



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EMANUELLE MORAIS DOS SANTOS

**CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
GESTANTES E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/
ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS**

CUITÉ- PB

2016

EMANUELLE MORAIS DOS SANTOS

CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES
E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ ESPIRITUALIDADE FACE
À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande – *Campus*
Cuité, como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de
Andrade.

CUITÉ- PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S237c Santos, Emanuelle Moraes dos.

Concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião / espiritualidade face à epidemia do zika vírus. / Emanuelle Moraes dos Santos. – Cuité: CES, 2016.

77 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Zika vírus. 2. Microcefalia. 3. Religião/espiritualidade. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-036.22

EMANUELLE MORAIS DOS SANTOS

CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES
E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ ESPIRITUALIDADE FACE
À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

Projeto de monografia apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADA EM __/__/2016.

MEMBROS EXAMIDADORES

Prof^a Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Orientadora- UFCG/CES/UAENFE

Prof^a Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira
Membro interno- UFCG/CES/UAENFE

Enfermeira Janaína de Medeiros Lima Almeida
Membro externo- Secretaria Municipal de Picuí-PB

CUITÉ – PB

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente **à Deus** por ter me guiado todos esses anos de graduação, por tantas vezes pensei em desistir devido a caminhada estar pesada demais, mas tu ó Deus da vida me levantaste com tuas mãos e me fizeste um vaso novo a cada dia, só em ti deposito toda minha vida seja ela pessoal, profissional ou espiritual, confio em vós meu Deus. Agradeço por ter sido meu refúgio, meu consolo, por ter me respondido tantas vezes no silêncio, só tu sabes da capacidade de cada ser e agradeço todos os dias pelo dom da vida, pela sabedoria e também pelos erros. E agradeço infinitamente por ter me guiado durante esse trabalho final, pois nada disso seria possível sem a tua mão senhor.

Agradeço **à Maria santíssima** virgem e mãe, por me ensinar a agir com leveza e serenidade perante as dificuldades desses cinco anos de lutas, por tantos choros que foram consolados em teu colo ó mãe, padroeira dos aflitos, obrigada por se fazer presente todos os dias da minha vida.

Á minha mãe **Vitória**, por ter sido meu exemplo de vida como mulher, guerreira, mãe, por ter deixado de viver sua juventude, ter começado a trabalhar logo cedo, não podendo exercer seu papel de mãe, devido a tantos sofrimentos no primeiro casamento, tornou-se pãe (pai e mãe), trabalhando em um, dois, três empregos para poder trazer um salário digno para casa. Foi sua força de vontade mãe e seu amor para com os pacientes que me fez repensar em o que eu queria ser quando crescer, qual seria meu futuro, implicitamente eu queria saber o motivo de só ver minha mãe no máximo três vezes na semana. Hoje eu entendo e sou completamente feliz por isso e quero seguir teus passos, minha vitória também será a sua, seu esforço não foi em vão.

Á minha vó **Rosilda**, que abdicou de seu papel de vó e me acolheu como filha com apenas 19 dias de vida e desde então tem me dado bons conselhos, carinho, atenção, amor de mãe, amor de vó. Agradeço por todas as noites que passou ao meu lado dormindo em uma cadeira, só para eu não ficar sozinha (risos), agradeço por ter me ajudado a escolher o curso da minha vida, por ter me dado os puxões de orelha quando necessário, pois tudo isso foi fundamental para meu crescimento pessoal.

Ao meu avô **Jurandir** que é minha fortaleza, minha figura paterna, que me ensinou a maneira de viver a vida na simplicidade, homem de muita fé, sempre me ajudou e me apoiou em minhas escolhas.

A minha **família** (Irmão: Ian, Tio: Jales, Tias: Hamana e Ramênia, Primos: Ana Clara, Kayan e Davi), por terem me apoiado na minha caminhada e por sempre estarem comigo me fortalecendo.

A minha família espiritual **EJC**, vocês são peças fundamentais em minha vida, em cada um vejo a face de Cristo, através de vocês pude fortalecer minha fé, vocês são inesquecíveis.

Ao meu noivo **Max**, pela paciência que teve comigo todos esses anos, por sempre ter me apoiado em minhas decisões e ter me dito que por mais que fossem difíceis as situações eu iria superar porque você estaria comigo, muito obrigada. Te amo.

Aos meus tios “postiços” **Italo e Sueny**, que me deram abrigo sempre que precisei em Cuité.

Aos meus cachorros (**Floppy, Baruck e Nick**), por terem me proporcionado momentos de alegria, quando me encontrava cansada e triste da labuta diária e por terem ficado todas as noites ao meu lado.

As minhas amigas **Kamyla, Hellen, Kaline, Neri e Karina**, por terem sido minhas fiéis escudeiras nesses cinco anos de estrada, foram tantas as aventuras, choros, desesperos com as provas e seminários, mas também tantos momentos lindos e únicos que jamais esquecerei, levarei a amizade de vocês comigo para sempre.

À turma, **Enfermagem 2011.2**, agradeço por fazerem parte da construção desse sonho, em mim vocês deixarão as saudades dos bons momentos que vivemos nesses 5 anos e 3 meses, levarei o rostinho de cada um comigo para sempre, a saudade vai ser grande mais sei que um dia nos encontraremos novamente.

Agradeço aos meus amigos de Campina Grande em especial **Leíza e Heliara**, por terem sido tão atenciosas comigo. Obrigada.

À **equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde- V (Centro de saúde)** de Picuí, que me acolheram como parte integrante da equipe durante o estágio supervisionado I, onde agradeço por todos os conhecimentos repassados, pelo carinho recebido, por cada educação de saúde realizada, levarei vocês para sempre comigo.

Aos **funcionários que compõem o HUAC- Campina Grande**, fui muito bem acolhida por todos e levarei as experiências desse período para sempre em minha vida.

À galera do “**busão do irmão**”, especialmente a **Nilton** (motorista/ irmão), por ter me levado todos os dias a Cuité com responsabilidade e com o carisma de sempre. Neste grupo estão inclusos meus amigos de jornada **Nara, Valeska, Giancarlo, Evanderson e Klébia** obrigada por terem me proporcionado tantas alegrias, caronas e aventuras que jamais esquecerei.

Agradeço a **Pai**, por me receber tão bem em sua lanchonete, todos os dias.

À minha querida, flor de Orientadora, **Professora Luciana Dantas**, a quem sou eternamente grata por ter me acolhido como sua orientanda, muito obrigada por todos os ensinamentos e

pelas oportunidades que a senhora me deu, agradeço a Deus todos os dias por ter colocado uma alma tão nobre quanto a sua. OBRIGADA pelos conselhos e pela paciência nesses anos que trabalhamos juntas. Saiba que a senhora é um exemplo para mim de plenitude, sabedoria e simplicidade, tenho uma admiração enorme pela pessoa, professora e enfermeira excelente e humana que a senhora é.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade em participar da banca e por todas as contribuições pertinentes para o aperfeiçoamento do trabalho.

À secretaria de Saúde de Picuí- PB, por permitir o desenvolvimento da pesquisa com sua população abrangente.

Aos funcionários do Centro de Educação e Saúde – Campus Cuité/PB, pela educação e atendimento quando nos foi necessário.

*“Tudo foi criado por meio dele
E para ele. Ele existe antes de todas
às coisas e tudo nele subsiste”*

(Colossenses 1,17)

RESUMO

SANTOS, E. M. **CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS** Cuité, 2016. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Enfermagem. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Cuité- PB, 2016.

A religião vem sendo objeto de estudo para os seres humanos na busca da concretização de sua essência na humanidade, embora sendo intangível, é na religião que o indivíduo, muitas vezes, procura solucionar os problemas da vida. Os fiéis aproximam-se do líder religioso, na busca de orientações que vão desde orientações espirituais às orientações que perpassam aspectos do processo saúde-doença, a exemplo, citam-se as gestantes que foram acometidas pelo vírus do Zika e que seus filhos têm maior probabilidade de terem microcefalia, distúrbios neurológicos, mal formações, aborto espontâneo e baixo peso ao nascer, atingindo também as puérperas que, ao parirem descobriram que seus filhos nasceram e, após avaliação criteriosa, foram diagnosticados com microcefalia e que será uma criança especial, com um cuidado diferenciado. Neste ínterim, a influência da religião vem trabalhando a espiritualidade e a mesma pode ser utilizada como uma alternativa complementar, de forma negativa ou positiva no aconselhamento da gestação ou no tratamento dos bebês que nasceram com diagnóstico de microcefalia. Os cuidados biomédicos e espirituais devem acontecer simultaneamente durante a assistência à gestante, puérpera e ao recém-nascido e é importante enfatizar que o tratamento não poderá ser baseado somente na fé. Este trabalho tem o objetivo de analisar os limites e possibilidades da concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus. Trata-se de um estudo exploratório- descritivo de natureza predominantemente qualitativa, baseado metodologicamente no materialismo histórico e dialético. A pesquisa foi realizada com líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas, nas unidades básicas de saúde no município de Picuí, na Paraíba, o qual atendeu o público escolhido para pesquisa, totalizando 19 colaboradores que participaram das entrevistas através de um roteiro semiestruturado. A discussão se deu por meio de onze (11) categorias empíricas e três (03) categorias analíticas, possibilitando o aprofundamento do tema e apontando que a maioria das falas convergem para o discurso de que a religião/espiritualidade vem influenciar positivamente na prevenção desta doença, além de auxiliar no tratamento, neste ínterim os saberes científicos e empíricos integralizam-se, para uma assistência à saúde qualificada. Pode-se compreender que a realização deste estudo viabilizou a compreensão de que a religião e a espiritualidade nos dias atuais cada vez mais estão sendo procurada pelos fiéis, a fim de se obter um apoio espiritual para auxílio e enfrentamento das situações adversas do cotidiano. Foi observado também que os líderes religiosos podem atuar diretamente com a equipe de saúde na prevenção das doenças e que algumas informações sobre o Zika vírus como o diagnóstico e o tratamento ainda caminham lentamente.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Liderança. Zika vírus. Microcefalia.

ABSTRACT

SANTOS, E. M. **DESIGN RELIGIOUS LEADERS, HEALTH PROFESSIONALS, PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN ABOUT THE INFLUENCE OF RELIGION / SPIRITUALITY IN THE FACE OF EPIDEMIC OF VIRUSES ZIKA** Cuité, 2016. 77 f. Work Completion of course (Bachelor of Nursing). Academic Unit of Nursing. Education and Health Center. Federal University of Campina Grande. Cuité- PB, 2016.

Religion has been the object of study for human beings in the pursuit of achieving its essence in humanity, while being intangible, in religion the individual often seeks to solve the problems of life. The faithful approach the religious leader, seeking guidance ranging from spiritual guidance to the guidelines that underlie aspects of the health-disease, eg, pregnant women are mentioned who were affected by the virus Zika and their children are more likely to have microcephaly, neurological disorders, malformations, miscarriage and low birth weight, also reaching the mothers that, to give birth found that their children were born, and after careful evaluation, were diagnosed with microcephaly and it will be a special child with a differentiated care. Meanwhile, the influence of religion has been working spirituality and it can be used as a complementary alternative, negatively or positively in the pregnancy counseling or treatment of babies born with a diagnosis of microcephaly. Biomedical and spiritual care must happen simultaneously during prenatal care, postpartum and newborn care and it is important to emphasize that the treatment may not be based only on faith. This work aims to analyze the limits and possibilities of the concept of religious leaders, health professionals, pregnant and postpartum women about the influence of religion / spirituality address the epidemic of Zika virus. This is a descriptive exploratory-study a predominantly qualitative nature, methodologically based on historical and dialectical materialism. The survey was conducted with religious leaders, health professionals, pregnant and postpartum women, in basic health units in the city of Picuí, Paraíba, which met the public chosen for research, totaling 19 employees who participated in the interviews through a semi-structured . The discussion was through eleven (11) empirical categories and three (03) analytical categories, allowing the issue of deepening and pointing out that most lines converge to the speech that religion / spirituality has a positive influence in the prevention of this disease as well as aid in the treatment, in the interim scientific and empirical knowledge is integralizam-to assistance for qualified health. One can understand that this study allowed the understanding that religion and spirituality today, is increasingly being sought by the faithful in order to obtain a spiritual support for aid and coping with adverse life situations. It was also observed that religious leaders can work directly with the health staff in disease prevention and some information about the Zika virus as the diagnosis and treatment still go slowly.

Keywords: Religion. Spirituality. Leadership. Zika virus. Microcephaly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas dos entrevistados (Líderes religiosos, profissionais de saúde gestantes e puérperas) do município de Picuí, PB, 2016.....	39
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Apresentação das categorias analíticas e categorias empíricas.....	41
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

ESF- Estratégia de saúde da família

G- Gestante

IGG- Imunoglobulina G

IGM- Imunoglobulina M

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LACEN- Laboratório central de saúde

L- Líder religioso

MDH- Materialismo Histórico e Dialético

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB- Paraíba

PS- Profissional de saúde

P- Puérpera

RN- recém- nascido

RT-PCR- Cadeia de polimerase via transcriptase reversa

STORCH- Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG- Universidade Federal de Campina Grande

UBS- Unidade básica de saúde

USG- Ultrassonografia

ZIKV- Zika Vírus

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	15
1.1 Contextualização do problema e justificativa.....	15
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivo geral	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 História e conceito da religião/ espiritualidade	20
2.2 Profissionais de saúde.....	22
2.3 Líderes religiosos.....	24
2.4 Gestação, Puerpério e Espiritualidade	25
2.5 Epidemia Zika Vírus (Das transformações históricas à epidemia mundial)	28
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	30
3.1 Considerações metodológicas.....	30
3.2 Cenário da pesquisa.....	32
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	33
3.4 Instrumento para coleta de dados	35
3.5 Procedimento para coleta de dados	36
3.6 Produção do material empírico.....	37
3.7 Análise do material empírico.....	37
3.8 Aspectos éticos da pesquisa.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 Apresentação dos resultados e discussão	39
4.2 Categorias analíticas e Categorias empíricas.....	41
4.3 Categoria analítica I: Limitações no que concerne à influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus.....	41
4.3.1 CATEGORIA EMPÍRICA I: Iniciação da prática espiritual	42
4.3.2 CATEGORIA EMPÍRICA II: Reconhecimento pela prática: Sentimento de gratidão e sofrimento.....	43
4.3.3 CATEGORIA EMPÍRICA III: Teocentrismo.....	43
4.3.4 CATEGORIA EMPÍRICA IV: Integralização dos saberes científicos x saberes empíricos	45

4.4 CONTRADIÇÕES ENVOLVENDO O ATENDIMENTO ALOPÁTICO E ESPIRITUAL FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS.....	47
4.4.1 CATEGORIA V: Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação aos casos de Zika vírus	47
4.4.2 CATEGORIA EMPÍRICA VI: Presença de um líder religioso na UBS.....	49
4.4.3 CATEGORIA EMPÍRICA VII: Falta de informações específicas para a doença	49
4.5 DIFICULDADES DE ACEITAÇÃO, ENTENDIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS CONSEQUÊNCIAS DA EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS POR PARTE DE GESTANTES E PUÉRPERAS	51
4.5.1 CATEGORIA EMPÍRICA VIII: <i>Fortalecimento da fé através da oração</i>	51
4.5.2 CATEGORIA EMPÍRICA IX: <i>Apoio religioso e familiar</i>	52
4.5.3 CATEGORIA EMPÍRICA X: <i>Dificuldades nos resultados dos exames</i>	54
4.5.4 CATEGORIA EMPÍRICA XI: <i>Participação nas consultas de pré-natal</i>	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
APÊNDICE B –ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS LÍDERES RELIGIOSOS	67
APÊNDICE C –ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	68
APÊNDICE D –ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA AS PESSOAS DA COMUNIDADE	69
ANEXO A –TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	71
ANEXO B –TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	73
ANEXO C –TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	74
ANEXO D –CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM	75
ANEXO E –DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	76
ANEXO F –DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	77

1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

1.1. Contextualização do problema e justificativa

Nas pessoas a religião e espiritualidade influenciam diretamente na forma de como constroem a narrativa de suas vidas, que inclui estratégias para ultrapassar o adoecimento do próprio indivíduo ou de um familiar (SOUZA, 2009; GUERRERO et al, 2011; COUTINHO, 2012).

É na religião que há a vivência da espiritualidade sempre que precisamos de um conforto, uma resposta para os anseios cotidianos, busca de si mesmo e fortalecimento interior. A influência da religião poderá tornar-se negativa quando a paciente abandona o tratamento e busca passar pela barreira da doença, baseando-se apenas na fé, de que o bebê nascerá saudável, sem nenhuma complicação (MOREIRA, 2006).

Para Boff (2006), a espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração do novo, de esperança, de geração de um sentido pleno e de capacidade de auto transcendência do ser-humano.

Espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, não com dogmas, não com ritos, não com celebrações. A espiritualidade alimenta um sentido profundo de valores pelos quais vale sacrificar tempo, energia, e às vezes a própria vida: “Toda pessoa escuta uma voz, uma mensagem que vem do universo, da natureza circundante, da vida que leva com os outros na família ou no trabalho” (BOFF, 2006, p. 51).

Nos dias atuais, quando alguém diz ser espiritual ou espiritualizado, é uma forma de colocar uma distância entre sua experiência e a religião, ao mesmo tempo ligando-se a algo tido como bom. Essa distinção acontece porque a religião, principalmente nos países ocidentais, passou a ser vista como moralista e conservadora. Utilizar o termo espiritualidade dessa forma é então um modo de diferenciar-se do que é visto como negativo na religião (KING & KOENIG, 2009).

Durante a gestação a mulher encontra-se emocionalmente vulnerável e instável, por isso a importância de que ela seja acompanhada por uma equipe multiprofissional, fortalecendo a gregária através do apoio familiar e religioso (PICCININI et al, 2008).

Ademais, o surgimento de novas epidemias, entre elas, o Zika vírus, transmitido pela picada do mosquito infectado *Aedes aegypti*, tem causado preocupação às autoridades sanitárias, gestores dos serviços de saúde, profissionais da área, pesquisadores e comunidade, pois ainda não existe um tratamento específico para as possíveis complicações que essa patologia pode causar (RODRIGUES, 2015).

Dentre as complicações causadas pela infecção do Zika vírus destacam-se: a microcefalia e o baixo peso ao nascer. Essa epidemia tem deixado às mulheres que pretendem engravidar em estado de alerta, pois a doença pode acometer em qualquer período da gestação, influenciando também na decisão de ter ou não um filho (a), pois todo casal tem a expectativa que seu filho (a) esteja saudável com plenas condições de crescer e tornar-se independente (RODRIGUES, 2015).

Essa pesquisa surgiu de uma inquietação tanto da orientadora quanto da orientanda, no tocante à religião e espiritualidade frente à epidemia do Zika vírus após a participação em uma palestra sobre a Influência dos líderes religiosos no processo saúde-doença, explanada por um dos discentes do GEPISE (Grupo de Estudo e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem), motivou o desejo de conhecer as interfaces da influência da religião e espiritualidade sobre as gestantes e puérperas face à epidemia do Zika vírus.

Justifica-se a sua realização face à constatação de que existem experiências exitosas no que se refere à influência da religião e espiritualidade sobre as gestantes e puérperas face à epidemia do Zika vírus refletindo, principalmente, no estado emocional da gestante e puérpera.

Este estudo fundamenta-se metodologicamente no Materialismo Histórico Dialético que propõe que a essência dos fenômenos empíricos estejam intrínsecos no cotidiano dos sujeitos, desta maneira, é necessário levantar reflexões sobre os comportamentos da humanidade, visto que a essência do fenômeno não está explícita em sua *pseudoconcreticidade*, ou seja, na concentricidade aparente, mas no desvelamento de suas mediações e de suas contradições internas fundamentais (MANDÚ et al. 2011).

O fato do mesmo foi realizado no município de Picuí- PB em Unidades Básicas de Saúde (UBS) refletindo a assistência prestada à gestante no contexto da atenção primária,

mantendo a continuidade dos cuidados assistenciais no puerpério, onde receberá todos os aspectos preventivos e possível encaminhamento às especialidades, quando necessário.

Em conformidade a essa realidade vimos que a religião e espiritualidade podem influenciar diretamente as decisões dessa gestante e puérpera promovendo discussões frutuosas para futuras pesquisas multicêntricas que subsidiem líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes, puérperas, docentes e discentes no tocante ao aprofundamento teórico, em nível de graduação, trazendo uma maior abrangência desta influência na antropologia da saúde e enfermagem obstétrica, o que suscita a reflexão da presença da religião como uma associação na forma de tratamento.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Conhecer a concepção dos profissionais de saúde, dos líderes religiosos, gestantes e puérperas acerca da influência da religião e espiritualidade face à epidemia do Zika vírus.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio demográfico dos líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas.
- Descrever as transformações históricas e políticas da influência religiosa face às epidemias.
- Desvendar as contradições existentes entre a religião e a concepção de gestantes e puérperas no contexto da epidemia do Zika vírus;
- Observar as relações estabelecidas de cuidado entre os líderes religiosos e profissionais de saúde, para com as gestantes e puérperas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História e conceito da religião/ espiritualidade

A religião é objeto de estudo para os seres humanos, sendo estudada por filósofos, sociólogos e antropólogos, na busca para concretizar sua essência na humanidade, levando em consideração que, apesar de ser invisível e abstrata, é na religião que o indivíduo, muitas vezes, procura solucionar os problemas da vida. Quando associado ao processo patológico, os enfermos normalmente procuram a religião buscando aliviar a dor que a doença proporciona para suas vidas (SOUZA, 2009; GUERRERO et al, 2011; COUTINHO, 2012).

A religião e a espiritualidade do ponto de vista clínico e epidemiológico gera um impacto sobre a saúde física e psíquica de uma pessoa, família ou comunidade.

Ao voltarmos no tempo, podemos descrever que surgiu dois grandes marcos que assinalaram uma viragem na História da Humanidade e que estão relacionados com a espiritualidade e a religiosidade do ser humano (ALPORT G., 1967).

Segundo Eliade (1978), “o primeiro marco deu-se no período pré – histórico quando o ser humano se ergueu nas duas pernas (*Homo erectus*), adotando a postura ereta, passou a relacionar-se significativamente com o mundo: o espaço passou a estar organizado em torno de um centro; o corpo; que lhe permitiu distanciar-se em relação aos que o rodeava, observando o que estava à sua frente, atrás, à direita e à esquerda, em cima e embaixo”. O homem começou a produzir ferramentas (*Homo habilis*), tornando assim o mundo mais humano (ARENDRT, 1995).

Logo após veio a descoberta do fogo, a sobrevivência do ser humano e a aproximação dele com um ser superior (*Homo religiosus*). O segundo marco se dá no primeiro milênio a.c. com o surgimento de uma nova matriz civilizacional, entre os anos 800-200 a.c. designado de “tempo-axial” (ARENDRT, 1995). Na China com Confúcio e Lao-Tse, no Irã com Zaratustra, na Grécia com vários filósofos a exemplo de Sócrates, na Índia inicialmente com a tradição Védica e depois com Buda, na Palestina primeiramente com os profetas e depois com Jesus Cristo, acentua-se um marco na História da humanidade que vai do cosmológico para o antropológico; do *mythos* ao *logos*.

Surgem, neste tempo do eixo, dois novos paradigmas: o da Transcendência como razão ou *logos* (presente no pensamento filosófico grego), que se manifesta como *Sophia* ou *Sapientia* (associada à Contemplação, considerada a forma mais elevada do conhecimento); e o da *Revelação* ou *Fé* do Povo de Israel (que se encontra na palavra Bíblica, que é a palavra de Salvação). Trata-se, em suma, de duas formas de conhecimento da Transcendência, uma, a razão, proveniente da filosofia grega e outra, a revelação, oriunda da tradição judaico-cristã, cuja estrutura é teocêntrica, ou seja, Deus é o centro do universo (ALPORT G., 1967).

Durante a idade média a religião adquiriu um contexto filosófico e teológico muito forte, o então chamado discurso filosófico teológico cristão que influenciou a cultura ocidental e a concepção da espiritualidade até os dias atuais (VAZ, 2002). A filosofia passa a ser conduzida em função da teologia e a verdade racional subordina-se à verdade revelada. Santo Agostinho (2001) distingue duas formas de conhecimento: uma mutável e outra temporal: Mutável é a que ocorre através dos sentidos (estes apreendem os objetos exteriores); Imutável é verdadeira e que ocorre através da iluminação divina (neste caso, é o conhecimento alcançado através da alma). Se o conhecimento é imutável então nos engrandece, nos anima e nos renova, pois esse conhecimento vem do próprio Deus.

Na idade média a igreja tornou-se disseminadora de ideologias, a então chamada “idade das trevas”, onde a repressão das ideias acontecia de forma constante, alguns pensadores apresentavam novas teses, porém eram contrárias tanto à teologia como a ideologia oficial.

O conceito de religião foi modificando-se ao longo dos tempos, para os primeiros cristãos romanos a religião era a fuga da realidade, como afirma Marx (1972), a “religião é o ópio do povo”. O próprio termo “religião” originou-se da palavra latina *religio* ou *religare* cujo sentido primeiro indicava um conjunto de regras, observâncias, advertências e interdições, sem fazer referência a divindades, rituais, mitos ou quaisquer outros tipos de manifestação que, contemporaneamente, entendemos como religiosas. Assim, o conceito “religião” foi construído histórica e culturalmente no Ocidente adquirindo um sentido ligado à tradição cristã. A definição mais aceita pelos estudiosos, para efeitos de organização e análise, tem sido a seguinte: “religião é um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre humanos dentro de universos históricos e culturais específicos” (SILVA, 1999, p. 557-564).

Segundo Koenig et al.,(2001), espiritualidade é uma busca pessoal pela compreensão das questões acerca da vida, do seu significado e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos e formação de comunidades. Hufford (2007) “[...] define espiritualidade como o “domínio do espírito”, ou seja, a dimensão não material extrafísica da existência que pode ser expressa por Deus ou deuses, almas, anjos e demônios, algo invisível ou intangível, a essência da pessoa humana.

Para Koenig (2001), a espiritualidade estaria mais relacionada ao cuidado com o paciente do que a religiosidade.

A religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo (KOENING, 2001). Segundo Allport (1967), a religiosidade pode ser intrínseca ou extrínseca, torna-se intrínseca quando as pessoas tem a religião como seu bem maior (fanatismo), na outra vertente, na religiosidade extrínseca a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, proporcionando segurança, consolo, conforto, sociabilidade, status, distração e autoabsolvição dos pecados.

Por vezes, as pessoas praticam o “*Coping*”, que em outras palavras significa um conjunto de estratégias utilizadas por uma pessoa para adaptar-se as situações de estresse e outras circunstâncias da vida como exemplo: perdas, decepções, alcance dos objetivos (ALLPORT,1967).

Embora tenham ocorrido mudanças, com a religião e a espiritualidade no mundo em que vivemos, ainda assim essas duas vertentes conseguem influenciar o comportamento humano não só o individual, mas também no coletivo.

2.2 Profissionais de saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País e, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial para aprofundar os princípios e diretrizes que são

fundamentos da atenção básica, assim como a ampliação, resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade (BRASIL, 2012).

O SUS foi implantado em 1988, e regulamentado pelas leis orgânicas da saúde: nº. 8.080 e nº 8.142, em 1990, as quais alteraram a situação de desigualdade observada na assistência à saúde da população brasileira (MENDES, 2002). Essas leis estabeleceram as diretrizes do sistema de saúde: universalidade de acesso, integralidade de assistência e equidade (SILVA, 2009).

Passando por algumas dificuldades de implantação no início e buscando colocar em prática as diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde implantou em 1994 o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado “Estratégia Saúde da Família” (MENDES, 2002).

A atenção básica conta com o apoio de uma equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados nesta composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Na ESF, o profissional médico deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social e se integrar ao ambiente local, de forma a ofertar cuidados modelados às necessidades da comunidade (BRASIL, 2012).

Sendo considerado o ator responsável em procedimentos como consultas regulares, prescrições de medicamentos e encaminhamentos para outros níveis de atenção, além de realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstétrica, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminha, quando necessário, a serviços de média e alta complexidade; contribui nas práticas de educação permanente em conjunto com a equipe (RODRIGUES et al. 2011).

O enfermeiro desempenha um importante papel na ESF, resgatando o vínculo de atenção enfermeiro/família na busca por contribuir para melhoria da qualidade de saúde e de vida do indivíduo no ambiente familiar. No tocante às suas atribuições, o enfermeiro deve

executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e à terceira idade (RODRIGUES et al. 2011).

Atua como instrutor/supervisor dos agentes comunitários de saúde; no gerenciamento do pessoal de enfermagem e da unidade de saúde, além de participar do conselho de saúde do município. Ao enfermeiro da ESF cabe a gerência da assistência de enfermagem, devendo o enfermeiro ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades. Além disso, a assistência de enfermagem prestada às famílias deve ser coerente com as condições socioeconômicas, culturais e ambientais da família e comunidade (FIRMINO et al. 2016).

O técnico de enfermagem auxilia o enfermeiro participando das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e/ou no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações etc.). Realiza ações de educação em saúde à população, conforme planejamento da equipe; participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; contribui, participa e realiza atividades de educação permanente (BRASIL, 2012).

O agente comunitário de saúde (ACS) atua tanto na promoção da saúde como na prevenção de doenças. O ACS realiza ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, onde atua nas visitas domiciliares mantendo um vínculo entre comunidade e profissionais de saúde, trabalham no desenvolvimento de habilidades individuais para o autocuidado e mobilização comunitária; na prevenção de doenças de forma ampla em ações individuais e/ou coletivas, principalmente com grupos de risco, previne a comunidade no controle de doenças infecciosas, virais e parasitárias como exemplo a Dengue, Zika e Chikungunya, verminoses, entre outras, realiza o acompanhamento das famílias cadastradas no programa bolsa família. (ARAÚJO apud ASSUNÇÃO, 2014).

2.3 Líderes religiosos

Na sociedade em que vivemos seja no âmbito religioso ou da saúde é imprescindível a existência de um líder, onde este deverá estar atento, supervisionando as atividades de cada sujeito, vinculando os interesses de todos, cumprindo as metas estabelecidas e acatando democraticamente as sugestões do grupo e sempre orientando as ações de uma equipe

continuadamente, ou seja, o bom funcionamento de um setor vai depender da atuação do seu chefe (ALBUQUERQUE; COSTA; SALAZAR, 2012; SANTOS et al, 2013).

Para se tornar um líder religioso é preciso que se tenha carisma, que a relação com sua comunidade seja a mais fraterna possível, que se conheça a comunidade na qual está inserido, pois o carisma revela componentes de estética temporal, psicológica e política da liderança religiosa, permitindo sair do encapsulamento espiritual com que emerge, frequentemente, na literatura da antropologia da religião. Deste modo, a liderança religiosa é formada em conjunto com o estético, o político e o econômico (BLANES, 2014).

Segundo os dados do Censo de 2010, 64,6% dos indivíduos são católicos, 22,2% são evangélicos, 1,3% são espíritas, 1,8% estão vinculados a outras religiões e 7,4% não têm religião (BLANES, 2014).

O líder religioso é um canal, que mantém o vínculo entre o indivíduo indo ao encontro com o ser transcendente, há o fortalecimento da fé em Deus e esperança para se viver dias melhores, sendo assim, o líder aproxima as relações entre as pessoas e o ser superior, ou seja, interfere na essência do homem, visto que, a partir da fé que se tem, através de crenças de cada ser, será influenciado pelo líder a comunicar-se com Deus. Contudo, as ações que o líder desenvolve junto aos fiéis para que ocorra essa aproximação do sujeito com Deus são através das orações, evangelizações, vigílias, orientações, capacitações, louvores, grupos de oração entre outros; dependendo de cada organização religiosa essas ações levarão o indivíduo a fortalecer sua fé (SOUZA, 2009; MENEZES, 2012; BLANES, 2014).

2.4 Gestação, Puerpério e Espiritualidade

Ao se falar de gestação, podemos fazer uma viagem ao passado onde antes as mulheres pariam em casa, com o auxílio de parteiras; neste ambiente eram utilizados rituais e instrumentos domésticos (como tesouras, facas e demais utensílios), com a introdução da medicalização do parto, valores que antes eram repassados de geração em geração, foram se

perdendo, algo que era tido como sagrado e natural foi sofrendo transformações e abrindo espaços para o saber técnico e científico (SOUZA, 2005).

O desejo da mulher de engravidar vem intrínseco desde muito antes da fecundação, desde o momento em que a partir das primeiras relações e identificações do seu corpo (iniciado na adolescência), floresce na mulher o desejo de gerar um filho. Na gravidez a mulher passa por transformações físicas, biológicas, psíquicas e sociais que irão influenciar na maneira como ela irá expressar-se com relação ao ambiente na qual está inserida, é importante que ela seja protegida e respeitada, tanto pelo parceiro quanto pela sociedade (PICCININI et al. 2008).

No oriente biologicamente a maternidade se refere ao processo de conceber e dar à luz, mas no ocidente implica uma longa tradição de abnegação (HARDY, 2001, p.30).

Durante a gestação a mulher torna-se mais introspectiva e relaciona-se aos saberes e fazeres da maternidade. Segundo Mead (1999), uma vez reconhecida à fecundação, a mãe assume o papel de guardiã da criança, sendo priorizadas a manutenção de um ambiente calmo e alimentação tida como apropriada, onde inúmeras medidas devem ser tomadas em relação à gestação, parto e pós-parto (MEAD, 1999, p. 83).

Os processos de gestação, parto e puerpério correspondem à maternidade biológica que provêm das transformações fisiológicas, a gestação interfere muito no psicológico da mulher seja por influências hormonais ou por influências externas como exemplo a religião que trata a gestação como algo sagrado, simbólico, luminoso ou sombrio (RODRIGUES, 2015).

Segundo Odent (2003), a mulher ao tornar-se mãe, assume um estado de alteração da consciência e aumento da sensibilidade; o autor diz ainda que quanto menos intervenções sofrer a mulher durante o trabalho de parto, maior será a liberação de endorfinas e do hormônio ocitocina em seu corpo, sendo assim no pós-parto imediato, a mesma se encontraria num estado mental especial, embebida pelo que ele chama de “coquetel de hormônios do amor”.

A mulher, ao tornar-se mãe, se aproxima mais do espiritual, do divino: “Seus atributos são o maternal, simplesmente a mágica da autoridade do feminino; a sabedoria e a elevação espiritual além da razão; o bondoso, o que cuida, o que sustenta o que proporciona as condições de crescimento, fertilidade e alimento; o lugar da transformação mágica, do renascimento; o instinto e o impulso favorável; o secreto, o oculto, o obscuro, o admirável, o

mundo dos mortos, o devorador, o sedutor e venenoso, o apavorante e fatal” (JUNG, 2007, p. 93).

Segundo a cartilha da ONG, *Católicas pelo Direito de Decidir* (2000), a ideia de instinto materno é construída culturalmente e não necessariamente em um impulso para ser mãe e amar os filhos. Deste modo, independentemente da cultura ou época histórica, sempre encontramos mulheres que desejam gerar filhos e preocupadas com a manutenção e destino dos mesmos, a própria perpetuação da espécie denota que o número de mulheres descomprometidas com a criança gerada deve ter sido sempre consideravelmente inferior ao daquelas ligadas emocionalmente ao seu bebê (RODRIGUES, 2015).

No mundo em que vivemos cada vez mais as mulheres estão engravidando e parindo mais tarde e isso se deve a várias questões que vão desde sociais a econômicas, as mulheres fazem parte de uma grande parcela do mercado de trabalho e, por vezes, o lado profissional não é respeitado a exemplo do desrespeito que começa com o não cumprimento das leis de licença em situação de risco da gravidez (Lei 7/2009 de 12/02/2009), lei do direito à licença parental (artigos 35º, nº 1, 39º, 40º e 65º da Lei 7/2009 de 12/02/2009) e à lei do direito a dispensa para amamentação ou aleitamento (artigos 35º, nº 1, 47º, 48º e 65º da Lei 7/2009 de 12/02/2009), alguns locais de trabalho não aceitam que as mulheres engravidem, entre outras situações fazem com que a mulher tenha que deixar os filhos aos cuidados de terceiros ou em uma creche e isso faz com que gere uma frustração na mulher e no casal, optando pela opção de sempre deixar a gestação para depois, reduzindo, assim, o número de filhos (RODRIGUES, 2015).

No cristianismo a figura de Maria é um dos modelos a ser seguido de feminilidade humana e em espírito, pois foi através do seu silêncio, ativo e questionador e sendo fiel a Deus, que ela entrega sua vida a Cristo quando diz: “Eis aqui a serva do senhor, faça-se em mim segundo a tua palavra” (LUCAS 1:38), esse exemplo, por vezes, é tomado por algumas gestantes, onde se espera que se cumpra a vontade de Deus e acabam deixando de lado o científico, quando o saber divino e científico podem andar em conjunto (LARRANÃGA, 1987).

Segundo Scott (2005), a realidade da mulher se transforma no momento do nascimento do filho, e que ser mãe é uma aventura profunda e única. Afirmando que criar um filho é uma tarefa multifacetada, defende que inclui apoiar o que estes têm de especial, pois a mulher cresce e aprende coisas novas com o desenvolvimento da criança.

Para o protestantismo, a maternidade é um ritual de passagem, uma das escolhas da vida de cunho sociocultural que envolve a sexualidade feminina. No protestantismo é aceito o controle de natalidade tendo em vista que optar ou não em ter filhos ou definir a "hora certa" para tê-los pode e deve se constituir em um direito da mulher e do casal, na definição de seu estilo de vida pela vivência de seu livre-arbítrio (FURLANI, 2003, p.74).

Segundo o espiritismo a gestação está intimamente ligada à reencarnação, trata-se de um processo fisiopsicossomático de interações bioenergéticas, anímicas, mediúnicas de tal forma que abrange um mundo de consciência-espiritual, tanto no plano físico como no extrafísico (TEIXEIRA, 2009).

2.5 Epidemia Zika vírus (Das transformações históricas à epidemia mundial)

Com a colonização das Américas, principalmente em Espanha e Portugal, várias doenças como a varíola, sarampo, tuberculose, doenças de transmissão direta, foram introduzidas nos territórios colonizados trazidos pelos escravos nas grandes embarcações. A febre amarela foi uma das doenças trazidas com a escravidão e, com ela, veio o *Aedes aegypti*, principal transmissor do vírus da febre amarela e da dengue. Devido a alterações climáticas e migrações de pessoas de um País para outro o *Aedes aegypti* tornou-se responsável por mais duas doenças: a Chikungunya que significa aqueles que se dobram ou encurvados é transmitida pelo *Aedes albopictus*, onde a primeira epidemia deu-se na Tanzânia (1952-1953); e o Zika vírus que é um flavivírus (família Flaviviridae) transmitido por *Aedes aegypti* e que foi originalmente isolado de uma fêmea de macaco Rhesus febril na Floresta Zika, localizada próximo de Entebbe na Uganda, em 20 de abril de 1947 (VASCONCELOS,2016).

O enfrentamento da epidemia associada ao vírus Zika e complicações decorrentes com a microcefalia destacam-se, hoje, como um grande desafio para os cientistas, gestores e profissionais de saúde no mundo. Por ser uma doença que ainda está sendo investigada e discutida, não se trata de um processo de pesquisa pronto e acabado, estando em estruturação e a cada dia surge uma novidade. Por enquanto, a saúde está totalmente focada em como prevenir a epidemia (MARTINS, 2016).

O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em primatas não humanos em Uganda, na floresta Zika em 1947, por esse motivo esta denominação. Entre 1951 a 2013, evidências sorológicas em humanos foram notificadas em países da África (Uganda, Tanzânia, Egito,

República da África Central, Serra Leoa e Gabão), Ásia (Índia, Malásia, Filipinas, Tailândia, Vietnã e Indonésia), Oceania (Micronésia e Polinésia Francesa). Nas Américas, o Zika Vírus somente foi identificado na Ilha de Páscoa (Chile) no oceano Pacífico, 3.500 km de distância do continente no início de 2014 (BRASIL, 2015).

No Leste e Oeste do continente Africano o Zika vírus é considerado endêmico, algumas evidências sorológicas em humanos sugerem que a partir do ano de 1966 o vírus tenha se disseminado para o continente asiático (BRASIL, 2015).

Atualmente há registros de circulação do vírus na África (Nigéria, Tanzânia, Egito, África Central, Serra Leoa, Gabão, Senegal, Costa do Marfim, Camarões, Etiópia, Quênia, Somália e Burkina Faso) e Ásia (Malásia, Índia, Paquistão, Filipinas, Tailândia, Vietnã, Camboja, Índia, Indonésia) e Oceania (Micronésia, Polinésia Francesa, Nova Caledônia/França e Ilhas Cook), e ainda alguns casos importados no Canadá, Alemanha, Itália, Japão, Estados Unidos e Austrália e na América do Sul, especificamente, no Brasil onde foi identificado em abril de 2015 (BRASIL, 2015).

O zika vírus desenvolve-se nos pacientes com sintomas como cefaleia, febre baixa, prurido, hiperemia conjuntival (sem secreções e prurido), exantema, dores intensas nas articulações com presença de edemas, tosse e vômitos, leucopenia; os sintomas poderão aparecer entre três (3) e/ou sete (7) dias, embora existam pessoas assintomáticas. Nas formas mais graves estão a síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa e meningite que são doenças que atingem o sistema nervoso central (SNC), além disso, podendo causar microcefalia nos recém-nascidos (RN), caso a gestante seja acometida pela doença em qualquer época da gestação (1º, 2º ou 3º trimestre), isto ocorre por meio de transmissão vertical, ou seja, o vírus ultrapassar a barreira transplacentária (VASCONCELOS, 2016).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Considerações metodológicas

Esta pesquisa foi fundamentada segundo o Materialismo Histórico e Dialético (MHD) que foi formulado em meados do século XIX, por Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895), na tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. (TRIVIÑOS, 2009)

Nas palavras de Gil (2008, p.14):

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. Assim, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se bastante das pesquisas desenvolvidas segundo a ótica positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos.

O materialismo histórico baseia-se no método dialético e seu embasamento também foi definido por Max e Engels. O método histórico consiste em investigar os acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência com a sociedade de hoje, defendendo que as recentes formas de vida social, as instituições e os costumes têm origem do passado, e é fundamental pesquisar suas raízes, para compreender sua natureza e função (ANDRADE, 2010). De acordo com Gil (2009), para o materialismo histórico, a produção e o intercâmbio de seus produtos constituem a base de toda a ordem social.

Segundo Triviños (2009), o materialismo histórico é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade. De modo geral a concepção materialista apresenta três características importantes: A materialidade do mundo; A matéria é anterior à consciência; e, por último, o materialismo defende que o mundo é reconhecível.

O objetivo da pesquisa estruturada sob a abordagem materialista histórica e dialética é um estudo mais profundo, determinando que o objeto ou fenômeno deve ser compreendido a

partir de aspectos que giram em torno da sua totalidade, ou seja, deve-se realizar uma investigação da matéria, estudando o problema exposto, desde seu início, detalhando tudo, para depois chegar aos resultados finais, considerando que o sujeito poderá passar por mudanças de ideia no decorrer dos tempos.

Trata-se de uma abordagem que se adequa a esse estudo, uma vez que, para se investigar sobre os limites e possibilidades do trabalho dos líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião e espiritualidade face à epidemia do Zika vírus onde será realizado um levantamento minucioso da visão dos usuários sobre a temática.

Para Marconi e Lakatos (2010) a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se configura no caminho para descobrir a realidade ou para conhecer verdades parciais. O desenvolvimento de um projeto de pesquisa compreende seis passos: Seleção do tópico ou problema para a investigação; Definição e diferenciação do problema; Levantamento de hipóteses de trabalho; Coleta, sistematização e classificação dos dados; Análise e interpretação dos dados; Relatório do resultado da pesquisa.

Prodanov e Freitas (2013) afirmam que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, demandando técnicas padronizadas de coleta de dados. Ainda de acordo com os autores a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito ou construindo hipóteses sobre ele.

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, onde responde a questões muito particulares. Este desenho de pesquisa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO et al, 2007).

No tocante ao aspecto qualitativo, entendem-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens

qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO et al, 2007).

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário onde foi desenvolvida a pesquisa deu-se, no município de Picuí, curimataú paraibano. Onde suas primeiras incursões para colonização ocorreram entre 1704 e 1706. Antes o município chamava-se PUCUHY, nome este que se deu pelo fato de que algumas pombas viviam em torno desse riacho e essa espécie era chamada de PUCUHY pelos indígenas. Posteriormente o nome foi mudado para Picuhy - uma palavra composta, unindo Pico (da serra Malacacheta) ao hípilon (Y), forma da confluência dos dois rios.

No ano de 1856, o Nordeste brasileiro foi cenário de uma terrível epidemia de cólera, que matou milhares de pessoas. Portanto, os moradores da região, assustados com o alto índice de mortalidade e liderados pelo Coronel José Ferreira de Macedo, decidiram recorrer ao Mártir São Sebastião e juntos fizeram uma promessa ao santo. Após constatarem que não havia mais o surto da doença, começaram a construir a capela de São Sebastião como pagamento da promessa, hoje elevada à matriz de São Sebastião, padroeiro da cidade de Picuí, neste fato observa-se o quanto que a religião influenciou e continua influenciando no cotidiano da comunidade.

Em 1874, através da Lei Provincial nº 597 de 26 de novembro, foi criado o Distrito de Paz da Povoação de São Sebastião do Triunfo. Mas, em 1888, quando a povoação foi elevada à categoria de vila pela Lei Provincial nº 876 de 27 de novembro o nome passou a ser Picuí.

O município de Picuí foi criado pelo Decreto nº 323 de 27 de janeiro de 1902, sendo implantado, no dia 9 de março, a Lei Estadual nº 212 de 29 de outubro de 1904 mudou a sede

do município de Cuité para Picuí. No ano de 1924, em 18 de março, Picuí passou ao posto de cidade através da Lei Estadual nº 599.

Ao longo do século XX diversos municípios se desmembraram de Picuí, a exemplo de Cuité/Barra de Santa Rosa (1936), Nova Floresta (1959), Pedra Lavrada (1959), Cubatí (1959) Frei Martinho (1961) e Baraúna (1996).

Segundo o censo (2010), Picuí tem aproximadamente 18.670 habitantes e está localizado na microrregião do Seridó Oriental Paraibano, contendo uma Área territorial de 661 km².

A saúde do município conta com um hospital regional (Felipe Tiago Gomes), um Centro de atenção psicossocial (CAPS) e quatorze Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo nove unidades na zona rural, quatro na zona urbana e uma no distrito de Santa Luzia. Para este projeto foi considerado como cenário da pesquisa 4 UBS, onde serviram como norte para esse estudo as entrevistas em cada unidade e nas casas dos entrevistados dado às altas notificações de casos de Zika vírus.

Após a aprovação de todos os trâmites do Comitê de Ética (Resolução 466/12 conforme TCLE), necessários à viabilização de uma pesquisa envolvendo seres humanos, e da Portaria 140/2014 do Ministério da Saúde que redefine os critérios e parâmetros de recursos humanos, o trabalho de campo foi desenvolvido em Agosto de 2016.

3.3 Sujeitos da pesquisa

A amostra do estudo foi constituída por 04 líderes religiosos incluindo pastores e guias espirituais (L) da comunidade, 11 profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde que foram os enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (PS), 03 gestantes da comunidade (G) e 01 puérpera (P). Distribuídos em quatro (04) unidades básicas de saúde, onde foram investigados tanto o trabalho desses profissionais de saúde, quanto o trabalho dos líderes religiosos na comunidade de Picuí-PB, buscando a concepção dos sujeitos acerca da influência da religião e espiritualidade face à epidemia do Zika vírus.

A fim de garantir a operacionalização da resolução nº 466/2012, que garante a desistência em qualquer etapa da pesquisa, foi respeitado à desistência do padre e dos profissionais médicos.

A amostra foi constituída por pessoas que convergiram com os critérios de inclusão, não desistiram do estudo em nenhuma das etapas realizadas, elegíveis até a saturação teórica por exaustão, ou seja, quando a interação entre o campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar a teorização do objeto de estudo (FONTANELLA et al. 2011).

Entendeu-se como fatores de risco nesta pesquisa: constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionado ao sentimento de intimidação pela entrevista. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente a contribuição converge para a compreensão do fenômeno estudado e para o enriquecimento da produção científica, tendo em vista que o Zika vírus é uma doença que ainda demanda muitos estudos.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para realização da pesquisa com os líderes religiosos (padres, pastores e guias espirituais):

- Líderes com idade superior a 18 anos;
- Líderes que residem em Picuí há pelo menos 06 meses;
- Líderes que atuam no município de Picuí-PB há pelo menos 06 meses;
- Líderes que tenham atendido, pelo menos, uma pessoa na comunidade com suspeita ou diagnóstico de Zika vírus, sendo essas gestantes ou puérperas;
- Líderes que se dispuserem a participar voluntariamente da pesquisa assinando o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a realização da pesquisa com os profissionais de saúde (Estratégia Saúde da Família: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Agentes comunitários de saúde):

- Profissionais de saúde com idade superior a 18 anos;
- Profissionais de saúde que trabalhem na Estratégia Saúde da Família há mais de 01 ano;

-Profissionais de saúde que se dispuserem a participar voluntariamente da pesquisa assinando o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para realização da pesquisa com as pessoas da comunidade (Gestantes e puérperas):

- Pessoas com idade 18 à 40 anos;
- Pessoas que residem em Picuí-PB há mais de 01 ano;
- Pessoas que estão ou foram acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família durante o pré-natal e que seguiram as orientações preconizadas;
- Pessoas que participaram de algum grupo de oração ou frequentaram alguma religião durante a gestação;
- Pessoas que se dispuserem a participar voluntariamente da pesquisa assinando o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão para a não realização da pesquisa com os líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas:

- Por motivos pessoais, ou de outra natureza, e em qualquer etapa da pesquisa, os sujeitos desistirem de contribuir, mesmo se já tenham assinado o TCLE;
- Interferências políticas, religiosas, culturais ou de quaisquer natureza que prejudiquem a continuidade da pesquisa.

3.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de material empírico deu-se através da realização de entrevistas gravadas com auxílio de um roteiro semiestruturado (Apêndice D). De acordo com Freire (1996) as

entrevistas que utilizam roteiros semiestruturados possibilitam que o informante fale livremente sobre o tema proposto.

De modo geral é uma técnica onde o pesquisador direciona perguntas ao informante com o objetivo de obter informações que interessem e sejam relevantes para o estudo (GIL, 2008).

O uso do roteiro semiestruturado é caracterizado por obedecer a um roteiro onde este é apropriado fisicamente e utilizado pelo investigador, oferecendo apoio na sequência das questões, facilitando a abordagem para o pesquisador (MINAYO, 2010).

As entrevistas gravadas foram realizadas individualmente e em local que garantiu a privacidade dos entrevistados. Logo após a realização das entrevistas foram realizados a transcrição na íntegra do material empírico construído e após analisado. Vale ressaltar que ficou garantido ao entrevistado o seu direito ao anonimato e de desistência em qualquer momento da pesquisa.

O período de início da realização da coleta do material empírico deu-se no mês de agosto de 2016.

3.5 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados é uma das etapas mais importantes da pesquisa, contudo não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, pois os dados coletados posteriormente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e, por fim, será realizada a discussão dos resultados da pesquisa (ANDRADE, 2006).

Foi realizada a coleta de material empírico no mês de agosto de 2016 após aprovação dos trâmites burocráticos do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos escolhido pela Plataforma Brasil, tendo como número de parecer 1.642.746 (CEP/ CONEP), da Universidade Federal de Campina Grande- campus Cajazeiras.

3.6 Produção do material empírico

Para a produção do material empírico foram utilizadas entrevistas com uso de roteiro semiestruturado, uma vez que valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo, além de poderem ser acrescentados uma gama de questionamentos sobre o tema disposto. O Materialismo Dialético tenta buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento, baseadas numa interpretação dialética do mundo. (TRIVINÕS, 2009). As entrevistas foram gravadas através de um gravador de voz contido nos celulares IPRÓ (lanterninha), moto G (2º geração), nas unidades e nas casas dos entrevistados, buscando sempre um ambiente calmo, tranquilo para que a pesquisa pudesse ser desenvolvida, garantindo o anonimato dos entrevistados. Foi assegurado o direito de desistir em qualquer uma das etapas da pesquisa, visto que este estudo pode acontecer em contextos emocionalmente vulneráveis como constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionadas ao sentimento de intimidação pela entrevista.

3.7 Análise do material empírico

Para analisar o material empírico produzido através das entrevistas foi adotada a técnica de análise de discurso trabalhada por Fiorin (2008), que é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis dos sujeitos, relacionados à totalidade do contexto sócio histórico, no qual defende que o indivíduo não pensa e fala o que quer, mas o que a realidade impõe que ele pense e fale.

3.8 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi iniciada após apreciação e aprovação do CEP envolvido, respeitando todos os preceitos da Resolução Nº. 466/2012 reservados às pesquisas que envolvem seres humanos e com a solicitação da assinatura do TCLE pelo sujeito participante da pesquisa. Atendendo também ao código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

Ao serem convidados a participar da pesquisa, e a partir da concordância de se fazer parte do estudo foi esclarecido aos participantes os objetivos da análise realizada. O sigilo, anonimato e desistência em qualquer momento da pesquisa que foram garantidos mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecido em duas vias no ato da entrevista.

Os métodos utilizados obedeceram a resolução vigente do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Onde solicitou-se a permissão de utilização de gravadores portáteis para as entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Apresentação dos resultados e discussão

A tabela 1 foi construída para melhor visualização dos entrevistados do município de Picuí- PB em que foi realizada esta pesquisa, demonstrando a faixa etária, estado civil, a convivência com o companheiro, quantidade de filhos, profissão e religião dos líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos entrevistados (líderes religiosos, profissionais de saúde gestantes e puérperas) do Município de Picuí, PB, 2016

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	%
FAIXA ETÁRIA	-	-
18 à 30 anos	07	37
35 à 45 anos	08	42
50à 66 anos	04	21
ESTADO CIVIL	-	-
CASADO (A)	08	42
DIVORCIADO (A)	01	05
SOLTEIRO (A)	06	32
VIÚVO (A)	01	05
UNIÃO ESTÁVEL	03	16
CONVIVE COM O COMPANHEIRO	-	-
SIM	11	58
NÃO	08	42
FILHOS	-	-
1 À 2	14	74
3 À 4	01	05
NENHUM	04	21
PROFISSÃO	-	-
AGRICULTORA	01	05
BABÁ	01	05
ESTUDANTE	01	05
BIOLÓGA	01	05
DO LAR	02	11
ACS	04	21
ADVOGADO	01	05
TÉC. EM LABORATÓRIO	01	05
TÉC. EM ENFERMAGEM	04	21

ENFERMEIRO	03	16
RELIGIÃO	-	-
CATÓLICA	15	50
EVANGÉLICA	01	05
PROTESTANTE	02	11
ESPÍRITA	01	06
CATÓLICA DESDE A INFÂNCIA	15	50
EVANGÉLICA HÁ 2 ANOS OU MAIS	01	05
PROTESTANTE HÁ 10 ANOS OU MAIS	02	11
ESPIRÍTA HÁ 20 ANOS OU MAIS	01	06

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Apresenta-se, neste íterim, a descrição e elaboração dos materiais oriundos das transcrições das falas refletindo o universo empírico de dezenove (19) participantes entres eles: Líderes religiosos, profissionais de saúde, profissionais e gestantes, das 4 unidades básicas de saúde localizadas na zona urbana do município de Picuí-PB acerca da Concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus sendo equiparadas com a literatura.

Segundo o IBGE (2013) os dados dos colaboradores convergem, onde a maioria da população entrevistada, entre esses destacam-se líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas estão na faixa etária de 35 à 45 anos, totalizando cerca de 42%, faixa etária essa que é de maior produção para o líder religioso, para o profissional de saúde estará no auge da carreira profissional e para as gestantes e puérperas é durante esse espaço de tempo que essas mulheres sentem-se com mais maturidade para enfrentar os problemas da vida. Foi observado que a presença de um companheiro é de suma importância para a gestação seja ela de alto risco ou não, pois dará o apoio emocional necessário para sua companheira.

A religião católica apostólica romana continua sendo a religião que mais possui fiéis nos dias atuais. Grande parte dos entrevistados afirmaram serem católicos desde a infância e sempre procuram o apoio de um líder religioso ou participam de grupos de oração, missas e encontros para juventude (PEREZ, et.al, 2015).

4.2. Categorias analíticas e Categorias empíricas

O Quadro 1 evidencia as contradições e o reconhecimento dos limites e possibilidades da influência do líder religioso e profissionais de saúde face à epidemia do Zika vírus do Município de Picuí - PB potencialmente no atendimento às gestantes e puérperas seguindo o embasamento teórico metodológico do Materialismo Histórico Dialético que possibilitou a construção de três categorias analíticas e onze categorias empíricas, permitindo a compreensão das múltiplas determinações existentes na essência do concreto pensado conforme exposição do quadro 1.

QUADRO 1: Apresentação das categorias analíticas e categorias empíricas

CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIAS EMPÍRICAS
<p>1. LIMITAÇÕES NO QUE CONCERNE À INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS</p>	Iniciação da prática espiritual
	Reconhecimento pela prática: e sentimento de gratidão e sofrimento
	Teocentrismo
	Integralização dos saberes científicos x saberes empíricos
<p>2. CONTRADIÇÕES ENVOLVENDO O ATENDIMENTO ALOPÁTICO E ESPIRITUAL FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS</p>	Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação aos casos de Zika vírus
	Presença de um líder religioso na UBS
	Falta de informações específicas para a doença
<p>3. DIFICULDADES DE ACEITAÇÃO, ENTENDIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS CONSEQUÊNCIAS DA EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS POR PARTE DE GESTANTES E PUÉRPERAS</p>	Fortalecimento da fé através da oração
	Apoio religioso e familiar
	Dificuldades nos resultados dos exames
	Participação nas consultas de pré-natal

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4.3 Categoria analítica I: Limitações no que concerne à influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus.

4.3.1 CATEGORIA EMPIRICA I: Iniciação da prática espiritual

Muitas vezes uma pessoa torna-se líder religioso, por ver que é na religião que ela poderá modificar a sua vida e a das pessoas que estão ao seu redor, ou seja, a iniciação da prática espiritual é interpretada como benéfica, conforme relatos:

[...] Eu considero essa minha religião espírita um dever, uma missão que Deus me deu pra eu cumprir... um dom que Deus me deu.[...] (Linhas 23, 24 e 25) L1

[...] Para quem necessita de uma melhoria, porque para mim foi grande, se eu não estivesse entrado na espiritualidade eu não existia, ou vivia louca. Para quem trabalha pra fazer o bem é uma prática boa, mas pra quem não trabalha pra fazer o bem é infernal.[...] (Linhas 27, 28, 29, 30) L1

[...] O evangelho trouxe pra mim aquilo que eu precisava como ser humano, preencheu um vazio, uma lacuna que existia dentro do meu ser e, desde então, eu tenho sido abençoado por Deus. [...] (Linhas 7,8,9) L2

Defende-se assim que o homem se preocupa com o seu futuro, com aquilo que a sua vida poderá ser, com aquilo que é, o que o leva a questionar-se sobre tudo na sua vida que fica para além do seu entendimento. Devido ao receio de fazer sozinho, procura essas respostas nos rituais e regras religiosas que a sua parte espiritual, intangível, pode dar (FRY, 2003).

O ser humano pode cultivar no espaço do divino e abrir-se ao diálogo com Deus, confiar a ele o destino da vida e encontrar nele o sentido da morte. Surge, então, a espiritualidade que dá origem às religiões que expressam o encontro com Deus nos códigos das diferentes culturas. (BOFF, 2013).

4.3.2 CATEGORIA EMPÍRICA II: Reconhecimento pela prática: Sentimento de gratidão e sofrimento

O reconhecimento pela prática espiritual pode estar interligado a sentimentos de identificação, orgulho, realização e reconhecimento no trabalho. A gratidão baseia-se em poder ajudar o próximo, pois é no próximo que muitos cristãos enxergam o próprio “Jesus Cristo”, ou em sua divindade. Pode-se visualizar o reconhecimento pela prática espiritual e sentimento de gratidão nas falas elencadas:

[...] Eu não recebo nenhuma remuneração, eu não recebo nada, eu não recebo nada vou por caridade, digamos assim. [...] Linhas (13,14)

[...] De forma nenhuma, pelo contrário, pelo contrário, às vezes nós recebemos críticas, né, críticas, agora da parte de Deus sim nós somos ricamente abençoados pelo senhor. [...] (Linhas 11, 12, 13) L2

[...] Não, não, é um trabalho religioso né e deve ser um trabalho voltado pra Deus é, e, nós enquanto leigos, nós não recebemos remuneração da igreja. [...] Linhas (12,13) L3

Com o reconhecimento de gratidão também há sentimentos de sofrimento pelo desgaste físico, mental e psicológico, a desvalorização do trabalho, a falta de compromisso dos fiéis em se doarem a igreja, a não remuneração e o sentimento de dúvida, será que esse é o caminho pelo qual escolhi ou fui escolhido?

Muitas são as dúvidas, porém, o sentimento de cuidar do próximo sobressai a todos os outros. O trabalho dos líderes é visto como algo importante para a sociedade e as pessoas desta sociedade tem a visão de que o líder religioso é a segunda pessoa de Deus na terra e acabam escutando seus conselhos e desabafando suas aflições e angústias (BRASIL, 2016).

4.3.3 CATEGORIA EMPÍRICA III: Teocentrismo

O teocentrismo traz a ideia de que Deus está no centro do universo, que é superior ao homem, que a natureza é uma obra de inspiração divina e, por isso, deve-se ter respeito e lealdade a ele. Surgindo na idade média foi marcada por uma visão de mundo religiosa, onde a religião tinha o “povo nas mãos”, pois não haviam instituições voltadas para o

conhecimento e, então, a igreja assumiu o controle desse conhecimento influenciando as escolhas políticas, religiosas e econômicas baseadas na “vontade de Deus” ou “obra divina”.

Para os medievais Deus é o criador, é também o alfa e o ômega, falam que Deus traçou um plano, que assim como criou o universo esse universo também chegaria a um fim e as pessoas teriam que se converter para poderem alcançar o tão sonhado reino de Deus (GILSON, 1943). O teocentrismo ainda persiste nos dias atuais como observado nas falas:

[...] Bem, eu vejo assim que Deus é o centro de todas as coisas, dentro da religião Deus é o centro de todas as coisas, segundo pra mim Maria santíssima.[...] Linhas (11, 12) P. S. 4

[...] É primeiro é Deus porque Deus pode todas as coisas, as pessoas às vezes não buscam a Deus às vezes nem acredita [...] Linhas (16, 17) P. S. 9

[...] Deus abrange o corpo, a alma e o espírito do homem, não só a parte religiosa, mas também o social, Deus é um complexo que abrange todas as áreas de nossa vida [...] Linhas (103, 104) L2

[...]Eu faço aquele trabalho quando é determinado por Deus... Se não for, do consentimento de Deus, nada é feito [...] (Linhas 40,41) L1

O teocentrismo considera que Deus manifestou-se e revelou-se de diversas formas aos diferentes povos em suas respectivas situações, entretanto, religiões como o judaísmo defende que não se pode atribuir a Jesus Cristo nenhuma finalidade, pois esse “Deus” salva os povos através de suas tradições como salvou os cristãos por Jesus Cristo (DUPUIS, 1995).

No estudo de Henrique (2009, p. 47) foi possível ver um forte embasamento teocêntrico onde se tem Deus como fundamento e que toda ordem e soberania provém dele, cabendo aos seres humanos seguirem seus preceitos, essa visão vigorou pela idade média e perdura até os dias atuais, como observamos nas falas onde “Deus é o centro de todas as coisas”, que através de suas “ordens divinas”, do seu consentimento é que os líderes exercem suas funções de liderança no contexto em que trabalham fazendo-se alusão às falas dos profissionais de saúde que em qualquer atividade que eles exerçam sempre colocam Deus à frente, como um escudo protetor.

Os princípios do teocentrismo, segundo o mesmo autor, são o respeito, exercido pelos fiéis para com Deus, a moderação em viver segundo as doutrinas da religião, a humildade em reconhecer que Deus tem o poder sobre todas as coisas, abnegação dos seus desejos em busca da salvação que é dada por Deus e a atenção para com os irmãos.

Agostinho (2001) é um dos defensores desse pensamento teológico cristão onde a salvação espiritual só poderá acontecer de acordo com a condição humana em seguir os preceitos de Deus, segundo seus mandamentos, o autor também afirma que a origem do homem segue duas vertentes principais: a evolucionista e a criacionista.

4.3.4 CATEGORIA EMPÍRICA IV: Integralização dos saberes científicos x saberes empíricos

Cada vez mais os saberes científicos e empíricos, ou também chamados populares, tem-se intensificado e andado em conjunto sejam na área da saúde, religião ou cultura. Na sociedade em que vivemos cada vez mais as pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou emocional, com sua própria enfermidade ou de algum parente, procuram apoio na religião, com um sacerdote, um guia espiritual, curandeiro ou uma equipe de saúde, as pessoas tem o livre poder de escolha também chamado pelos cristãos de livre arbítrio, então elas podem escolher buscar um tratamento alopático ou um não alopático, como podem integralizar os dois.

A interdisciplinaridade começou a ser discutida na década de 1970 pelos filósofos, como Piaget, Bastide, entre outros, que procuravam entender o homem como um ser integral (MEIRELLES; ERDMANN, 2005; MORIN, 2002).

Podemos ver essa integralização de saberes observada nas falas:

[...] Eu sempre aconselho o povo quando vem uma pessoa doente pra mim eu digo olhe já foi pra o médico? Não. Então você deveria ir primeiro pra o médico, pra depois vim pra mim porque primeiro o médico segundo pra mim, porque a espiritualidade nem todas as coisas ela cura, porque existe coisa que é pra o médico e o que é pra espiritualidade é pra o espírito [...] (Linhas 46,47,48,49,50) L1

[...] Eu penso que a religião ela deve orientar, por exemplo, quando o padre na missa orienta as pessoas e diz olha vamos limpar e manter a casa limpa ele está ajudando essa mesma equipe de saúde, de estratégia de saúde da família a trabalhar, porque quanto mais, minha casa está limpa eu dificilmente terei a possibilidade de contrair doença [...] Linhas (61,62,63,64,65) L3

[...] É eu sempre indico, quando alguém está doente eu digo vá ao médico, porque a saúde é essencial o senhor nos dá o nosso corpo para que a gente cuide dele, não apenas por ser um corpo e tratar como qualquer coisa não, o senhor nos dá um corpo e nós temos a obrigação de cuida-lo procurando ter saúde também e um modo de ter essa saúde é procurando os médicos, procurando ter uma boa alimentação e eu sempre indico é quando eles estão precisando claro, ir ao médico e procurar alguma assistência de saúde [...] Linhas (43, 44, 45, 46, 47, 48, 49) L4

[...] Eu acredito que o trabalho da religião, pode influenciar diretamente na saúde tendo em vista que a religião também está voltada ao bem-estar das pessoas. Linhas (18, 19) P.S.1

Vimos que tanto os saberes científicos quanto os empíricos, podem influenciar na qualidade de vida das pessoas, que um complementa o outro. Para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça, é imprescindível um compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e simbólicas (MENOSSEI et al., 2005).

A interdisciplinaridade consiste na troca de conceitos, teorias e métodos entre as diferentes disciplinas (TEIXEIRA, 2007), devendo desenvolver-se a partir da cooperação entre os saberes, de modo que os pares que detêm diferentes conhecimentos trabalhem integrados. Assim, para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão são necessários saberes capazes de articular dinamicamente os aspectos social, psicológico e biológico.

Pelas falas apresentadas nota-se o esforço em exercer a interdisciplinaridade, no entanto, os profissionais de saúde não interagem intimamente com os líderes religiosos exaltando a importância de práticas alternativas no contexto da Estratégia Saúde da Família, e

a assistência ainda fica restrita à alopatia enquanto a religião segue paralelamente com seus preceitos, dogmas e espiritualidade.

4.4 Categoria analítica II: Contradições envolvendo o atendimento alopático e espiritual face à epidemia do Zika Vírus

4.4.1 CATEGORIA V: Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação aos casos de Zika vírus

Com a epidemia de Zika vírus disseminando-se pelo território brasileiro, os cuidados para com as gestantes e puérperas tem sido redobrados. Por isso é preciso que o profissional de saúde mantenha sua análise clínica criteriosa durante o pré-natal para com as gestantes que poderão apresentar sintomas de Zika vírus incluindo febre baixa (entre 37,8°C e 38,5°C), conjuntivite não purulenta, cefaleia (dor de cabeça), artralgia (normalmente em mãos e pés), em alguns casos com inflamações das articulações, fadiga ou mialgia, astenia, rash maculopapular e, com menos frequência dor retro-orbital, anorexia, vômitos, diarreia e dor abdominal, além da presença das mucosites. (HEANG et al., 2012; DUFFY et al., 2009). Os sintomas desaparecem em até 7 dias, porém a Zika poderá trazer complicações severas como a síndrome de Guillain-Barré, complicações neurológicas (encefalite, meningoencefalite, paraestesia, paralisia facial e mielite, PTI (Púrpura trombocitopênica idiopática), danos oftalmológicos e cardíacos.

Frente ao exame clínico e aos sintomas apresentados essa gestante é encaminhada para a realização de exames como: a sorologia para a Dengue e Chikungunya seguido do preenchimento da Gal (Sistema gerenciador de ambiente laboratorial). O diagnóstico laboratorial será baseado na busca pelo RNA viral, cujo período virêmico é de cerca de 4 à 7 dias após o início dos sintomas, a técnica utilizada é a reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR) e sorologia para titulação de anticorpos IgM e IgG. Importante destacar que o exame RT-PCR é realizado pelos laboratórios de referência da rede SUS. E que, além dos exames da Dengue, Chikungunya e RT-PCR, também deve ser realizado o STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes). (BRASIL, 2016).

A associação dos casos de microcefalia com a infecção de gestantes por ZIKV foi apresentada recentemente por meio de imagens e análises virológicas e patológicas fetais, sendo confirmadas por estudos brasileiros por meio de identificação e sequenciamento do vírus em líquido amniótico de duas gestantes que tiveram infecção durante a gravidez e fetos com microcefalia. Embora a microcefalia esteja vinculada a muitas exposições ambientais e genéticas, ao uso de drogas durante a gestação, além de infecções como rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus, entre outras, a associação com a infecção pelo ZIKV acompanha o aumento de casos de microcefalia e outras malformações neurológicas no Brasil desde o ano de 2015 (BRASIL, 2016).

Um dos principais desafios para os profissionais de saúde concerne na dificuldade que se tem em enfrentar uma patologia que é pouca conhecida, que ainda não há um tratamento específico, apenas um tratamento paliativo a base de analgésicos e anti-inflamatórios, porém devem ser evitados as medicações à base de ácido acetilsalicílico e os anti-inflamatórios não hormonais (ibuprofeno, piroxicam, diclofenaco) para que haja a amenização dos sintomas. Esses problemas podem ser evidenciados nas falas:

[...] Então fica aquela coisa, porque fazer esse pré- natal lá no ISEA se prováveis consequências não tem o que fazer é muito complicado pra gente da atenção básica, a gente fica o que é que eu vou fazer com essa gestante? Faz ultrassom, um problema infelizmente à gente não tem o que fazer, aí você não pode também é você não pode de uma forma certificada fechar um diagnóstico e se houver um erro na ultrassom, né, é muito complicado. Linhas (60, 61, 62, 63, 64, 65) [...]

P. S 5

[...] A Zika é um problema muito sério todo dia se descobre uma coisa diferente, a gente está lidando, infelizmente, com um mutante que é... o mosquito, também já se sabe, já se fala que as muriçocas estão espalhando o vírus, num sei até onde isso vai chegar, pois é... e aí? É muito complicado. [...] Linhas (67, 68, 69, 70, 71) P. S 5

[...] O que a gente tem em mãos é fazer os exames, fazer sorologia, fazer um pré-natal bem feito, com bastante atenção. [...] Linhas (71, 72) P. S.5

Como observamos nas falas acima embora tenhamos os exames laboratoriais e exames de imagem como a ultrassonografia, ainda existem dificuldades encontradas como a demora nos resultados dos exames laboratoriais e após esses exames o seguimento dos cuidados quando confirmado o diagnóstico para a Zika. Outro fator que acaba dificultando o seguimento do cuidado são as clientes assintomáticas que tiveram o contato com o Zika vírus, porém, não apresentaram nenhum sintoma.

Embora as mídias tenham em todo tempo repassado os cuidados sobre a prevenção da Dengue, Chikungunya e Zika vírus, uma parte da população parece se abster da situação e acabam que ignorando a gravidade da doença, como na fala a seguir:

[...] É, assim, fica até complicado falar porque, pode até chocar, né, tanta mídia falando aí sobre microcefalia, sobre os riscos de contrair o vírus e a criança ter problemas, às vezes eu acho que não vejo muito interesse em cada gestante né, algumas realmente se preocupam e tem todos os cuidados necessários, enquanto outras acham isso uma fantasia que não é da forma que a mídia explica.[...]
Linhas (44, 45, 46, 47, 48) P. S. 8

4.4.2 CATEGORIA EMPÍRICA VI: Presença de um líder religioso na UBS

O líder religioso exerce um papel fundamental na sociedade, por ser uma pessoa que se empenha em ajudar o próximo, em ver no irmão o semblante do próprio Deus. Por vezes, a maioria dos problemas de saúde tem origem espiritual e as pessoas quase sempre procuram o líder, na busca de conselhos, de um apoio, de fortalecimento na fé. Para se tornar um líder religioso é necessário que ele realize ações de caridade para com os irmãos. Durante as entrevistas percebe-se a discussão da participação dos líderes religiosos na atenção primária:

[...] Seria bem interessante a presença de um líder (na reunião das gestantes com os profissionais de saúde) até porque ela estaria bem apegada ao bebê e, às vezes, esquece né um pouco da religião, e tem

que se fortalecer, acho que seria bem importante que tivesse um líder junto para incentivar a elas.[...] Linhas (24, 25, 26, 27) P. S. 2

[...] É, poderia ser implementado com certeza porque a gente pensa... mas por exemplo, quando tem um grupo de álcool e droga, um grupo mais voltado, assim, ao tabagismo a gente pensa mais nessa espiritualidade, mas de gestante confesso a você que nunca me passou pela cabeça não. [...] Linhas (53, 54, 55) P. S. 3

[...] Assim, religioso não, não tivemos essa experiência ainda aqui. [...] Linha (48) P. S. 4

No Brasil existe uma ligação entre saúde e religião porque a maioria das pessoas considera a doença como algo causado tanto por fatores materiais (vírus, bactérias, fungos), como por fatores espirituais (agentes sobrenaturais, espíritos, encostos, entre outros), ou até mesmo por fatores mágicos (bruxaria, feitiços), acreditando-se na ação do sagrado e na unção e cura de enfermidades, por essa razão as igrejas, os centros espíritas e os terreiros de candomblé estão sempre sendo procurados e as pessoas vêm no líder religioso e na vivência da espiritualidade a solução para aquele problema (FERRETI, 2003).

Conforme a literatura ainda está no contexto estrutural físico das religiões a busca pela espiritualidade sendo atestada pelas falas dos profissionais de saúde a ausência dos líderes religiosos no contexto da UBS e, ao se discutir o assunto acerca da presença do mesmo no contexto do SUS os profissionais relutam, alguns aprovam, mas nenhum emite uma ação concreta de que haverá esta complementaridade dentro da UBS em que trabalha.

4.4.3 CATEGORIA EMPIRICA VII: Falta de informações específicas para a doença

O enfrentamento da epidemia associada ao vírus Zika e complicações decorrentes destacam-se, hoje, como um grande desafio para a comunidade científica, gestores e profissionais de saúde no mundo. Esta questão se reveste de importância substancial devido à complexidade de inúmeras questões a serem investigadas e discutidas. Não se trata de um processo de pesquisa pronto e acabado, ele está em estruturação e provavelmente assim estará por muito tempo.

A investigação é estimulada e sustentada por um fluxo constante de novas informações. Quando um ciclo de informação se completa, outra vez surge uma nova informação, em uma interação infinita, gerando um ciclo renovado de criação e descobrimentos. Esse ciclo pode ser representado por um espiral ascendente e perfeito sendo representado nas falas a seguir quando percebe-se o quanto ainda é deficiente o nível de informação para a sociedade:

[...] Olhe a questão da Zika está sendo ainda, extremamente nós estamos num trabalho que estamos enfrentando um inimigo que não se conhece ainda bem, então a atenção básica está aos poucos sendo orientada de como proceder.[...] Linhas (40, 41, 42) P. S 5

[...] Evidentemente que a gestante, ao saber de um problema desse, vai ser como uma bomba na vida dela principalmente se ela não for bem informada, realmente sobre o problema, vão ter que ser feitas visitas da equipe de saúde seja num aspecto de saúde como em um dos aspectos biopsicossocial.[...] Linhas (41, 42, 43, 44) P.S. 1

Como relatado, as principais dúvidas com relação à doença, principalmente dos profissionais de saúde, convergem para a vulnerabilidade da real dimensão da epidemia de Zika vírus no Brasil, o percentual de gestantes acometidas e entre elas qual a proporção de bebês que apresentam alterações neurológicas, quais as características imunológicas das gestantes que facilitam a infecção do feto, como se comporta a dinâmica temporal e espacial de distribuição de vetores infectados pelo Zika vírus e sua relação com casos assintomáticos e sintomáticos, enfim, são questionamentos que estão sendo investigados a cada dia, porém o foco principal da atenção primária, nesse caso, é a prevenção eficaz da doença e como estão sendo feitas as notificações dos casos suspeitos (BRASIL, 2016).

4.5. Categoria analítica III: Dificuldades de aceitação, entendimento e enfrentamento das consequências da epidemia do Zika vírus por parte de gestantes e puérperas

4.5.1 CATEGORIA EMPIRICA VIII: Fortalecimento da fé através da oração

A palavra fé tem origem grega "*pistia*" que indica a noção de acreditar e no latim "*fides*", que significa ter uma atitude de fidelidade. O fortalecimento da fé deve ser um exercício diário e não apenas quando se está passando por momentos difíceis na vida como uma doença, por exemplo, em que a fé é fortalecida quando o fiel realiza suas orações ou rituais, pois acredita-se que a oração seja um elo de ligação entre o fiel e a divindade como observa-se nas falas:

[...] Eu pedi, nas minhas orações, que ele melhorasse, eu pedi muito a Deus que ele melhorasse, na verdade eu ainda peço por causa das dificuldades que ele tem, ele é muito irritadinho, chora demais e à noite toma medicação pra dormir, durante o dia passa o dia todinho no colo assim irritadinho, graças a Deus. [...] Linhas (33, 34, 35, 36)

P1

[...] A gente tem que rezar pra nosso padroeiro São Sebastião que já livrou Picuí que no século XIX livrou a cidade de uma epidemia naquela época de cólera Morbis então pode, é claro, interceder a Deus pra que nos livre dessa epidemia de Zika, Chikungunya. [...] Linhas (92, 93, 94) L3

Conforme as falas a epidemia está fazendo suas vítimas, os profissionais de saúde e a ciência não estão conseguindo oferecer respaldo para solucionar e prevenir as complicações da epidemia do zika vírus e, com isso, mães e líderes religiosos recorrem ao Deus em que acreditam para solucionar seus problemas.

4.5.2 CATEGORIA EMPÍRICA IX: Apoio religioso e familiar

Tanto o apoio religioso como o familiar são apresentados como de suma importância em casos de adoecimento, pois a debilidade física poderá levar a uma consequência destrutiva no aspecto psicológico e espiritual. Das mulheres entrevistadas, ou seja, três gestantes e uma puérpera relatam a importância desse apoio familiar e religioso, principalmente no contexto da epidemia do Zika vírus.

A situação familiar de duas gestantes apontam para o apoio dos companheiros em detrimento ao restante da família, no contexto da outra gestante infelizmente não há o apoio do companheiro, da mãe ou outro parente ficando apenas o pai para prestar os cuidados necessários. Já a puérpera apresenta uma conjuntura familiar que tem a presença física e financeira do companheiro, embora só possa confiar na mãe para os cuidados diretos com a criança e consigo. Todas relatam o apoio religioso como suporte para enfrentamento das dificuldades cotidianas. Conforme as falas elencadas faz-se possível elucidar o apoio religioso e familiar das entrevistadas.

*[...] É na família né, no posto de saúde né, ai ia rezar, agradecer e pedir a Deus também, pra que me ajude.
[...]Linhas (40,41) G2*

*[...] Vixe Maria, aceitar né do jeito que Deus mandou, porque matar a gente não mata né e também pedir força a Deus pra cuidar né que não é fácil e o apoio também da família, ei é muito difícil, ave Maria que Deus nos livre que eu não passe pela situação do bebê doente, mas é difícil demais, porque é a mesma coisa de cuidar de uma criança doente porque o cuidado é maior ainda, não é verdade?
[...] Linhas (25, 26, 27, 28, 29) G3*

É na maternidade que as linhas de cuidado afloram: responsabilidade, experiência e doação para o filho, porém como observado é necessário que a família seja peça fundamental no apoio dessa mãe e dessa criança. No caso de uma gravidez esperada e planejada, poderá ser recebida com muita felicidade, surpresa e alegria; se não planejada, poderá causar mal-estar, medo, angústia e preocupação e, em alguns casos, o arrependimento. Quando os sentimentos negativos são associados à falta de apoio do companheiro ou da família, a mulher pode sentir-se insegura e solitária, por isso a presença de um líder religioso ou um guia espiritual é tão importante e as falas apresentam uma forte dependência dos preceitos religiosos em suas vidas (LEITE et al., 2014).

4.5.3 CATEGORIA EMPÍRICA X: Dificuldades nos resultados dos exames

A investigação laboratorial de Zika se dá por meio do RT-PCR de amostras de pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e sem prurido ou poliartralgia ou edema periarticular. Onde primeiramente é realizado o exame laboratorial para Dengue e Chikungunya, além dos sintomas apresentados, caso o resultado dos exames seja negativo é realizado então o exame específico para Zika vírus seguido de ultrassonografia (USG). Mas uma das principais dificuldades com relação ao resultado dos exames é na entrega, por vezes os exames só são entregues quando a mulher já pariu a criança como algumas falas das gestantes deixam claro:

[...] Eu fiz exame de sangue, pra saber se era dengue, mas aí não constatou dengue e depois que eu fiz o exame só fiquei me medicando com paracetamol e pronto, não fiz outro exame e a ultrassonografia morfológica eu acho que foi um mês, acho não, tenho quase certeza que foi um mês contadinho para chegar o resultado, com seis meses eu fiz a morfológica. [...] Linhas (23, 24, 25, 26, 27) G1

[...] Fui. Ainda estou esperando os exames. [...] Linha (26) G2

[...] Aí eu fui fazer, mas ainda não chegou o exame, o exame de sangue, tipo faz uns três meses que eu fiquei boa da Chikungunya, mas até aqui não sei se é Chikungunya ou dengue porque não chegou o resultado ainda. [...] Linhas (19,20,21) G3

Neste contexto deve-se coletar as novas sorologias para STORCH, de acordo a susceptibilidade, em especial sífilis, devido à alta prevalência da doença e ausência de imunidade protetora; coleta de exames para Zika vírus; coleta de exames para Chikungunya e dengue, caso preencham critérios para esses agravos; realização de exames de imagem (USG) no acompanhamento pré-natal. Coleta de soro (10 ml), até o 5º dia do início dos primeiros sintomas (fase aguda); Coleta de urina: até o 8º dia do início dos primeiros sintomas. Coleta de urina até o 8º dia do início dos primeiros sintomas, após a coleta as amostras devem ser investigadas, no caso das amostras paraibanas, devem ser encaminhadas ao LACEN-PB ou encaminhadas ao LACEN-PE, justificando a demora na emissão dos resultados, a ineficiência

da ação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, subnotificações dos casos de Zika vírus (BRASIL, 2016).

Na seqüência das falas pode-se observar que há uma certa demora na emissão dos resultados dos exames laboratoriais, a ausência da realização dos exames de urina e concentração do envio das amostras a instituições de referência que ficam sobrecarregadas com o volume de exames a serem analisados prejudicando a assistência.

4.5.4 CATEGORIA EMPÍRICA XI: Participação nas consultas de pré-natal

A consulta pré-natal é de suma importância dentro do planejamento familiar, pois é nela que os profissionais fortalecem o vínculo com as clientes que, neste ínterim, são as gestantes e puérperas. Nas consultas de pré-natal a presença do companheiro ou de algum familiar fortalece ainda mais o apoio emocional que essa gestante ou puérpera terá, pois a gama de informações que são repassadas em cada consulta vão fortalecendo ainda mais o laço materno e do cuidado, onde pode ser visualizado nesse estudo:

[...] Participei, eu fui a dez consultas do pré-natal, todas as consultas. Confio. Assim, eles (a medicina e a enfermagem) mediam né, a barriga e escutava o bebê, mas na ultrassom nunca deu nada assim, as que fiz foi a de dois meses e a morfológica. Mas não deu pra ver nada, não, só depois que meu filho nasceu, em nenhum dos ultrassons mostrou porque eu só bati a morfológica, aí a outra eu num bati não, eu ia bater aí meu filho nasceu, aí eu num fiz mais não. [...] Linhas (6, 7, 8, 9, 10) P1

[...] Sim. Sim, não, a que eu mais me emocionei foi quando eu escutei o coração, foi assim a mais emocionante, mas todas as consultas eu sempre sou bem recebida e é bem feita, né, eu gosto muito, eu sempre frequento os pré-natais. [...] Linhas (7,8,9) G2

[...] Logo no começo que soube da gestação, do peso direitinho, essas coisas, a pressão, no dia que eu escutei o coração dele a primeira vez, eu estava sozinha. [...] Linhas (6,7,8,9) G3

Após o estabelecimento do vínculo, a gestante acaba participando dos grupos existentes na unidade, trocando experiências e esclarecendo as principais dúvidas. Sendo o

pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, ou seja, entende-se que o processo de educação em saúde, durante as consultas de pré-natal, é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir ou a discussão de doenças, à exemplo do acometimento do Zika vírus na gestação.

A carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores comuns de tensão da gestante que influenciam negativamente durante todo o processo. É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família, desde o primeiro contato com a unidade de saúde. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser. Neste sentido, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal (RIOS et. al, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo conseguiu atingir o objetivo principal que era de conhecer a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/espiritualidade face à epidemia do Zika vírus, onde elucida resultados que apontam para uma percepção positiva em relação à influência da religiosidade/espiritualidade nas gestantes e puérperas que passam pelo enfrentamento de problemas ou enfermidades, com elas ou com o filho (a) que estão gerando.

De certa forma trouxe a liberdade para que as gestantes e a puérpera entrevistadas pudessem relatar qual o sentimento da gravidez em um período de virulência do Zika vírus, Chikungunya e Dengue, mas principalmente do Zika vírus que pode causar aborto espontâneo, microcefalia e alguns distúrbios neurológicos. Foi atestado pela pesquisa sentimentos de medos, incertezas sobre a doença, porém em contrapartida, a felicidade de estar gerando uma vida que durante as entrevistas foram sentimentos expostos com mais frequência que as preocupações com as consequências da patologia.

O entendimento do perfil sociodemográfico mostrou que embora existam diferentes religiões e que a prevalência seja a católica, todas elas foram em comum acordo quando afirmaram que praticam a vivência da espiritualidade e que a espiritualidade está interligada com o físico, dito de outro modo, caso não esteja em paz espiritualmente, o corpo também poderá demonstrar sinais de adoecimento.

Pode-se atestar a discussão em torno da presença de um líder espiritual no contexto da atenção primária, pois esse líder tende a atingir uma quantidade expressiva de pessoas através de programas de rádio, durante missas, cultos ou reuniões, porém ainda não existem convergências em torno dos benefícios da participação do líder religioso no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Dentro do estudo foi constatado que embora as mídias retratem sobre os cuidados de prevenção e as consequências do Zika vírus, uma boa parte da população ainda não tomou consciência da gravidade desta epidemia. Demonstra, também, a frustração de alguns profissionais de saúde sobre a falta de métodos de prevenção mais específicos e um tratamento eficaz, além do atraso na emissão dos resultados dos exames laboratoriais.

O acesso a um rico acervo de informações relacionadas à temática tornou esta pesquisa relevante para o meio científico ao contribuir para a realização de outros estudos

relacionados ao tema da concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus, uma vez que o conhecimento da realidade do município de Picuí-PB pode ser investigado em outras regiões do país, tendo em vista que existem poucos artigos atualizados relacionados ao tema.

REFERÊNCIAS

- ALLPORT, G. W, ROSS, J. M. **Personal religious orientation and prejudice**. J. Pers. Soc. Psychol; 5(4):432-43, 1967.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- AGOSTINHO, S. **Confissões**. Imprensa Nacional Casa da Moeda. Secondin, B, Lisboa, 2001.
- AGOSTINHO, S.COSTA, V.S.; Espiritualidade litúrgica Também na vida vos revistais daquele que vos revestistes no sacramento. **Rev. de Cultura Teológica** - v. 13 - n. 52 - jul/set 2005.
- ALBUQUERQUE, J. D; COSTA, M. B. S; SALAZAR, P. E. L. Avaliação da Qualidade do Gerenciamento Hospitalar na Percepção dos Profissionais. **Rev. Bras. Ciência da saúde**, v.16, n.2, p.205-212, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/12620/7309/>. Acesso em: 08 mar. 2016.
- ARAÚJO, M. R. N; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e prevenção de doenças. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57 (1) :p. 19-25, Brasília- DF, 2014.
- BLANES, R. L. O Líder é o Profeta, o Profeta é o Líder. Continuidades e discontinuidades da liderança carismática no contexto angolano. **Rev. ANTHROPOLÓGIA**, v.25, n.1, p.107-127, 2014. Disponível em: <http://C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2057%20Lideran%C3%A7a.pdf/>. Acesso em: 14 mar. 2016.
- BÍBLIA, N.T. Lucas. **Bíblia Sagrada**. ed. Paulus. Versão Português, São Paulo, 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 29. ed. Atual e ampliada, Saraiva. São Paulo, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Série E legislação em saúde. Brasília- DF, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações gerais: Dengue, Zika e Chikungunya**. Brasília- DF, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil**. Inf Epidemiol SUS 2016: Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/16/COES-Microcefalias--->

[Informe-Epidemiol--gico-17--SE-10-2016--16mar2016--13h.pdf](#) (Acessado em 21 de março de 2016).

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade: um Espiritualidade caminho de transformação**. Sextante, Rio de Janeiro, 2001.

CAMURÇA, M. A. et,al; **Religião, pertencas, crenças e valores na juventude de Minas Gerais**, Paralellus, Recife, v.6, n.13, p 407-428, Jul/Dez 2015.

CÉSAR, A. **Picuí à cidade a história**: Esboço histórico. Prefeitura municipal de Picuí, 2016. Disponível em : <<http://www.picui.pb.gov.br/cidade?id=2/>>. Acesso em: 05 de mai. 2016.

COFEN. Resolução nº311/2007. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem**. Brasília-DF, 2007.

COUTINHO, J. P. Religião e outros conceitos. **Rev. Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 24, p.171-1193, 2012. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10763.pdf/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

Duffy, M R et al. **Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia N Engl J Med** 2009; 360:2536-2543 June 11, 2009 DOI: [10.1056/NEJMoa0805715](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0805715).

DUPUIS, J. **Pluralismo religioso e missão evangelizadora da Igreja**. In: VVAA. **Desafios da Missão**. Mundo e Missão, p. 119-141, São Paulo, 1995.

ELIADE, M. **Imagens e símbolos**: ensaios sobre o simbolismo mágico religioso. Martins Fontes ,São Paulo, 1991.

FERREIRA, M. C. & Mendes, A. M. **Trabalho e Riscos de Adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Ler, pensar, agir Brasília (2003).

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. 14. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

FIRMINO, A. A; MORAES, M. C; NASCIMENTO P. E. A; PAIVA, S. M. A; SILVEIRA, C. A. **Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de minas gerais**. V. 42. Santa Maria, Jan./ Jun, 2016.

FRY, L. W. **Toward a theory of spiritual leadership**. The Leadership Quarterly, [S. l.], p. 693–727, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRERO, G. P, et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.64, n.1, p.53-59.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

HARDY, S. B. **Mãe Natureza**: Uma visão feminina da evolução – maternidade, filhos, seleção natural. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

HENRIQUE et. al. **Teocentrismo Medieval versus Antropocentrismo**. Renascentista, 2009.

HUFFORD, DAVID J. **An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH)**. 2007. Disponível em <<http://www.metanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf/>> Acesso em: 03 Mar. de 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

JUNG, C.G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LEITE, et. al; Aprendendo a cuidar: uma experiência de curso preparatório para mães principiantes. **Rev. Interd. em Cult. e Soc. (RICS)**, São Luís, v. 2, n. 1, p. 9-30, jan./jun. 2016

LIMA, V., H. **Filosofia e cultura**. Escritos de filosofia III. Edições Loyola. São Paulo, 2002.

KOENIG HG, MCCULLOUGH M, LARSON DBB. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University press; 2001.

KOENIG HG, LARSON DB, LARSON SS. **Religion and coping with serious medical illness**. The Annals of Pharmacotherapy 2001(35)352-58.

LARRAÑAGA, I. **O silêncio de Maria**. 16. ed São Paulo: Paulinas 1987.

MANDÚ, E. N. T, et al. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.64, n.4, p.766-773, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a21v64n4.pdf/>>. Acesso em: 11 Abr. 2016.

MARTINS, M. F. M. **Análise bibliométrica de artigos científicos sobre o vírus Zika**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 10, n.1 mar. 2016. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1096>>. Acesso em: 17 mai 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v10i1.1096>.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARX,K. **Sulla religione**. Milão: Sapere Edizioni,1972.

MEAD, M. **Sexo e temperamento**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. In: A atenção primária à saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. **A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem.** Texto contexto - enferm. [online], v. 14, n. 3, p. 411-418, 2005.

MENOSSEI, M. J. et al. Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção de saúde. **R Enferm UERJ.**, v. 13, p. 252-256, 2005.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2007.

MORIN E. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 120 p.; 2005.

MOREIRA, A. A, NETO, F. L, KOENIG, H.G. **Religiousness and mental health Rev Bras Psiquiatria**, 28 (3):242-50, 2006.

ODENT, M. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto.** São Paulo: Ground, 2003.

PICCININI, C. A; GOMES, A. G; NARDI, T. D; LOPES, R.S. **Gestação e constituição da maternidade.** Psicologia em estudo. v.13, n 1, p. 63-72, Maringá jan./mar, 2008.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2 ed. Rio Grande do Sul, 2013.

RICHTH, R. W. **Cruz e cura na teologia e na poimênica de Lutero: Estudos Teológicos**, v. 43, n. 2, p. 7-20, 2003.

RODRIGUES, Cátia C. L. **Católicas e femininas: processos e metamorfoses na formação da identidade sexual e religiosa de mulheres modernas.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Programa de Pós -graduação em Ciências da Religião da PUC, 164 f. São Paulo, 2003.

RODRIGUES, E. M ; NASCIMENTO, R. G ; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-7, 2011.

SCOTT, C; **O dom da maternidade: dez versões para todas as mães.** Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

SPINAK E. **Indicadores cienciométricos.** Ci inform. 27(2); 141-8, 1998.

SILVA, Eliane Moura. **O Espiritualismo no Século XIX: reflexões teóricas e históricas sobre correntes culturais e religiosidade.** IFCH/UNICAMP, Col. Textos Didáticos n.27, Campinas, 1999.

SOUZA, H.R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade do nascer no parto domiciliar contemporâneo.** Dissertação de mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2005.

SOUZA, M. A. **A Influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristão**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Goiás, Escola de Enfermagem. 2009. Disponível em: http://mestrado.fen.ufg.br/uploads/127/original_Marcus_Ant%C3%B4nio_de_Souza.pdf?1391017278/. Acesso em: 15 abr. 2016.

TEIXEIRA, C. M. **Educação de pais gestantes: Uma pedagogia possível segundo o espiritismo como saber emergente e educação integral do ser humano**. Porto Alegre, 2009.

TEIXEIRA, E. F. B. **Emergência da inter e da transdisciplinaridade na universidade**. In: AUDY, J. L. N.; MOROSINI, M. C. Inovação e interdisciplinaridade na universidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, EM. Educação Popular e a Terapêutica Médica. In: Scocuglia A, Melo Neto JF. **Educação Popular; outros caminhos**. João Pessoa (PB): 1999. 9f. [online]. Disponível em: <http://www.geocities.yahoo.com.br/culturadenem/texto7.htm/>. Acesso em: 30 Abr. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A–

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada **“Concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus”** com objetivo de desvelar os limites e possibilidades dessa influência religiosa e espiritual, dos líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas, sendo desenvolvida sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade. (Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Endereço: Sítio Olho d’Água da Bica, S/N, Centro. Cuité-PB. Telefone: (83) 3372-1900).

Você foi selecionado (a) por estar a atuar como líder religioso (a) há mais de seis meses em Picuí e aceita voluntariamente participar deste estudo. Você foi selecionado(a) como profissional de saúde que trabalha na Estratégia Saúde da Família há mais de 01 ano e aceita voluntariamente a participar desse estudo. Você foi selecionada como gestante ou puérpera com idade 18 à 40 anos e aceita voluntariamente a participar desse estudo. Sua participação não é obrigatória. **ATENÇÃO:** Em qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Entende-se como fatores de risco nesta pesquisa: constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionado ao sentimento de intimidação pela entrevista. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Para auxiliar no desenvolvimento da investigação será utilizada entrevista que será gravada com uso de aparelho MP3 Player e norteada pelo roteiro semiestruturado. Não se preocupe: todas as informações que nos fornecer serão utilizadas apenas para este estudo, tudo será confidencial, seu nome ou outras informações pessoais sigilosas não serão utilizadas. O (a) senhor(a) não será pago(a) por sua participação nesse estudo, e nada lhe será cobrado.

Durante o estudo, se o (a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pelo CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa). O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos escolhido pelo CONEP foi o _____ localizado na rua _____, Bairro: _____. Cidade: _____. Telefone para contato: _____.

Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecido todas as suas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, li as informações fornecidas neste formulário de consentimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas me foram respondidas satisfatoriamente. Não estou ciente de quaisquer

condições médicas que eu tenha que tornariam minha participação excepcionalmente perigosa. Assino voluntariamente este consentimento informado, que denota minha concordância em participar deste estudo, até que eu decida em contrário. Não estou renunciando a nenhum de meus direitos legais ao assinar este consentimento.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste termo de consentimento.

Cuité (PB), ____/____/2016.

Luciana Dantas Farias de Andrade

Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

Emanuelle Moraes dos Santos

Pesquisadora



Assinatura por meio da datiloscopia

**APÊNDICE B –
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS LÍDERES
RELIGIOSOS**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Iniciais do nome:	Idade:
Codinome:	Estado Civil:
Município onde reside:	Bairro:
Religião:	Filhos? Quantos?
Profissão:	Escolaridade:
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA (Líderes religiosos)	
<p>1- Há quanto tempo o (a) senhor (a) é líder religioso?</p> <p>2- Como iniciou esta prática?</p> <p>3- Recebe alguma remuneração ou gratificação como líder?</p> <p>4- Com que frequência realiza suas atividades missionárias (Quantas vezes por semana)?</p> <p>5- O que significa religião para o (a) senhor (a)?</p> <p>6- O que significa espiritualidade para o (a) senhor(a)?</p> <p>7- Quais as principais queixas das pessoas que procuram alento na religião/ espiritualidade?</p> <p>8- O (a) senhor (a) frequenta a Estratégia Saúde da Família de sua área?</p> <p>9- Na sua concepção qual a importância da religião/espiritualidade face a epidemia do Zika vírus?</p> <p>10- O (a) senhor (a) indica aos seus clientes que procurem o serviço de saúde?</p>	

**APÊNDICE C –
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Iniciais do nome:		Idade:
Codinome:		Estado Civil:
Município onde reside:		Bairro:
Área em que atua:		Religião:
Profissão:	/ Há quanto tempo?	Escolaridade:
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)		
<p>1- O(a) senhor(a) conhece o trabalho de algum líder religioso?</p> <p>2- Com que frequência o procura?</p> <p>3- Qual sua concepção sobre a influência da religião durante o pré- natal ?</p> <p>4- Qual sua concepção sobre a influência e vivência da espiritualidade durante o pré-natal?</p> <p>5- O trabalho dos líderes interfere direta ou indiretamente nas atividades de promoção, proteção e prevenção de saúde, realizado pela Estratégia de Saúde da Família?</p> <p>6- No seu local de trabalho a grupos voltados para gestantes e puérperas ?</p> <p>7- Que condutas os profissionais de saúde realizam quando se deparam com gestantes e puérperas que apresentam sintomas de Zika vírus?</p> <p>8- Com a grande incidência dos casos de Zika vírus no município, como o senhor (a) encara as frustrações das gestantes e dos familiares ao saberem que seu bebê nascerá com possíveis problemas de saúde (a exemplo da microcefalia e baixo peso) e que o mesmo passará por um longo e, muitas vezes, limitado processo de reabilitação?</p>		

**APÊNDICE D –
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA AS PESSOAS DA
COMUNIDADE**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Iniciais do nome:	Idade:
Codinome:	Estado Civil:
Filhos?	Quantos?
Município onde reside:	Bairro:
ESF em que é atendido:	Religião:
Profissão:	Escolaridade:
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA (PESSOAS DA COMUNIDADE/GESTANTES E PUÉRPERAS)	
<p>1-A senhora conhece o trabalho de um líder religioso (padre, pastor, guia espiritual)?</p> <p>2- Com, que frequência procura o trabalho de um líder (participa de grupos de oração, confissões, reuniões, missas ou cultos)? Passou por algum momento em que precisou da ajuda do líder?</p> <p>3- A senhora participa com assiduidade as consultas de pré- natal? Confia nos profissionais de saúde que ali trabalham? Conte um exemplo de uma consulta feita na Estratégia de Saúde da Família.</p> <p>4- A senhora faz uso do trabalho prestado pelos líderes religiosos e dos serviços prestados na Estratégia de Saúde da Família simultaneamente? Conte-me um exemplo de uma situação em que utilizou os dois serviços simultaneamente.</p> <p>5- Qual o sentimento de estar gestante num período em que a uma epidemia mundial de Zika vírus e que sendo acometida pela mesma o bebê poderá vim a ter complicações decorrentes desta doença?</p> <p>6- Durante a gestação a senhora foi acometida pelo Zika vírus?</p> <p>7- Caso a resposta tenha sido sim: Que condutas foram tomadas a partir do possível diagnóstico?</p> <p>8- Como a senhora vê a influência da religião e espiritualidade dentro da Estratégia de Saúde</p>	

da Família.

9- Se a senhora recebe o diagnóstico que seu filho (a), nascerá com microcefalia e outros problemas associados como reagiria?

10- Se seu filho (a) nasceu com microcefalia e baixo peso como enfrentaria essa situação e onde buscaria apoio?

ANEXOS

**ANEXO A –
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM</p>

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Título do projeto: **Concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus**

Pesquisadores: Emanuelle Morais dos Santos

Luciana Dantas Farias de Andrade

Os pesquisadores do projeto, acima identificados, assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cuité (PB), _____ de _____ de _____.

Emanuelle Morais dos Santos
(Orientanda – Pesquisadora)

Luciana Dantas Farias de Andrade
(Orientadora – Pesquisadora)

ANEXO B –
TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Título do projeto: Concepção de líderes religiosos, profissionais de saúde, gestantes e puérperas acerca da influência da religião/ espiritualidade face à epidemia do Zika vírus

Eu, Luciana Dantas Farias de Andrade, Enfermeira, Professora do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, portadora do registro de trabalho, SIAPE: 1617082, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, _____ de _____ de 2016.

Prof^ª. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade (Orientadora)

ANEXO C –

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE</p> <p style="text-align: center;">CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE</p> <p style="text-align: center;">UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM</p>

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Emanuelle Moraes dos Santos, matrícula 511220062, RG 3.717.274, CPF 100.562.934-02, está realizando uma pesquisa intitulada por **“CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS”**, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade, SIAPE 1617082, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto à comunidade e profissionais de saúde do município de Picuí – PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité (PB), _____ de _____ de 2016.

(Orientanda)

(Orientadora)

**ANEXO D –
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, o graduando Emanuelle Morais dos Santos, Mat. 511220062, RG 3.717.274, CPF 100.562.934-02 estará realizando uma pesquisa intitulada: **“CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS”**, sob a orientação da professora Doutora Luciana Dantas Farias de Andrade, SIAPE 1617082.

Desta forma, declaro que conheço e delego aos pesquisadores o cumprimento dos requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares responsabilizando-os pelas condições para o desenvolvimento do projeto, portanto autorizo sua execução.

Cuité (PB), _____ de _____ 2016.

Alynne Mendonça Saraiva Nagashima

Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem – Cuité/PB

**ANEXO E –
DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Declaro para os devidos fins que os pesquisadores: Emanuelle Moraes dos Santos e Luciana Dantas Farias de Andrade encaminharão os resultados da pesquisa intitulada **“CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS”** para a Plataforma Brasil, logo após a conclusão da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ 2016.

Emanuelle Moraes dos Santos

(Orientanda - Pesquisadora)

Luciana Dantas Farias de Andrade

(Orientadora – Pesquisadora)

**ANEXO F –
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO**



Declaro, para fins de direito, que estou ciente da realização da pesquisa intitulada: **“CONCEPÇÃO DE LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E PUÉRPERAS ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE FACE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS”**, sob orientação da professora Doutora Luciana Dantas Farias de Andrade, SIAPE 1617082, na forma de Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Emanuelle Morais dos Santos, matrícula nº 511220062, RG 3.717. 274, CPF 100.562.934-02.

Desta forma, autorizo o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, bem como a utilização do nome da instituição e a divulgação dos resultados, convergindo com os preceitos éticos da Resolução Nº 466/2012.

Picuí (PB), _____ de _____ 2016.

Elaine Christinne de A. Negreiros

Secretária de Saúde do Município de Picuí/PB