
	Número de casos	% de casos	Número de casos	% de casos	Número de casos	% de casos
Não tenho crescido	1	3,3%	1	3,3%	6	20,0%
Tenho crescido um pouco	3	10,0%	3	10,0%	3	10,0%
Tenho crescido mais ou menos	3	10,0%	2	6,7%	3	10,0%
Tenho crescido	9	30,0%	7	23,3%	7	23,3%
Tenho crescido muito	14	46,7%	17	56,7%	11	36,7%
Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%

A tabela 6 refere à relação ao crescimento espiritual dos pacientes, 46,7% relataram terem crescido muito espiritualmente, 30,0% têm crescido, 10,0% têm crescido mais ou menos, 10,0% têm crescido pouco e 3,3% não têm crescido. Com relação à tabela 6 acima, 56,7% relataram ter crescido junto a Deus, 23,3% ter crescido, 10,0% ter crescido um pouco,

6,7% ter crescido mais ou menos e 3,3% não ter crescido espiritualmente junto a Deus. Já em relação ao crescimento espiritual junto à instituição religiosa, 36,7% dos pacientes relataram ter crescido, 23,3% ter crescido, 20,0% não ter crescido, 10,0% ter crescido um pouco e 10,0% ter crescido mais ou menos. Percebe-se que houve um crescimento espiritual 46,7%, um crescimento junto a Deus 56,7% uma aproximação maior, além do crescimento perante a instituição 36,7%, são fatores de positivo de prevenção e proteção psicoemocional. Segundo Rocha e Fleck (2011) a religiosidade/espiritualidade e crenças pessoais devem ser consideradas como um fator importante no processo saúde-doença. Os pacientes da pesquisa ao serem questionados sobre os aspectos da saúde subjetiva mencionaram as seguintes afirmações.

Questão 20: Como você avalia a sua saúde?

“A minha saúde eu considero ótima, porque tem muitas pessoas com problema mais do que eu, mas graças a Deus eu estou reagindo muito bem, e espero que todos se recuperem. Minha saúde é boa, estou perdendo peso mais dentro do limite.” (SIC)

“Eu estou doente, mas não sou doente.” (SIC)

“É uma passagem da pessoa sobre a caminhada.” (SIC)

“Relativamente complicada. Razoável (boa), mas acredito que com o resultado do tratamento positivo vai ficar ótima.” (SIC)

“Já estive pior.” (SIC)

“Agora creio que tive melhoras.” (SIC)

“Hoje, devido ao tratamento não vejo minha saúde tão boa.” (SIC)

“Mais creio que se não fosse às reações dos medicamentos não teria do que me queixar.” (SIC)

“Apesar da hepatite C eu me sinto ótimo.” (SIC)

“Estou melhorando a cada dia.” (SIC)

“Depois que comecei tomar a Interferon e Ribavirina tenho mal estar isto está me incomodando.” (SIC)

“Minha saúde é avaliada através dos medicamentos que tomo.” (SIC)

“Eu sou uma pessoa muito forte pronta para enfrentar, tudo que a vida me traz.” (SIC)

“Me preocupo com alimentação, atividade física e espiritualidade.” (SIC)

“Agradeço a benção do tratamento e o apoio da minha família e amigos.” (SIC)

“Boa, quando descobri a Hepatite pensei que ficaria de coma tive medo de ser grave, mas graças a Deus estou passando por essa fase, estou bem.” (SIC)

“Não me sinto muito bem, sei da gravidade as vezes acho que não vou ficar boa as vezes sinto que sim ainda tenho dúvida.” (SIC)

“Tenho várias doenças vulneráveis, porém avalio a saúde boa.” (SIC)

“No início do tratamento, pensei que ia ser muito mais difícil.” (SIC)

“Me vejo com qualidade de vida, pois tenho Deus no coração e um marido “maravilhoso”. (SIC)

“Frac, debilitada.” (SIC)

“O tratamento é esgotante, cansativo e, além disso, outros problemas vão surgindo.” (SIC)

“Não tão bem no momento, pois acabei de tratar de hepatite C.” (SIC)

“Tem hora que fica agitada, quando tomo a medicação.” (SIC)

“Minha saúde não está boa.” (SIC)

“Nos últimos meses não tem sido fácil com relação ao convívio com outras pessoas, e o sistema nervoso muito alterado.” (SIC)

“Boa, com alguns conflitos de ansiedade.” (SIC)

“Apesar do tratamento da doença crônica, me sinto com muita saúde.” (SIC)

“Eu defino em fase de recuperação.” (SIC)

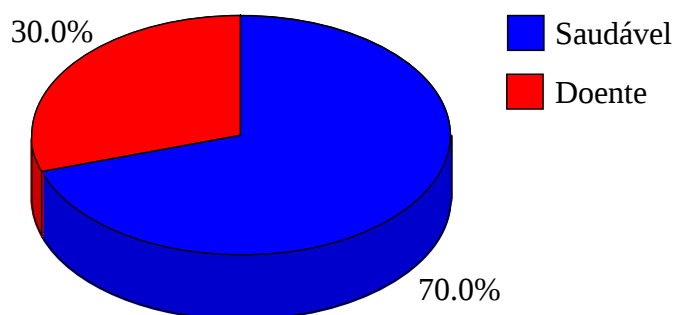
“Minha saúde é boa, porém estou passando por uma fase difícil.” (SIC).

Tabela 7 – Frequência com relação à saúde dos pacientes:

	Número de casos	% de casos
Fraca	3	10,0%
Nem ruim, nem boa	6	20,0%
Boa	18	60,0%
Muito boa	3	10,0%
Total	30	100,0%

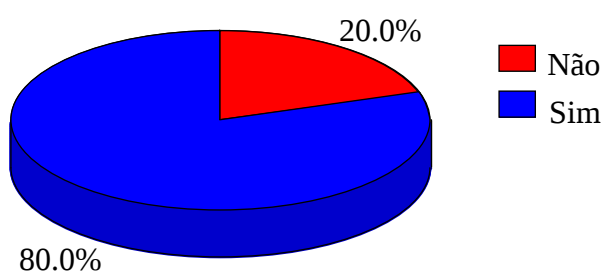
Em relação à saúde dos pacientes com hepatite C, na tabela 7 a maioria, 60,0% dos pacientes consideram sua saúde como boa, 20,0% consideram nem ruim e nem boa, 10,0% consideram muito boa e 10,0% consideram fraca.

Gráfico 9 – Distribuição de Frequência com relação à saúde



No gráfico 9 a maioria dos pacientes 70,0% se considera saudável e 30,0% consideram-se doentes.

Gráfico 10 – Distribuição de Frequência com relação ao problema de saúde



No gráfico 10 a maioria dos pacientes 80,0% acenaram ter algum problema de saúde e 20,0% relataram não ter nenhum problema de saúde. Cerca de 60,0% (tabela 7) declararam sua saúde boa, 80% dos pacientes mencionaram que tem algum problema de saúde, embora 70% (gráfico 9) consideram saudáveis. Nota-se que diante do relato sobre os aspectos da saúde subjetiva e dos dados obtidos acima, para muitos a doença é uma cisão, uma defesa que faz parte do processo de enfrentamento. Na maioria das vezes a ausência de sintoma permite que o indivíduo sinta-se “protegido”, embora a doença crônica faça parte da vida do paciente. A percepção da doença para os pacientes com hepatite C, está doente é diferente de ser doente. Para eles a doença pode existir, mas se a saúde precedente ao diagnóstico é boa a qualidade de vida está preservada. Muitos evidenciaram uma negação, um mecanismo de defesa diante do enfrentamento. De acordo com Camon (2003) a negação é o estado psicológico que após o diagnóstico da doença, em casos de recidiva ou insucesso de

tratamento, geralmente vem acompanhado de crise ansiedade. Nesse caso, o mecanismo de defesa utilizado pelos pacientes ajudam a controlar a ansiedade e aliviar o nível de estresse, conseguindo manter o equilíbrio interno entre os conflitos. Neste sentido, o mecanismo de defesa está colaborando para manter a integridade do ego frente à situação do adoecimento, ou seja, solução que o Eu encontrou para se defender e preservar o seu equilíbrio que esta ameaçado.

Tabela 8 – Análise descritiva das variáveis do cruzamento de dados: avaliação da saúde X *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C:

	Valores médios		
	Ótima / boa / muita saúde	Não tão boa / mal estar / não está fácil / muito fraca	Razoável / já esteve pior / melhorando / cada dia melhor
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Total	32,7	43,5	45,8
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo	41,0	53,1	58,6
Posição Positiva frente a Deus	46,4	65,0	69,3
Transformação de Si e/ou de sua vida	32,2	29,7	45,6
Oferta de ajuda ao outro	45,0	54,0	59,3
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	52,3	66,5	71,8
Busca pessoal de crescimento espiritual	37,5	60,0	62,0
Ações em busca de outro Institucional	33,0	37,8	45,5
Ações em busca de ajuda espiritual	23,0	43,1	41,0
Busca pessoal do conhecimento espiritual	45,8	59,4	60,0
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo	20,6	31,8	25,0
Posição negativa frente a Deus	7,8	13,3	8,1
Insatisfação com o outro Institucional	32,5	51,6	37,5
Reavaliação negativa do significado	15,5	25,0	13,0
Reavaliação negativa de Deus	25,6	35,9	37,5
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	32,7	43,5	45,8
Busca pessoal de crescimento espiritual	41,0	53,1	58,6

Quanto ao cruzamento de dados da avaliação da saúde X *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes, a tabela 20 mostra que para os pacientes que avaliaram a saúde ótima / boa e muita saúde o *Coping* religioso-espiritual Total foi de 32,7, o CRE Positivo foi de 41,0 e para o CRE Negativo foi de 20,6.

Para os pacientes que avaliaram a saúde não tão boa/mal estar/ não está fácil/ muito fraca em relação ao cruzamento do *Coping* religioso-espiritual Total foi 43,5, o CRE Positivo foi 53,1 e para o CRE Negativo foi de 31,8. Já para os pacientes que avaliaram a saúde Razoável/já esteve pior/ melhorando/cada dia melhor o *Coping* religioso-espiritual Total foi 45,8, o CRE Positivo foi de 58,6 e para o CRE Negativo foi de 25,0.

3.1.2 *Coping* (Enfrentamento) Religioso-Espiritual

A escala de *Coping* religioso-espiritual foi desenvolvida para avaliar as estratégias religiosas e/ou espirituais, diante do estresse advindo de crises existenciais ou circunstâncias no decorrer da vida (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

De acordo com o enunciado da Escala de *Coping* religioso-espiritual, foram descritas a seguir, **situação de estresses vivenciados pelos pacientes com hepatite C nos últimos três anos:**

“Eu M... sou muito nervoso e com esses remédios e injeção, até que eu estou reagindo muito bem, nervoso não tem como evitar, amigos se afastaram um pouco, porque com o tratamento não pode beber então fica ruim.” (SIC)

“Uma recaída no alcoolismo a mais ou menos 2 anos, teve uma duração de mais ou menos 15 dias.” (SIC)

“Na minha consciência eu sei onde tá o estresse, aprendi a dominar.” (SIC)

“Fraturas múltiplas exposta na tíbia com infecção hospitalar e osteomelite.” (SIC)

“Quando descobri que estava com Hepatite C.” (SIC)

“Meu maior estresse está sendo após Interferon, mexe muito com meu sistema nervoso.” (SIC)

“A “quase” separação entre minha esposa e eu.” (SIC)

“Separação conjugal.” (SIC)

“Todas as vezes que enfrento problemas difíceis e coloco a fé em ação crendo que Deus está me ajudando e confio que vou vencer em nome de Jesus. Porque ele disse que nos teríamos aflição, mas ele nos daria a vitória.” (SIC)

“Sobre Hepatite mais estou enfrentando muito bem.” (SIC)

“Quando eu tenho problema seja qual for eu faço uma reunião entre a família e converso tento resolver, geralmente falo o que eu sinto a minha sinceridade incomoda muito minha família.” (SIC)

“Morte de minha esposa, há 3 semanas.” (SIC)

“Descoberta da Hepatite C, filho com droga mais traição do esposo.” (SIC)

“Traição e abandono.” (SIC)

“Em fase muito boa, pois estou aprendendo com cada dia que vivo e agradeço por ter um dia diferente do outro.” (SIC)

“Descobrir a doença Hepatite e perder o emprego.” (SIC)

“Não vivo bem com meu marido vivemos como amigos isso me irrita ele não é carinhoso e vive prometendo que tudo vai ficar bem e já faz 10 anos.” (SIC)

“Relacionamento término / abandono ao começar o tratamento da Hepatite por traição.” (SIC)

“Fui demitida do meu trabalho e após 8 semana estava fazendo hemodiálise sendo que nestas circunstâncias descobri que também tinha Hepatite C.” (SIC)

“Foi terrível, não sei como suportei só Deus para me socorrer. Mais ele me levantou e estou aqui hoje bem e amanhã não muito, mas estou aqui.” (SIC)

“Frustrações em virtude do diagnóstico da hepatite C.” (SIC)

“A situação pior foi agora há 4 meses atrás, quando tive AVC, mas com a ajuda de Deus estou bem.” (SIC)

“O nascimento da minha neta, a minha doença e outros.” (SIC)

“O diagnóstico da hepatite C, fiquei desesperada e quase fiquei depressiva.” (SIC)

“Quando descobri que tinha hepatite C.” (SIC)

“Relacionamento com a namorada.” (SIC)

“A perda de meu direito e grande amigo ocorrido no passado.” (SIC)

“Não houve nenhum momento de estresse pontual neste período.” (SIC)

“A todos os momentos da minha vida nos últimos três anos perdi a saúde, mulher, filhos, bens materiais e hoje ao me recuperar trabalho de empregado passando constrangimentos.” (SIC)

“Tenho vivido muitas emoções em minha vida. Fim de um namoro, descoberta de um tumor, problemas de saúde com entes queridos e próximos não consigo hoje descrever um só.” (SIC)

Durante o adoecer diversos sentimentos emergem, deixando o paciente fragilizado, embora muitos não considerem a doença como uma circunstância causadora de estresse. Para Mello (2005) as pessoas têm diferentes níveis de tolerância a situações estressantes. Algumas são perturbadas pelas mais ligeiras mudança ou emergência, outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude ou quando exposição a eles é prolongada. Nesse sentido, isso significa que a percepção do paciente frente à doença, é singular.

Tabela 9 – Análise descritiva das variáveis da escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C:

	Média	Mediana	Coeficiente de Variação	Score Mínimo	Score Máximo
<i>Coping Religioso-Espiritual Total</i>	41,8	43,8	0,40	8,3	71,6
<i>Coping Religioso-Espiritual Positivo</i>	51,7	56,4	0,41	7,2	87,9
Posição Positiva frente a Deus	62,3	63,6	0,27	18,2	90,9
Transformação de Si e/ou de sua vida	60,2	67,0	0,47	0,0	98,2
Oferta de ajuda ao outro	55,2	55,4	0,47	14,3	100,0
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	54,4	54,2	0,48	0,0	100,0
Busca pessoal de crescimento espiritual	53,7	62,5	0,51	0,0	100,0
Ações em busca de outro Institucional	40,3	42,5	0,56	0,0	75,0
Ações em busca de ajuda espiritual	39,1	40,6	0,64	0,0	75,0
Busca pessoal do conhecimento espiritual	37,7	45,0	0,73	0,0	85,0
<i>Coping Religioso-Espiritual Negativo</i>	28,3	26,2	0,50	4,8	59,5
Posição negativa frente a Deus	42,3	43,8	0,68	0,0	100,0
Insatisfação com o outro Institucional	32,9	31,3	0,37	0,0	56,3
Reavaliação negativa do significado	24,0	17,5	0,99	0,0	80,0
Reavaliação negativa de Deus	11,8	3,1	1,35	0,0	56,3

A tabela 9 demonstra a relação das médias e desvios padrão da Escala *Coping* religioso-espiritual (CRE), considerando a respostas dos 30 pacientes com hepatites C durante a terapêutica medicamentosa. Pode-se verificar que os pacientes atingiram uma média igual a 51,7 para a dimensão *Coping* religioso-espiritual Positivo (CREP), em relação à dimensão *Coping* religioso-espiritual Negativo (CREN), a média obtida foi 28,3. Quanto à utilização do *Coping* religioso-espiritual Total (CRE Total), a média alcançada pelos pacientes com

hepatite C, foi 41,8, refere-se à quantidade CRE Total praticado pelos pacientes. Diante dos resultados dos dados apresentados, o nível de *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual positivo praticado pelos pacientes foi 51,7. Segundo Lazarus e Folkman (1984), *Coping* são esforços cognitivos e comportamentais para gerenciar o estresse acrescido de demanda internas ou externas da vida. Para Antoniazzi et al (1998) *Coping* é a utilização de estratégias empregada pelas pessoas para adaptarem a circunstâncias estressantes. Pargament (1997) também postula o *Coping* como dimensões cognitiva, afetiva, comportamental e psicológica diante de situações de conflito. Segundo Panzini e Bandeira (2005), a Escala tem com o objetivo de examinar a relação entre *Coping* religioso-espiritual, saúde e qualidade de vida, utilizando várias religiões e crenças. Percebe-se que os pacientes com hepatite C utilizaram estratégias de enfrentamento positivo diante da situação de estresse mencionado por eles. Nesse sentido, a doença crônica em adição as estratégias do *Coping* religioso-espiritual Positivo facilita ao paciente com hepatite C vivenciar um despertar para vida alterando seus padrões, enfrentando as adversidades com caráter resiliente.

Tabela 10 – Análise descritiva da dimensão do *Coping* religioso-espiritual Positivo dos participantes do estudo:

Respostas	Média	Mediana	Coefficiente de variação
Transformação de si e/ou de sua vida	60,2	67	0,46
Procurei a misericórdia de Deus	75	75	0,32
Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	74,2	75	0,27
Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins /negativos	72,5	75	0,3
Pedi perdão pelos meus erros	66,7	75	0,39
Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	64,2	75	0,37
Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	63,3	75	0,39
Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos	61,7	75	0,42
Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	60	75	0,45
Orei para descobrir o objetivo de minha vida	60	75	0,44
Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	57,5	75	0,46
Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	56,7	75	0,5
Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo - o caminho de Deus	54,2	75	0,5
Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude	40	25	0,57
Procurei por um total re-despertar espiritual	37,5	25	0,56
Ações em busca de ajuda espiritual	39,1	40,6	0,64
Assisti cultos ou sessões religiosas /espirituais	50,8	50	0,46
Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente	50,8	62,5	0,46
Voltei-me para a espiritualidade	50,8	75	0,46
Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)	47,5	62,5	0,52
Recebi ajuda através da imposição das mãos	40,8	37,5	0,59
Participei de sessões de cura espiritual	28,3	0	0,68
Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)	25,8	0	0,72
Procurei ou realizei tratamentos espirituais	17,5	0	0,69

Oferta de ajuda ao outro	55,2	55,4	0,47
Orei pelo bem-estar de outros	66,7	75	0,31
Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas	61,7	75	0,41
Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	58,3	75	0,4
Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...	55	50	0,44
Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	50,8	50	0,45
Procurei trabalhar pelo bem-estar social	49,2	50	0,45
Envolvei-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo	45	50	0,48
Posição positiva frente a Deus	62,3	63,6	0,27
Confiei que Deus estava comigo	83,3	100	0,24
Roguei a Deus que as coisas ficassem bem	80	75	0,21
Procurei em Deus força, apoio e orientação	78,3	75	0,23
Procurei o amor e a proteção de Deus	76,7	75	0,27
Senti que Deus estava atuando junto comigo	75,8	75	0,23
Procurei uma ligação maior com Deus	72,5	75	0,26
Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo	71,7	75	0,3
Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele	64,2	75	0,29
Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas	61,7	75	0,36
Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus	13,3	0	0,78
Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	7,5	0	0,67
Busca pessoal de crescimento espiritual	53,7	62,5	0,51
Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente	65,8	75	0,32
Tentei construir uma forte relação com um poder superior	60,8	75	0,38
Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	55,8	75	0,42
Procurei conversar com meu eu superior	51,7	75	0,49
Procurei auxílio através da meditação	34,2	25	0,62
Ações em busca de outro institucional	40,3	42,5	0,56
Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu	60	75	0,43
Ouvi e/ou cantei músicas religiosas	49,2	75	0,56
Busquei uma casa de Deus	48,3	50	0,51
Fui a um templo religioso	47,5	50	0,49

Procurei uma casa religiosa ou de oração	45,8	50	0,44
Realizei atos ou ritos espirituais	38,3	25	0,57
Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa	38,3	37,5	0,52
Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	30,8	25	0,65
Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	29,2	25	0,58
Montei um local de oração em minha casa	15	0	0,58
Busca pessoal de conhecimento espiritual	37,7	45	0,73
Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa	48,3	50	0,51
Li livros de ensinamentos espirituais /religiosos para entender e lidar com a situação	46,7	50	0,55
Procurei auxílio nos livros sagrados	45,8	62,5	0,52
Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade	30,8	25	0,62
Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais	16,7	0	0,71
Afastamento através de Deus, Religião e/ou Espiritualidade	54,4	54,2	0,48
Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	74,2	75	0,3
Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto	58,3	75	0,41
Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus	55,8	62,5	0,44
Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas	54,2	75	0,51
Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	48,3	50	0,45
Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	35,8	25	0,58

Os resultados da tabela 10 descrevem os oito fatores da dimensão de *Coping* religioso-espiritual Positivo dos participantes do estudo. Sendo eles, Transformação de Si e/ou de sua Vida que corresponde 60,2; Ações em Busca de ajuda Espiritual foi 39,1; Oferta de Ajuda ao Outro foi 55,2; Posicionamento Positivo frente Deus foi 62,3; Busca pessoal de Crescimento Espiritual foi 53,7; Ações em Busca do Outro Institucional foi 40,3; Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual foi 37,7 e Afastamento através de Deus, da Religião e/ou Espiritualidade foi 54,4.

Diante dos dados apresentados iremos discutir os dados relevantes dos oitos fatores do CRE Positivo. Panzini (2004) descreve o Posicionamento Positivo frente a Deus, como todo comportamento de *Coping* religioso-espiritual que apresenta um posicionamento pessoal

frente a Deus em relação à circunstância de estresse. Segundo a autora, revelam atitudes como colaborar, suplicar, aproximar e ou apoiar em Deus. Nota-se que os pacientes evidenciaram um maior Posicionamento Positivo frente a Deus de 62,3, bem como uma maior vinculação com Deus na busca de apoio. Isso se deve possivelmente, ao conforto proporcionado por Deus, por sentindo-se próximo a Dele no momento de adversidade. Segundo Panzini (2004) todo comportamento de *Coping* religioso-espiritual positivo tem como implicação uma transformação pessoal, seja ela uma modificação interna e/ou uma modificação externa na vida. Para os pacientes com Hepatite C houve uma transformação de si e de vida expressivo, que corresponde 60, 2. Os pacientes modificam-se o aspecto de si, dos outros e/ou do mundo, praticando o CRE Positivo com o objetivo de transformação positivas. Ademais, os pacientes atrelam os ensinamentos de Deus aos conflitos da vida. Outro fator evidenciado pelos pacientes de Hepatite C é a oferta de ajuda ao outro, que corresponde 55,2.

De acordo com Panzini (2004) refere-se à todo comportamento CRE o qual o paciente busca ajudar o outro, seja institucional, familiar ou social, através de oração, apoio, atos de caridade, alterando as modificações internas afetivo-cognitivas em benefício de outras pessoas. Nesse sentido, relação de oferta de ajuda ao próximo que os pacientes evidenciaram, permite que o mesmo encontre na ajuda ao próximo conforto, desviando o foco dos seus problemas, se preocupando com o próximo. Ademais, os pacientes que utilizaram a estratégias de CRE Positivo tornam um ser ativo diante do Sagrado. Segundo Stroppa e Moreira-Almeida (2008) a relação pessoal com Deus e com próximo podem ter significativas implicações sobre a saúde mental, em relação ao enfrentamento de situações difíceis de vida que acompanham a doença e suas limitações.

Percebe-se que os pacientes evidenciaram 54,4 no Fator de Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade, foram os pacientes que se distanciaram dos problemas tendo uma maior aproximação de Deus. Panzini (2004) ressalta que o afastamento através de Deus, da religião e/ou da espiritualidade calha na mudança pessoal em relação a situação de estresse, na qual a pessoa se afasta dos problemas aproximando de Deus e ou das questões religiosas/espirituais. Assim, o paciente passa a encontrar na Fé a calma diante as tribulações da vida, embora não negligenciem seus sentimentos. Ele passa a resignificar a vida, atrelando as adversidades a Fé. Com relação a Busca Pessoal de Crescimento Espiritual 53,7, evidenciaram uma busca de conexão consigo e com o sagrado. Para Panzini (2004) todo comportamento de *Coping* religioso-espiritual revela uma busca individual de Deus e/ou espiritualidade, ou uma busca de si mesmo através de Deus e/ou da espiritualidade. Dessa forma, o recurso de CRE positivo em adição a psicologia analítica, permite que o indivíduo

entre em contato com o si-mesmo, ou seja, Individuação em prol da transformação psíquica. Para Jung (vol 16/1§11) a “cura” significa transformação, restabelecer o equilíbrio dinâmico da totalidade. Ademais, as doenças impõem uma série de desafios para os pacientes, requerendo uma considerável resiliência para seu enfrentamento e adaptação.

Tabela 11 – Análise descritiva do *Coping* religioso-espiritual Negativo dos participantes do estudo:

Respostas	Média	Mediana	Coefficiente de variação
Reavaliação negativa de Deus	11,8	3,1	1,35
Questionei o amor de Deus por mim	25	0	0,69
Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé	17,5	0	0,71
Revoltei-me contra Deus e seus desígnios	11,7	0	0,61
Questionei se Deus realmente se importava	10	0	0,67
Questionei se até Deus tem limites	10	0	0,69
Pensei que Deus não existia	9,2	0	0,83
Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	9,2	0	0,65
Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	1,7	0	0,34
Posição negativa frente a Deus	42,3	43,8	0,68
Rezei por um milagre	55,8	75	0,46
Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora	42,5	37,5	0,62
Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle	40,8	50	0,56
Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim	30	12,5	0,69
Reavaliação negativa do significado	24	17,5	0,99
Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer	30,8	12,5	0,64
Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros	29,2	0	0,69
Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus	23,3	0	0,64
Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação	22,5	0	0,7
Imaginei o que teria feito para Deus me punir	14,2	0	0,64
Insatisfação com o outro Institucional	32,9	31,3	0,37
Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	29,2	25	0,58
Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição	17,5	0	0,76
Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas	10	0	0,58
Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando	4,2	0	0,45

Os resultados da tabela 11 descrevem os quatro fatores da dimensão de *Coping* religioso-espiritual Negativo dos participantes do estudo, que se refere à Reavaliação negativa de Deus 11,8; Posicionamento negativo frente a Deus 42,3; Reavaliação Negativa do significado 24 e Insatisfação com o outro Institucional 32,9.

Tabela 12 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir do gênero:

	Masculino		Feminino		Teste Mann-Whitney*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Total	36	37,8	46,7	47,5	-1,705 (p>0,05)
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo	44,1	47	58,4	58,9	-1,81 (p>0,05)
Posição Positiva frente a Deus	58,3	60,2	65,8	63,6	-1,124 (p>0,05)
Transformação de Si e/ou de sua vida	50,1	49,1	69,1	73,2	-1,622 (p>0,05)
Oferta de ajuda ao outro	52	48,2	58	55,4	-0,562 (p>0,05)
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	43,5	47,9	64,1	62,5	-1,751 (p>0,05)
Busca pessoal de crescimento espiritual	28,2	12,5	45,9	50	-1,584 (p>0,05)
Ações em busca de outro Institucional	34,1	36,3	45,6	42,5	-1,084 (p>0,05)
Ações em busca de ajuda espiritual	29,5	20,3	47,5	45,3	-1,979 (p<0,05))
Busca pessoal do conhecimento espiritual	44,6	45	61,6	67,5	-1,931 (p<0,05)
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo	26,3	20,8	30,1	28	-0,957 (p>0,05)
Posição negativa frente a Deus	33,5	25,2	50	46,9	-1,647 (p>0,05)
Insatisfação com o outro Institucional	29,9	31,3	35,5	31,3	-1,24 (p>0,05)
Reavaliação negativa do significado	25	15	23,1	20	0,042 (p>0,05)
Reavaliação negativa de Deus	11,8	1,6	11,7	7,8	0,565 (p>0,05)

* Hipótese nula: Não há diferença entre as distribuições do gênero masculino e feminino.

O resultado da tabela 12 demonstra a relação das médias e desvios padrão da Escala *Coping* religioso-espiritual (CRE), a partir do gênero dos 30 pacientes com hepatites C durante a terapêutica medicamentosa. Ao correlacionar os dados do *Coping* religioso-espiritual Positivo em relação ao gênero, no sexo masculino o CRE Positivo foi 44,1, já no sexo feminino o CRE Positivo foi 58,4. Com relação ao CRE Negativo no sexo masculino foi 26,3 e no sexo feminino foi 30,1. No CRE Total para o sexo masculino foi 36 e no sexo feminino foi 46,7. Com relação ao gênero as mulheres evidenciaram 58,4 de resposta positiva de enfrentamento em relação aos homens 44,1. Percebe-se que as mulheres utilizaram mais das estratégias do CRE Positivo, bem como do estilo de coparticipação com Deus.

Esses dados estão, possivelmente, associados ao fato de que as mulheres são mais dedicadas ao encontro com o Sagrado, buscam, mas a Deus. Mazza (2008) postula alguns aspectos característicos que estruturam o processo psicodinâmico da psique feminina, através de um olhar arraigado da feminilidade. Para a autora, a descrição dos seus sentimentos, dos seus limites, de seus afetos e de suas dificuldades revelam imagens de um sentido de ser e existir perante a vida, espalhando seus anseios e deixando marcas que possibilitam um evoluir transformador e criativo. Nesse sentido, quando as mulheres vinculam a Fé aos momentos difíceis, tornando um ser ativo em parceria com Deus, proporciona uma melhor saúde psicoemocional passando a enfrentar as dificuldades com benevolência. Segundo Stroppa e Moreira-Almeida (2008) a religiosidade/espiritualidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis, gerando paz, autoconfiança e uma imagem positiva de si mesmo.

Tabela 13 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir da faixa etária:

	Até 49 anos		50 anos ou mais		Teste Mann-Whitney*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Coping Religioso-Espiritual Total	41	44	41,4	41,1	-0,285 (p>0,05)
Coping Religioso-Espiritual Positivo	51,1	56,4	51,5	53,4	-0,285 (p>0,05)
Posição Positiva frente a Deus	62,6	67	60,7	61,4	-0,791 (p>0,05)
Transformação de Si e/ou de sua vida	60,6	67,9	58,2	66,1	-0,439 (p>0,05)
Oferta de ajuda ao outro	54,9	51,8	54,7	53,6	-0,11 (p>0,05)
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	52,3	54,2	54,8	54,2	-0,198 (p>0,05)
Busca pessoal de crescimento espiritual	34,4	42,5	38,8	45	-0,552 (p>0,05)
Ações em busca de outro Institucional	40	41,3	38,8	42,5	-0,176 (p>0,05)
Ações em busca de ajuda espiritual	36,3	40,6	44	50	-0,835 (p>0,05)
Busca pessoal do conhecimento espiritual	54,4	62,5	54,6	65	-0,066 (p>0,05)
Coping Religioso-Espiritual Negativo	27,1	25,6	27,5	25	-0,022 (p>0,05)
Posição negativa frente a Deus	38,3	40,6	42,8	43,8	-0,374 (p>0,05)
Insatisfação com o outro Institucional	33,2	34,4	31,3	31,3	-0,714 (p>0,05)
Reavaliação negativa do significado	23,4	12,5	23,8	20	-0,022 (p>0,05)
Reavaliação negativa de Deus	10,4	3,1	11,1	0	-0,368 (p>0,05)8

* Hipótese nula: Não há diferença entre as distribuições do gênero masculino e feminino.

O resultado da tabela 13 demonstra a relação das médias e desvios padrão da Escala de *Coping* religioso-espiritual (CRE), a partir da faixa etária dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa. Com relação à idade até 49 anos o CRE Positivo foi

51,1, já com a idade de 50 anos ou mais o CRE Positivo foi 51,5. Com relação ao CRE Negativo de pacientes até 49 anos foi 27,1 e com faixa etária de 50 anos ou mais o CRE Negativo foi 27,5. No CRE Total para pacientes com faixa etária até 49 anos corresponde 41,0 e para pacientes com 50 anos ou mais foi 41,1. Em relação à faixa etária dos pacientes nota-se que não houve diferença significativas para o *Coping* religioso-espiritual Positivo.

Tabela 14 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir do nível de escolaridade:

	Até Fundamental Completo		Ensino Médio Completo ou Superior		Teste Mann-Whitne*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Coping Religioso-Espiritual Total	43	45,1	39,3	40,1	-0,719 (p>0,05)
Coping Religioso-Espiritual Positivo	53,2	57,6	48,8	50,8	-0,742 (p>0,05)
Posição Positiva frente a Deus	57,4	61,4	63,6	67	-1,171 (p<0,05)
Transformação de Si e/ou de sua vida	62,3	67,9	56,8	59,8	-0,54 (p<0,05)
Oferta de ajuda ao outro	59,1	67,9	50,4	42,9	0,855 (p<0,05)
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	54,2	54,2	52,1	54,2	-0,428 (p<0,05)
Busca pessoal de crescimento espiritual	45,9	55	30,8	22,5	-1,403 (p<0,05)
Ações em busca de outro Institucional	41,4	42,5	37,6	41,3	-0,631 (p<0,05)
Ações em busca de ajuda espiritual	44	50	34	34,4	-1,126 (p<0,05)
Busca pessoal do conhecimento espiritual	54,1	65	51,7	55	-0,338 (p<0,05)
Coping Religioso Espiritual Negativo	29,7	25	26,3	25,6	-0,383 (p>0,05)
Posição negativa frente a Deus	42,6	50	38,9	37,5	-0,518 (p<0,05)
Insatisfação com o outro Institucional	35,2	31,3	31,6	31,3	-0,524 (p<0,05)
Reavaliação negativa do significado	29,5	25	19,7	10	-1,361 (p<0,05)
Reavaliação negativa de Deus	10,5	3,1	11,6	3,1	-0,047 (p<0,05)

* Hipótese nula: Não há diferença entre as distribuições de indivíduos com até o ensino fundamental completo e indivíduos com ensino médio completo ou superior

O resultado da tabela 14 demonstra a relação das médias e desvios padrão da Escala *Coping* religioso-espiritual (CRE), a partir do nível de escolaridade dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa. Para os pacientes com nível de escolaridade até o ensino fundamental completo o CRE Positivo corresponde 53,2, já os pacientes que possuem ensino médio completo ou superior foi 48,8. Com relação ao CRE Negativo para o nível de escolaridade até fundamental completo foi 29,7 e para o ensino médio completo ou superior foi 26,3. No CRE Total até o ensino fundamental completo foi 43,0 e no ensino médio completo ou superior foi 39,3. Nota-se que o *Coping* religioso-espiritual Positivo para os pacientes que possuem nível de escolaridade até o ensino fundamental completo corresponde 53,2. De acordo com os dados do IBGE (2010) cerca de 6,8% dos católicos, 6,7% dos sem religião e 6,2% dos evangélicos pentecostais são os grupos com as maiores proporções de pessoas de 15 anos ou mais de idade sem instrução. Em relação ao ensino fundamental incompleto são também esses três grupos de religião que apresentam as maiores proporções 39,8%, 39,2% e 42,3%, respectivamente. Já os espíritas no que se refere ao nível de instrução, esse grupo religioso possui a maior proporção de pessoas com nível superior completo 31,5% e as menores percentagens de indivíduos sem instrução 1,8% e com ensino fundamental incompleto 15,0%. Para os católicos e os sem religião, foram os grupos que tiveram os maiores percentuais de pessoas de 15 anos ou mais de idade não alfabetizadas 10,6% e 9,4%, respectivamente. Entre a população católica é proporcionalmente elevada a participação dos idosos, entre os quais a proporção de analfabetos é maior. Por outro lado, apenas 1,4% dos espíritas não são alfabetizados. Percebe-se que os pacientes com nível Fundamental Completo têm utilizado de forma expressiva da estratégia de *Coping* religioso-espiritual Positivo.

Tabela 15 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, a partir da percepção sobre a saúde:

	Saudável		Doente		Teste Mann-Whitney*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Coping Religioso Espiritual Total	42,4	46,4	40,4	37,8	-0,566 (p>0,05)
Coping Religioso Espiritual Positivo	52,9	57,6	48,9	46,2	-0,725 (p>0,05)
Posição Positiva frente a Deus	60,9	63,6	65,4	63,6	-0,34 (p>0,05)
Transformação de Si e/ou de sua vida	59,8	67,9	61,3	60,7	-0,045 (p>0,05)
Oferta de ajuda ao outro	60,4	60,7	43,3	39,3	-1,922 (p<0,05)
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	53,4	58,3	56,9	54,2	-0,045 (p>0,05)
Busca pessoal de crescimento espiritual	39,5	50	33,3	25	-0,546 (p<0,05)
Ações em busca de outro Institucional	45,1	50	28,9	32,5	-1,974 (p>0,05)
Ações em busca de ajuda espiritual	42,9	46,9	30,2	28,1	-1,293 (p>0,05)
Busca pessoal do conhecimento espiritual	50,5	60	61,1	65	-0,635 (p>0,05)
Coping Religioso Espiritual Negativo	27,7	25	29,9	27,4	-0,362 (p>0,05)
Posição negativa frente a Deus	42,6	50	41,7	37,5	-0,159 (p>0,05)
Insatisfação com o outro Institucional	33,3	31,3	31,9	31,3	-0,529 (p>0,05)
Reavaliação negativa do significado	21,9	15	28,9	20	-0,525 (p>0,05)
Reavaliação negativa de Deus	10,4	3,1	14,9	12,5	-0,449 (p>0,05)

* **Hipótese nula:** Não há diferença entre as distribuições de indivíduos com autodeclaração de saudáveis e indivíduos com autodeclaração de doentes

O resultado da tabela 15 demonstra a relação das médias e desvios padrão da Escala *Coping* religioso-espiritual (CRE), a partir da percepção sobre a saúde. Para os pacientes que consideraram a percepção da saúde saudável o CRE Positivo corresponde 52,9, já para os

pacientes que consideraram a percepção da saúde, como doente o CRE Positivo foi 48,9. Com relação ao CRE Negativo para os pacientes saudáveis corresponde 27,7 e para os pacientes doentes foi 29,9. No CRE Total para os pacientes saudáveis foi 42,4 e para os pacientes doentes foi 40,4. Percebe-se que os pacientes que declaram saudáveis utilizaram das estratégias do *Coping* religioso-espiritual Positivo para restabelecer o equilíbrio dinâmico e preservar o ego, como forma de proteção. De acordo com Jung (vol 16/1§11) as pessoas adoecem devido à perda de sentido de suas vidas. Dessa forma, os pacientes utilizaram o *Coping* religioso-espiritual Positivo, como subsídio no processo saúde- doença, para manter o equilíbrio interno diante dos conflitos. Ademais, o *Coping* religioso-espiritual Positivo favorece a conservação da integridade do ego frente à situação do adoecimento.

Tabela 16 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, de acordo com o 1º tratamento ou retratamento.

	1º Tratamento		Retratamento		Teste Mann-Whitney*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Coping Religioso-Espiritual Total	40,7	41,8	44,6	47,8	-0,563 (p>0,05)
Coping Religioso-Espiritual Positivo	50,1	54,4	56,2	60	-0,094 (p>0,05)
Posição Positiva frente a Deus	58,4	64,3	65,4	74,1	-0,892 (p>0,05)
Transformação de Si e/ou de sua vida	35,5	40,6	48,8	62,5	-1,387 (p>0,05)
Oferta de ajuda ao outro	53,2	50	60,7	58,9	-0,61 (p>0,05)
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	61,7	62,5	63,9	64,8	-0,728 (p>0,05)
Busca pessoal de crescimento espiritual	53,2	62,5	55	57,5	-0,4 (p>0,05)
Ações em busca de outro Institucional	39,4	42,5	42,5	56,3	-0,306 (p>0,05)
Ações em busca de ajuda espiritual	36,8	47,5	40	40	-0,259 (p>0,05)
Busca pessoal do conhecimento espiritual	51,7	54,2	62	60,4	-0,894 (p>0,05)
Coping Religioso-Espiritual Negativo	28,6	24,4	27,5	28,6	-0,657 (p>0,05)
Posição negativa frente a Deus	12,9	1,6	8,6	6,3	-0,221 (p>0,05)
Insatisfação com o outro Institucional	39,5	40,6	50	53,1	-0,917 (p>0,05)
Reavaliação negativa do significado	25	15	21,3	20	-0,118 (p>0,05)
Reavaliação negativa de Deus	33,2	31,3	32	31,3	-0,238 (p>0,05)

* Hipótese nula: Não há diferença entre as distribuições de paciente no primeiro tratamento ou em retratamento

A tabela 16 demonstra a relação das médias e desvios padrão da Escala *Coping* religioso-espiritual (CRE), a partir do gênero dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, de acordo com o 1º tratamento ou retratamento. Em relação ao

1º tratamento o *Coping* religioso-espiritual Total a média alcançada foi 40,7, em relação ao *Coping* religioso-espiritual Positivo a média foi 50,1, já o *Coping* religioso-espiritual Negativo a média foi 28,6. Com relação ao retratamento dos 30 pacientes com hepatite C, a tabela acima demonstra que a média do *Coping* religioso-espiritual Positivo foi 56,2 e o *Coping* religioso-espiritual Negativo foi 27,5 e a média do *Coping* religioso-espiritual Total foi 44,6. Nota que o *Coping* religioso-espiritual Positivo para o 1º tratamento foi 50,1 isso possivelmente está associado ao fato que pacientes no 1º tratamento convivem com a falta de conhecimento a cerca da doença. Criam expectativas diante do prognóstico, além de conviver com a incerteza do percurso da vida, e o corpo reflete os efeitos colaterais causado pela terapêutica. Já para os pacientes no 2º tratamento o CRE Positivo foi 56,2, isso acomete já que os pacientes do retratamento já conhecem um pouco sobre a doença, bem como a dinâmica da terapêutica medicamentosa, o que tranquiliza e faz com que se sintam confiantes, embora a incerteza também faça parte da vida.

Para Sousa e Cruvinel (2008) o sofrimento do paciente com hepatite C passar a existir de acordo como o paciente processa as informações acerca de sua infecção, construindo uma representação desta e, em função desta que irá regular o seu comportamento. Deve-se atentar no emprego das práticas médicas e psicológicas endereçadas aos pacientes a respeito de conhecimento da doença, informando e esclarecendo dúvidas no decorrer da terapêutica, bem como ficar atento diante dos sentimentos que vão emergir durante o tratamento. Para que possa assim durante o tratamento fomentar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Tabela 17 – Análise descritiva das variáveis da Escala CRE dos 30 pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa, com até dois anos ou mais dois anos de diagnóstico:

	Até dois anos		Dois anos ou mais		Teste Mann-Whitney*
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Coping religioso-espiritual Total	36,4	37,8	48,7	51,3	-1,967 (p<0,05)
Coping religioso-espiritual Positivo	44,4	46,2	61,3	69,3	-2,241 (p<0,05)
Posição Positiva frente a Deus	50,9	51,8	72,9	82,1	-2,219 (p<0,05)
Transformação de Si e/ou de sua vida	31,4	28,1	49	56,3	-2,035 (p<0,05)
Oferta de ajuda ao outro	48,1	39,3	64,6	67,9	-1,676 (p>0,05)
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	59	61,4	66,6	63,6	-1,341 (p>0,05)
Busca pessoal de crescimento espiritual	47,1	50	62,3	65	-1,511 (p>0,05)
Ações em busca de outro Institucional	33,7	32,5	48,8	52,5	-1,762 (p>0,05)
Ações em busca de ajuda espiritual	28,8	20	49,2	55	-2,021 (p<0,05)
Busca pessoal do conhecimento espiritual	43,9	41,7	68,3	66,7	-2,686 (p<0,05)
Coping religioso-espiritual Negativo	27	21,4	30	28,6	-0,817 (p>0,05)
Posição negativa frente a Deus	13,4	3,1	9,6	3,1	-0,131 (p>0,05)
Insatisfação com o outro Institucional	34,6	25	52,4	56,3	-1,91 (p>0,05)
Reavaliação negativa do significado	25	15	22,7	20	-0,232 (p>0,05)
Reavaliação negativa de Deus	30,5	31,3	36,1	31,3	-1,127 (p>0,05)

* Hipótese nula: Não há diferença entre as distribuições de paciente com até dois anos de tratamento e dois anos ou mais

A tabela 17, acima, demonstra a relação das médias do *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C durante, com até dois anos de diagnóstico e ou mais de dois anos de diagnóstico. Com relação ao *Coping* religioso-espiritual Total em pacientes até dois anos

de diagnóstico, a média foi 36,4 o *Coping* religioso-espiritual Positivo foi 44,4 já o *Coping* religioso-espiritual Negativo foi 27,0. Para os pacientes com dois anos ou mais de diagnóstico o *Coping* religioso-espiritual Total foi 48,7, o *Coping* religioso-espiritual Positivo foi 61,3, já o *Coping* religioso-espiritual Negativo foi de 30,0. Houve uma diferença significativa para os pacientes com dois anos ou mais de diagnóstico. Isso possivelmente está associado a força de vontade de viver e a confiança em si, além da esperança que emerge como motivado de vida. O paciente que tem a Fé como suporte, vivencia a doença com temperança.

Tabela 18 – Análise descritiva das variáveis da situação de maior estresse que os 30 pacientes vivenciaram nos últimos três anos:

	Número de casos	% sobre o total de casos *
Descoberta da doença / hepatite / tumor	12	34,3%
Separação / problemas conjugais / traição / problemas no relacionamento	8	22,9%
Dominei o estresse / não houve estresse	4	11,4%
Remédios / Injeções	2	5,7%
Morte da esposa / amigo	2	5,7%
Perdeu o emprego	2	5,7%
Afastamento amigos / familiares	2	5,7%
Sinceridade incomoda a família	1	2,9%
Nascimento do neto	1	2,9%
Perda de bens materiais	1	2,9%
Doença de parente próximo	1	2,9%
Alcoolismo	1	2,9%
Fraturas múltiplas	1	2,9%
Infecção hospitalar	1	2,9%
Filho drogado	1	2,9%

* A soma dos percentuais ultrapassa os 100% em função de cada entrevistado pode ter respondido mais uma doença

A tabela 18 acima descreve as situações de maior estresse que os 30 pacientes vivenciaram nos últimos três anos. Como foi descrito acima, o estresse referido pelos pacientes foi de 34,% para a descoberta da doença/hepatite, 22,9% para a separação/problemas conjugais, 11,4% não houve estresse/dominaram o estresse, 5,7% foram os remédios/injeções/ morte do companheiro/perda do emprego/ afastamento dos familiares e amigos. Já 2,9% foi um filho drogado/infecção hospitalar/ fraturas múltiplas/alcoolismo/doença de parente próximo/perda de bens materiais/nascimento do neto.

Cerca de 34,4% dos pacientes descreveram que a situação de estresse vivenciada foi a descoberta da hepatite C e 22,9% mencionaram que foi a separação/traição/problemas conjugais. Percebe que apesar do diagnóstico da doença, os conflitos conjugais foram considerados pelos pacientes uma situação de estresse.

Tabela 19 – Análise descritiva das variáveis do cruzamento do de dados: Estresse X *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C:

	Valores médios		
	Descoberta da doença / hepatite / tumor	Separação / problemas conjugais / traição / problemas no relacionamento	Dominei o estresse / não houve estresse
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Total	45,0	50,9	46,7
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo	56,0	62,4	60,7
Posição Positiva frente a Deus	63,8	75,7	69,6
Transformação de Si e/ou de sua vida	44,3	44,1	55,5
Oferta de ajuda ao outro	57,1	71,9	69,6
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	65,5	67,6	65,9
Busca pessoal de crescimento espiritual	62,1	60,6	75,0
Ações em busca de outro Institucional	43,5	48,1	45,6
Ações em busca de ajuda espiritual	40,0	54,4	50,0
Busca pessoal do conhecimento espiritual	63,5	66,7	49,0
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo	29,6	36,6	22,6
Posição negativa frente a Deus	13,3	17,6	3,1
Insatisfação com o outro Institucional	46,4	65,6	31,3
Reavaliação negativa do significado	20,4	27,5	18,8
Reavaliação negativa de Deus	35,4	34,4	31,3
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	45,0	50,9	46,7
Busca pessoal de crescimento espiritual	56,0	62,4	60,7

Como foi descrito na tabela 19, o cruzamento de dados de estresse com o *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes. De acordo com os pacientes que relataram que o estresse causado nos últimos três anos foi à descoberta da doença, referem que o *Coping* religioso-espiritual Total corresponde a 45, em relação ao *Coping* religioso-espiritual Positivo que foi 56, e o *Coping* religioso-espiritual Negativo que foi 29,6. Para os pacientes que mencionaram o estresse dos últimos três anos, foi Separação / problemas conjugais / traição / problemas no relacionamento o *Coping* religioso-espiritual Total foi de 50,9, para o *Coping* religioso-espiritual Positivo foi 62,4, já para o *Coping* religioso-espiritual Negativo corresponde a 36,6.

Já os pacientes que relatam que não houve estresse e que dominaram a situação de estresse, o *Coping* religioso-espiritual Total foi de 46,7 e o *Coping* religioso-espiritual Positivo foi 60,7, e *Coping* religioso-espiritual Negativo foi de 22,6.

Ao confrontar esses dados das situações de estresse com o *Coping* religioso-espiritual, os pacientes que relataram problemas conjugais como segunda condição de estresse, o CRE Positivo foi 62,4%, já os que mencionaram que a situação de estresse foi à descoberta da doença, o CRE Positivo foi 56,0%. De acordo com Risso e Yoshida (2012) os pacientes com hepatite C tendem a responder de forma negativa e intensa às frustrações vividas, quando sentem que as respostas do parceiro amoroso não correspondem às suas expectativas. Segundo o autor, essa condição é especialmente observada em pacientes do sexo feminino que estejam fazendo uso da medicação. A utilização das estratégias do CRE Positivo ajudara aos pacientes a transformarem sua vida. Nesse sentido, os pacientes com hepatite C além de estarem mobilizados com a doença e com os conflitos conjugais, desencadeiam diversos sentimentos, assim o CRE Positivos viabilizar a alterações de padrões, comportamental, afetiva e psicológica diante das situações mencionadas.

Tabela 20 – Análise descritiva com relação à avaliação da saúde:

	Número de casos	% sobre o total de casos
Ótima / boa / muita saúde	10	28,6%
Não tão boa / mal estar / não está fácil / muito fraca	8	22,9%
Razoável / já esteve pior / melhorando / cada dia melhor	5	14,3%
Não informou	4	11,4%
Complicada	1	2,9%
Em recuperação	1	2,9%
Tenho qualidade de vida	1	2,9%

Com relação à percepção dos 30 pacientes diante da avaliação da saúde 28,6% consideram a saúde ótima /boa /muita saúde, 22,9% consideram a saúde não tão boa/ muito mal estar/não está fácil/ muito fraca, 14,3% consideram a saúde razoável/ já esteve pior/ melhorando/ cada dia melhor, 11,4% não mencionaram a avaliação da saúde e 2,9% consideram a saúde complicada/em recuperação e que tem qualidade de vida.

Tabela 21 – Análise descritiva das variáveis do cruzamento de dados: avaliação da saúde X *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes com hepatite C:

	Valores médios		
	Ótima / boa / muita saúde	Não tão boa / mal estar / não está fácil / muito fraca	Razoável / já esteve pior / melhorando / cada dia melhor
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Total	32,7	43,5	45,8
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo	41,0	53,1	58,6
Posição Positiva frente a Deus	46,4	65,0	69,3
Transformação de Si e/ou de sua vida	32,2	29,7	45,6
Oferta de ajuda ao outro	45,0	54,0	59,3
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	52,3	66,5	71,8
Busca pessoal de crescimento espiritual	37,5	60,0	62,0
Ações em busca de outro Institucional	33,0	37,8	45,5
Ações em busca de ajuda espiritual	23,0	43,1	41,0
Busca pessoal do conhecimento espiritual	45,8	59,4	60,0
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo	20,6	31,8	25,0
Posição negativa frente a Deus	7,8	13,3	8,1
Insatisfação com o outro Institucional	32,5	51,6	37,5
Reavaliação negativa do significado	15,5	25,0	13,0
Reavaliação negativa de Deus	25,6	35,9	37,5
Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidade	32,7	43,5	45,8
Busca pessoal de crescimento espiritual	41,0	53,1	58,6

Quanto ao cruzamento de dados da avaliação da saúde X *Coping* religioso-espiritual dos 30 pacientes, a tabela 20 mostra que para os pacientes que avaliaram a saúde ótima / boa e muita saúde o *Coping* religioso-espiritual Total foi de 32,7, o *Coping* religioso-espiritual Positivo foi de 41,0 e para o Negativo foi de 20,6. Para os pacientes que avaliaram a saúde não tão boa/mal estar/ não está fácil/ muito fraca em relação ao cruzamento do *Coping* religioso-espiritual Total foi 43,5, o Positivo foi 53,1 e para o Negativo foi de 31,8. Já para os pacientes que avaliaram a saúde Razoável/já esteve pior/ melhorando/cada dia melhor o *Coping* religioso-espiritual Total foi 45,8, o CRE Positivo foi de 58,6 e para o CRE Negativo foi de 25,0.

Percebe-se que os pacientes que avaliaram sua saúde como razoável/ já esteve pior / melhorando / cada dia melhor utilizaram de maneira significativa das estratégias do *Coping* religioso-espiritual como recurso para manter a integridade do ego frente a doença. Panzini (2004) advoga que a estratégias de CRE são mais utilizados pelas pessoas que possuem algum problema de saúde, além disso, corrobora a associação positiva entre CRE e saúde. Segundo a autora, quem utiliza mais das estratégias de CRE Positivo tem melhor qualidade de vida, física, psicológica e nas relações sociais.

Nota-se que os pacientes, ao utilizarem o CRE Positivo, buscaram o apoio diante do Sagrado e do outro, passando a se distanciar do problema, aproximando-se do Sagrado, ocorrendo, assim, uma transformação pessoal, modificando a si e a sua vida, ou seja, Indivíduo. Para a Psicologia Analítica o Si - mesmo, ou seja, a individuação representa o amadurecimento psíquico, uma ideia puramente espiritual. O CRE Positivo revela uma busca de si mesmo através da religiosidade/espiritualidade diante das situações de estresse.

Muitos desses pacientes evidenciaram que religião/espiritualidade tem sido importante para lidar com os fatores estressantes da vida, além disso, referiram-se a religião/espiritualidade como forma de ajuda no manejo e no enfrentamento de situações estressantes que vivem/ viveram. Para eles, uma força superior irá trazer de volta dias amenos.

Para Moreira-Almeida (2010) não importa se possuímos crenças espirituais, atitudes religiosas ou antirreligiosas, devemos explorar a relação entre espiritualidade e saúde, aperfeiçoando o conhecimento sobre o ser humano e das abordagens terapêuticas. Sendo assim podemos ajudar aos pacientes a descobrir suas potencialidades diante das adversidades que acometem no decurso da vida. Para o autor, o envolvimento religioso tem sido considerado como melhores indicadores de saúde mental e bem-estar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos vivendo um momento no qual a ciência e a religião, juntas, permitem ao paciente encontrar força e benevolência diante das adversidades.

Diversas são as situações de estresse que acometem o indivíduo, na busca de superação dessas situações circunstanciais. A religiosidade e a espiritualidade tem sido o recurso utilizado por muitos indivíduos para superarem as adversidades do dia-a-dia.

A hepatite C, um dos maiores problemas de saúde pública, é uma doença pouco conhecida pela população, ou seja, a grande maioria não sabe que é portador do vírus. Geralmente, os eventos adversos, ocasionado pela terapêutica medicamentosa na vida do paciente com hepatite C, podem ser mais significativos, esperançosos e benevolentes quando se busca o sagrado.

Considerando que o objetivo geral da pesquisa foi verificar a expressão do *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa à luz da Psicologia Analítica, e tendo em vista que os objetivos específicos foram: compreender e interpretar as estratégias do *Coping* (enfrentamento) religioso-espiritual em pacientes com hepatite C durante a terapêutica medicamentosa e correlacionar tais estratégias com as situações de estresse mencionadas pelos pacientes, chegamos as seguintes considerações:

Pode-se observar o possível uso das estratégias do *Coping* religioso-espiritual no manejo de situações estressoras vivenciadas pelos pacientes durante a terapêutica medicamentosa.

O *Coping* religioso-espiritual é um apoio e uma orientação no combate ao estresse que auxilia os pacientes no enfrentamento da doença. O seu objetivo é reduzir o estresse, além de aprender a manejá-lo, fortalecendo assim o paciente.

A doença crônica em adição às estratégias do *Coping* religioso-espiritual positivo facilita o paciente com hepatite C a vivenciar um despertar para a vida, alterando seus padrões e enfrentando as adversidades com caráter resiliente.

Outro ponto importante refere-se às mulheres que utilizam mais das estratégias do CRE positivo, bem como do estilo de coparticipação com Deus. Isso possivelmente está associado ao fato delas serem mais dedicadas na busca da religiosidade/espiritualidade, ou seja, no encontro com o sagrado. As mulheres que vinculam a fé aos momentos difíceis, em

coparticipação com Deus, obtêm uma melhor saúde psicoemocional, enfrentando as dificuldades com benevolência.

Para os pacientes que utilizaram o *Coping* religioso-espiritual positivo, como recurso no processo saúde-doença, foi com a finalidade de manter o equilíbrio interno diante dos conflitos. Nesse sentido, a integridade do ego é conservada frente à situação do adoecimento.

Os pacientes com hepatite C, além de estarem mobilizados com a doença e com os conflitos no relacionamento amoroso, utilizaram o CRE positivo para alterar os padrões comportamentais, afetivos e psicológicos diante das situações estressoras.

Salienta-se que, ao utilizarem o CRE positivo na busca de apoio do sagrado, através da religiosidade, da espiritualidade e do outro, distanciaram-se dos problemas, aproximando-se do sagrado, dando lugar a uma transformação, o si-mesmo.

Para a Psicologia Analítica o si-mesmo, ou seja, individuar significa o amadurecimento psíquico. Portanto, o CRE positivo revela uma busca de si mesmo através da religiosidade/espiritualidade diante das situações de estresse.

Muitos desses pacientes perceberam que a religião/espiritualidade tem sido importante para lidar com os fatores estressantes da vida, além disso, referem-se à religião/espiritualidade como uma grande ajuda no manejo e no enfrentamento das situações estressantes que vivem ou que viveram.

Diante da adversidade enfrentada, o paciente encara a vida com outro sentido e valor, embora ele precise ter autonomia da sua vida, em adição com a fé, poderá enfrentar e superar a adversidade, isto é, a hepatite C. Nesse sentido, a doença passa ser vista como uma renovação.

Dessa forma, ele passa a enfrentar a vida e a hepatite C de forma mais branda, superando as adversidades provocadas pela patologia, aprendendo, assim, a lidar com suas emoções e limitações.

Deve-se, dessa forma, atentar-se aos sentimentos que vão emergir durante a terapêutica medicamentosa dos pacientes com hepatite C para que se possa, assim, durante o tratamento, observando-os além do adoecer e suas inter-relações.

Ademais, o evolucionismo e as religiões não podem mais ocupar lados opostos, sempre haverá espaço para a fé, e esta não está necessariamente limitada à religião. Dentro dessa perspectiva, pode-se compreender melhor os dois fenômenos, e o paciente passa a ser visto como um ser bio-psicossocio-espiritual, fomentando uma melhor qualidade de vida para o paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M. Z. O encontro de Prometeu, Héracles e Quiron - A morte e o morrer: ritos de passagem. **Revista Latino-Americana da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica**, v. 29, n. 1, p. 62, jun. 2011.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de Coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal)** [online], v. 3, n. 2, pp. 273-294, . 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X1998000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 9 de abril de 2012.

BATISTA-NEVES, S.; et al . Impact of psychiatric disorders on the quality of life of brazilian HCV-infected patients. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 13, n. 1, fev. 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 de março de 2012.

BOECHAT, W. **A mitopoese da psique: mito e individuação**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. (Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, maio 2010.

CARVALHO-FILHO, R. J.; SCHIAVON, J. L. Hepatite C: Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos. In: FERRAZ, M. L. G; et al. (orgs.). **Guia de Hepatologia**. Barueri: 2. ed. Manole, 2009. cap. 13.

CHARLTON, M. Hepatitis C infection in liver transplantation. **Am. J. Transplant**, [S.l.], v. 1, n.3, pp.197-203, 2001. Disponível em doi:10.1002/hep.510280333. Acessado dia 3 de fevereiro 2011.

CHOO, Q. L; KUO, G; WEINER, A; et al. Isolation of a DNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. **Source: Science**, New Series, v. 244, 4902, 1989.

CORREA, M. J. C. Diretrizes do tratamento da Hepatite C Crônica. In: FERREIRA, P. R. A. et al. (orgs.). **Manual de Conduta na Hepatite C**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2011. cap. 6.

FERRAZ, M. L. G.; SILVA, A. E. B. Etiologia das Hepatites. In: FERRAZ, M. L. G; et al. (orgs.). **Guia de Hepatologia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2009.

FERREIRA, P. R. A. Manejo da Ribavirina e seus efeitos adversos. In: FERREIRA, P. R. A.; MENDES-CORREA, M. C. J. (orgs.). **Manuel de Conduta na Hepatite C**. São Paulo: Ed. Permanyer Brasil Publicações, 2011.

FLECK, M. P. de A.; et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000100006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 1 de abril de 2012.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200000010004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 1 de abril de 2012.

FOCACCIA, R. Hepatites Virais: Quadro Clínico das Formas Agudas. In: VERONESI-FOCACCIA et. al. (orgs.). **Tratado de Infectologia**. 4 ed. .São Paulo: Atheneu , 2009. cap. 22.

FOCACCIA, R; GALANTE, V. C; OLIVEIRA, U. B. Hepatites Virais: Epidemiologia. In: VERONESI-FOCACCIA et. al. (orgs.). **Tratado de Infectologia**. 4. ed .São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 22.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of Coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, n. 21, pp. 219-239, 1980.

FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. Estado atual frente à doença/hospitalização e à Vida. In: ARGERAMI-CAMON et al. (orgs.). **E a psicologia entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. Cap. 1.

FONSECA, J. C. F. Histórico das hepatites virais. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 3, jun., 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000300022>>. Acessado em 3 de fevereiro de 2012.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia existencial e espiritualidade. In: AMATUZZI, M, M.; et al. (orgs.). **Psicologia e Espiritualidade**. 2 ed. São Paulo: Paulus, 2008. cap. 7.

GODOY, L. J.; MATIAS, F. E. J.; COELHO, U. C. J. Regeneração hepática: o mito de Prometeu revisado. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 9; n. 2, abr-jun, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Característica gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm>. Acessado em 5 de junho 2012.

JANKE, A. E.; MCGRAW, S.; GARCIA-TSAO, G.; FRAENKEL, L. Psychosocial issues in hepatitis C: a qualitative analysis. **Psychosomatics**, v. 46, n. 6, nov-dez, pp. 494-501, 2008.

JUNG, C. G. **Fundamentos de Psicologia Analítica**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 18 v. Obras Completas.

_____. **Presente e Futuro**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 10 v. Obras Completas.

_____. **Psicologia e Religião Ocidental e Oriental**. Obras Completas. Petrópolis: Editora Vozes, 2011a. 11 v.

_____. **A prática da psicoterapia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011b. 16 v. Obras Completas.

KELLER, H. Enfrentamento e Resiliência na Doença Crônica e na Prestação de cuidados à Família. In: WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo: Roca, 2005. cap. 8.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer, 1984.

LIPP, M. E. N. Estresse Emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 28, n. 6, pp. 347-349, 2001.

MARTINS, A. A. **É importante a espiritualidade no mundo da saúde?** São Paulo: Paulus/Centro Universitário São Camilo, 2009. 19 v. Coleção Questões Fundamentais de Saúde.

MARTINS, L. M.; FRANCA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 1 de abril de 2012.

MARTINS, T.; NARCISO-SCHIAVON, J. L.; SCHIAVON, L. de L. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n.1, fev., 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000100024>>. Acessado em 8 de agosto de 2011.

MAZZA, S. R. Na psicologia da mulher. In: MONTEIRO, D. M. R (org.). **Puer-senex: dinâmica relacionais**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MELLO, A. M. **Endometriose: percepção da doença e estratégias de enfrentamento (Coping)**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

MINICI, M.; MINCIS, R. Hepatite C. **Revista Grupo Editorial Moreira Jr.** São Paulo, 2009.

MONTES, D. Vírus da Hepatite C e sua repercussão global. In: FERREIRA, P. R. A. et al (orgs.). **Manual de Conduta na Hepatite C**. São Paulo; Permanyer Brasil Publicações, 2011. 1 cap.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade; Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, v. 1, 2010.

NARCISO-SCHIAVON, J. L.; et al . Gender influence on treatment of chronic hepatitis C genotype 1. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 3, jun., 2010. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000300001>>. Acessado em 24 de março de 2012.

PAIVA, G. J. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI et al. (orgs.). **Psicologia e Espiritualidade**. 2 ed. São Paulo: Paulus, 2008. 2 cap.

PANZINI, G. R. **Escala de Coping religioso-espiritual (Escala CRE): Tradução, Adaptação e Validação da Escala RCOPE, Abordando Relações com Saúde e Qualidade de Vida**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, R. G.; et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700013>>. Acessado em 26 de agosto de 2011.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>>. Acessado em 8 de agosto de 2011.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de Coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia estudos**, Maringá, v. 10, n. 3, dez, 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>>. Acessado em 8 de agosto de 2011.

PARGAMENT, K.I, K, H. G; KOENIGG, H. G.; Perez, L. M. The many methods of religious Coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of clinical Psychology**, v. 56; n. 4, pp. 519-543, 2000.

PARGAMENT, K. I. **The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice**. New York: Guilford Press, 1997.

PARISE, E. R. Diagnóstico, avaliação inicial e seguimento. In: FERREIRA, P. R. A.; et al. (orgs.). **Manual de Conduta na Hepatite C**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2011. 2 cap.

PENNA, E. M. D. **Processamento Simbólico Arquetípico: Uma Proposta de Método de Pesquisa em Psicologia Analítica**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

REDDY, K. R.; et al. Efficacy and safety of pegylated (40-kd) interferon alpha-2a compared with interferon alpha-2a in non cirrhotic patients with chronic hepatitis C. **Hepatology**. [S.l.], v. 33, n. 2, p. 433-438, fev., 2001.

RISSO, G.; YOSHIDA, E. M. P. Validade e precisão do Questionário de Relacionamento Central 6.0 (CRQ 6.0) para adultos com hepatite C crônica. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, ago, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 9 de abril de 2012.

ROCHA, N. S. da; FLECK, M. P. da A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.38, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 1 de abril de 2012.

ROTH, M. C. **Oficina de música com pacientes renais hospitalizados: Uma proposta de trabalho para o psicólogo hospitalar**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). **Revista de psiquiatria clínica** São Paulo, v. 26, n. 2, pp. 57-67, mar.-abr, 1999.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 3, dez. 2006. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000300008>>. Acessado em 4 de agosto de 2012.

SOMMERHARDLER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da Espiritualidade e da Religiosidade na Vida adulta e na Velhice. In: FREITAS, E. V.; et al. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 139 cap.

SOUSA, V. V. de; CRUVINEL, K. P. de S. **Ser portador de hepatite C: sentimentos e expectativas. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n.4, dez., 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400009>. Acessado em 8 de agosto de 2011.

STEPHANIDES, M. **Prometeu, os homens e outros mitos**. São Paulo: Odysseus, 2004.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. (orgs.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. 20 cap.

THIMME, R. et al. Determinants of viral clearance and persistence during acute hepatitis C virus infection. **J. Exp. Med.**, [S.l.], v. 194, n. 10, p. 1395-406, 2001.

VARGAS, S. N. Símbolo e Psicossomática: O corpo simbólico. **Revista Latino-Americana da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica**, v. 20, n. 1, jun., 2002.

VASCONCELOS, R. R. de; et al. Fatores associados às formas evolutivas graves da infecção crônica pelo vírus da hepatite C. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 39, n. 5, out., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822006000500003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 1 de agosto de 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**: Basic Documents. New York: WHO, 1946.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hepatitis C – 2002**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Hepc.pdf>>. Acesso em: 23 de março 2012.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO B - Questionário Geral

ANEXO C - Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE)

ANEXO D - Parecer sobre o Projeto do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

ANEXO E - Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável

ANEXO F - Autorização de Raquel Panzini (por e-mail)

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica

Núcleo: Psicossomática e Psicologia Hospitalar

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

Nome do Participante:.....
 Documento de Identidade N.º:..... Sexo: M () F ()
 Data de Nascimento:...../...../.....
 Endereço:.....N.º.....
 Apto:.....Bairro:.....Cidade:.....
 Cep.:.....Telefone: (.....).....

Título do Protocolo de Pesquisa: ***Coping* (Enfrentamento) Religioso-Espiritual em Pacientes com Hepatite C durante a terapêutica medicamentosa.**

Pesquisadora: Manuela Ribeiro dos Reis

Inscrição Conselho Regional N.º CRP 06/91514

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como título: ***Coping* (Enfrentamento) Religioso-Espiritual em Pacientes com Hepatite C durante a terapêutica medicamentosa.** Esta pesquisa visa avaliar estratégias religiosas e/ou espirituais, empregando o uso da religião, espiritualidade ou fé advindo de crises circunstanciais no decorrer da vida.

Para a coleta de dados será utilizado 02 (dois) instrumentos: Questionário Geral com Dados sócio-demográficos, religioso e de saúde, e a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual. Através do estudo de suas respostas junto com as de outros participantes, poderemos compreender melhor os fenômenos vivenciados pelos Pacientes com Hepatite C durante todo processo de tratamento e enfrentamento da doença. Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de um relatório, como parte dos requisitos para que a pesquisadora obtenha o Título de Mestre em Psicologia Clínica; e para futura publicação. Não haverá, no entanto, a identificação dos participantes, sendo apenas mencionada a instituição onde a pesquisa está sendo realizada.

Esclarecimentos Sobre Garantias do Participante da Pesquisa:

1. Acesso a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Informações de Nome, Endereço e Telefone da Responsável Pelo Acompanhamento da Pesquisa, Para Contato Caso Necessite:

Pesquisadora: Manuela Ribeiro dos Reis
Endereço: Avenida 11 de Junho, 686 – 1º andar
Bairro: Vila Clementino São Paulo
Celular: (11) 9215-8327 E-mail: manucareis@yahoo.com.br

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis, aos participantes, a qualquer momento; bastando para tanto contatar a pesquisadora. Declaro que, após esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante da pesquisa

RG: _____

CPF: _____

Assinatura da pesquisadora

14) Quanto tempo você dedica para atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (tipo Bíblia, Talmud, Alcorão, Evangelho segundo espiritismo, etc) ou outros livros de caráter religioso?

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1() Nunca | 5() Um vez na semana |
| 2() Raramente | 6() Duas a três vezes na semana |
| 3() Uma vez por ano | 7() Uma vez ao dia |
| 4() Uma vez ao mês | 8() Mais de uma vez ao dia |

15) Independentemente de você freqüentar ou não encontros de natureza religiosa, quão importante é a religião para você?

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 1() Não é importante | 3() Relativamente importante | 5() Muito importante |
| 2() Um pouco importante | 4() Importante | |

16) O quanto a religião/espiritualidade tem lhe ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes que você vive/viveu?

- | | | |
|------------------------|--------------------------------|------------------------|
| 1() Não tem ajudado | 3() Tem ajudado mais ou menos | 5() Tem ajudado muito |
| 2() Tem ajudado pouco | 4() Tem ajudado | |

Pense em si mesmo, no modo como você tem se modificado em função do(s) evento(s) estressante(s) que você viveu e responda qual seu grau de concordância com as seguintes frases:

17) Eu tenho crescido espiritualmente.

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1() Não tenho crescido | 3() Tenho crescido mais ou menos |
| 2() Tenho crescido um pouco | 4() Tenho crescido |
| | 5() Tenho crescido muito |

18) Eu tenho crescido junto a Deus.

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1() Não tenho crescido | 3() Tenho crescido mais ou menos |
| 2() Tenho crescido um pouco | 4() Tenho crescido |
| | 5() Tenho crescido muito |

19) Eu tenho crescido junto a minha instituição religiosa (minha igreja, templo, centro, terreiro, sinagoga, mesquita, entre outras).

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1() Não tenho crescido | 3() Tenho crescido mais ou menos |
| 2() Tenho crescido um pouco | 4() Tenho crescido |
| | 5() Tenho crescido muito |

Considerando seu corpo e sua mente, responda as perguntas abaixo:

20) Como você avalia a sua saúde? (Descreva ou explique com suas palavras)

21) Como você classificaria sua saúde?

- | | | |
|-----------------|------------------------|----------------|
| 1() Muito ruim | 3() Nem ruim, nem boa | 5() Muito boa |
| 2() Fraca | 4() Boa | |

22) Você se considera...

- | | |
|---------------|-------------|
| 1() Saudável | 2() Doente |
|---------------|-------------|

23) Você tem algum problema de saúde?

- | | |
|----------|-----------|
| 1() Não | 2() Sim, |
|----------|-----------|

tenho _____

ANEXO C - Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE)

Escala CRE – Escala de *Coping* Religioso-Espiritual

PANZINI E BANDEIRA (2005) - VERSÃO BRASILEIRA DA RCOPE SCALE (PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000)
DESENVOLVIDA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO



Nº

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Rezei por um milagre

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Procurei a misericórdia de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

50. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

51. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

56. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

57. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

67. Procurei auxílio através da meditação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Montei um local de oração em minha casa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Procurei conversar com meu eu superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Voltei-me para a espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO D - Parecer sobre o Projeto do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 334/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Ceres Alves de Araújo
Autor(a): Manuela Ribeiro dos Reis

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Enfrentamento religioso-espiritual em pacientes com Hepatite C durante a terapêutica medicamentosa*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

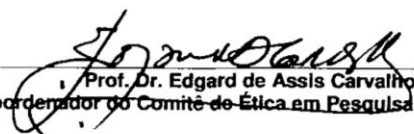
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 21/11/2011, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 334/2011.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 21 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

ANEXO E - Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Comitê de Ética em Pesquisa
Sede Campus Monte Alegre

São Paulo, 5 de setembro de 2011.

Termo de Compromisso do (a) (os) (as) Pesquisador (a) (es)(as) Responsável(is)

Título da Pesquisa: Coping (Enfrentamento) Religioso-Espiritual em Pacientes com Hepatite C durante a terapêutica medicamentosa.

Os (as) pesquisadores (as), abaixo assinados (as), se comprometem a:

- Respeitar e cumprir a Teoria Principlista que visa salvaguardar a **autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, privacidade e confidencialidade** (Res. 196/96 CONEP/CNS/MS);
- Não violar as normas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Comunicar ao sujeito da pesquisa todas as informações necessárias para um adequado “consentimento livre e esclarecido” e solicitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apenas, quando o sujeito da pesquisa tenha conhecimento adequado dos fatos e das consequências de sua participação, e tenha tido oportunidade de considerar livremente se quer participar da pesquisa ou não;
- Obter de cada sujeito de pesquisa um documento assinado ou com impressão datiloscópica como evidência do consentimento livre e esclarecido;
- Renovar o consentimento livre e esclarecido de cada sujeito se houver alterações nas condições ou procedimentos da pesquisa, informado procedimento ao CEP;
- Manter absoluto e total sigilo e confidencialidade em relação à identificação do sujeito da pesquisa e dados constantes em prontuários ou bancos de dados;
- Respeitar o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e derivados;
- Não Prejudicar o meio ambiente em sua totalidade (fauna e flora);

- Cumprir na integralidade todas as resoluções do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS, bem como todos os diplomas legais referentes ao tema da ética em pesquisa, dos quais declaramos ter pleno conhecimento.
- Desta forma, nós pesquisadores (as) abaixo subscritos, nos comprometemos, em caráter irrevogável e irretratável, por prazo indeterminado, a cumprir toda legislação vigente, bem como as disposições deste **Termo de Compromisso**.
-

Nome do (a) Orientador (a):

Assinatura do (a) Orientador (a):

CPF N°:

RG:

Nome do (a) Autor (a):

Assinatura do (a) Autor (a):

CPF N°:

RG:

Rua Ministro Godói, 969 – sala 63-C (andar Térreo do E. R. B. M.) – Perdizes – São Paulo/SP
CEP 05015-001 Fone (Fax): (11) 3670-8466 – e-mail: cometica@pucsp.br

ANEXO F - Autorização de Raquel Panzini (por e-mail)

Autorização de Raquel Panzini (por e-mail)

Olá Manuela,

Tenho sempre autorizado a utilização da Escala de Coping Religioso-Espiritual para pesquisas, mediante posterior envio do banco de dados (Escala CRE + dados demográficos da amostra) visando uma futura normatização brasileira da escala.

Então, estás autorizada a utilizá-la e aguardarei notícias ao final de seu trabalho. Bom, boa dissertação!

Att,

Raquel Gehrke Panzini

Psicóloga, Especialista em Saúde

Monitoramento & Avaliação-PROESF

Departamento de Ações em Saúde/SES/RS

Fone: (51) 3288-5923 OU 5907