



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

ELI JÔNATAS DA SILVA ROCHA

**CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA
RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.**

**CUITÉ – PB
2016**

ELI JÔNATAS DA SILVA ROCHA

CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE
NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora para análise e parecer como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande campus Cuité.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade

CUITÉ - PB

2016

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

R672c Rocha, Eli Jonatas da Silva.

Concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da região/espiritualidade no processo saúde - doença. / Eli Jonatas da Silva Rocha. – Cuité: CES, 2016.

64 fl.

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

Orientadora: Dr^a. Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Espiritualidade. 2. Processo saúde - doença.
3. Religião. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

ELI JÔNATAS DA SILVA ROCHA

**CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA
RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora para análise e parecer como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande campus Cuité.

APROVADO EM ____ / ____ / 2016

MEMBROS EXAMIDADORES

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

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

Enfermeira Cayla Carolieva Fernandes Ferreira
Examinadora - Membro externo- Secretaria Municipal de NovaFloresta-PB

CUITÉ – PB

2016

A Deus, que me proporciona a sabedoria e as forças para enfrentar com garra e coragem todas as etapas da vida, que me abençoa e me guia nos caminhos das jornadas da vida. **Dedico.**

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida, por não me abandonar nunca, estando sempre comigo nos momentos de atribulação e choro, mas principalmente nos momentos de vitórias sendo ele o responsável por elas, agradeço por ele ser sempre meu refúgio e fortaleza nas horas em que eu pensava em desistir e não sabia o que fazer, mas nele encontrava respostas, agradeço por ser misericordioso comigo mesmo nas horas em que eu pensava não merecer e por me proporcionar sempre o melhor dos meus sonhos.

À **minha mãe Edna Pereira da Silva Rocha**, muito embora morando longe, estava sempre me dando apoio em todas as minhas escolhas que fossem relacionadas aos meus sonhos e a minha felicidade, principalmente ao de prosseguir nos estudos, agradeço também pelo apoio financeiro que me ajudou muito nessa batalha longe de um lar onde tive que aprender morar sozinho.

Ao meu pai Jorge Rocha, por me apoiar em todas as minhas escolhas e acreditar que sou capaz me proporcionando desde cedo escolas de bom preparo para a vida acadêmica.

Aos meus irmãos Jorge Rocha Junior e Ana Eleika, por sempre estarem dispostos a me ajudar literalmente no que eu precisasse, e por me apoiarem durante toda trajetória acadêmica.

À **minha família**, avó Cícera, por me proporcionar moradia nesse meio tempo em que cursei a graduação, aos meus tios e primos, em destaque à tia Adriana, por me ajudar em eventos de enfermidades, onde eu me encontrava fragilizado e precisando de cuidados, e ao primo Adriano Rocha que foi quem me assistiu de perto durante toda minha luta no desenvolver desse trabalho e me fez companhia, o que ajudou a não me sentir tão sozinho em termos familiares.

Aos tios Fátima e José Barros, um casal abençoado que me acolheu em um momento muito difícil da minha vida, e nesse meio tempo me incentivaram desde dos primeiros passos na preparação para ingressar na universidade, e foram quem assistiram de perto minha aprovação no vestibular e me acompanharam desde matrícula do curso me encorajando para a nova vida que eu iria levar.

Ao meu grande amigo Christian Ivon, que por mais que esteja do outro lado do oceano, sempre se preocupou comigo e com o meu desenvolvimento acadêmico, me confortando com conselhos e palavras de apoio em momentos de desânimo e estresses na

trajetória acadêmica e por servir como exemplo, por ser um homem generoso, respeitável, gentil e batalhador.

À Prof^ª. Dr^ª. Luciana Dantas Farias de Andrade, por ter me aceitado de braços abertos como seu orientando, depositando sua confiança em minha responsabilidade e capacidade, por ter me ajudado grandiosamente nas dicas de métodos de desenvolver um trabalho coerente e organizado no decorrer das orientações, por me transmitir a tranquilidade com seu jeito calmo e doce de ser, em momentos de total correria e estresse.

Às minhas grandes amigas, M^a de Lourdes, Thaila Carla e Bruna Damara, por serem como irmãs que encontrei no decorrer do curso, onde em meios as brigas, companheirismo, concelhos, abraços sinceros, lágrimas de aflição acadêmica e principalmente boas risadas, sempre estávamos juntos para enfrentar e ajudar uns aos outros nessa difícil caminhada, agradeço por suprirem em mim a ausência da minha família nessa temporada em que temos que ficar longe deles, a vocês meu muito obrigado, minhas irmãs.

À minhas amigas Brígida e Raquel, que assistiram de perto minha vontade de conquista me apoiando sempre e entenderam minha ausência muitas vezes, agradeço por sempre estarem disponíveis e me ajudar diariamente no que eu precisasse e por serem minhas parceiras dividindo comigo bons momentos de risadas, desafios e cumplicidade.

À minha amiga e colega de profissão Dilma Carla, pelo apoio e compreensão quando eu mais precisei, me ajudando na conciliação do trabalho e as necessidades da vida acadêmica.

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 Jaçanã-RN, por permitir o desenvolvimento da pesquisa com sua população abrangente.

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

“Que os vossos esforços desafiem as possibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

ROCHA, E. J. S. **CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA**. Cuité, 2016. 64 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 religiosidade/espiritualidade e sua relação com a saúde dos indivíduos é notada de forma influenciável no processo saúde-doença da comunidade. A busca pelo transcendente por meio de práticas e fé que geram conforto e bem-estar nos indivíduos influencia e reflete no tratamento por meio técnico-científico exigido pelo atual modelo de saúde hegemônico, principalmente tratamentos alopáticos. Este estudo tem como objetivo conhecer a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença. 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 e membros da comunidade que passaram, ou passam, por problemas de saúde totalizando 18 colaboradores que participaram das entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado. A discussão de nove (09) categorias empíricas oriundas de três (03) categorias analíticas possibilitou o aprofundamento do tema apontando que a maioria das falas convergem para o discurso de que a religião/espiritualidade vem a somar no processo de cura e, se conciliada com tratamento médico, pode proporcionar o conforto, autoestima e maior confiança durante o enfrentamento do problema. Pode-se inferir com a realização deste estudo que foi possível notar que o tratamento espiritual é geralmente procurado por causa da precariedade do SUS (Sistema Único de Saúde) que não atende de forma em que venha suprir a necessidade dos indivíduos, acarretando assim, em alguns casos, o abandono do tratamento médico pelo tratamento exclusivo espiritual.

Palavras-chave: Processo Saúde-doença. Espiritualidade. Religião.

ABSTRACT

ROCHA, E. J. S. **DESIGN OF RELIGIOUS LEADERS, PROFESSIONALS OF HEALTH AND COMMUNITY ABOUT THE INFLUENCE OF RELIGION / SPIRITUALITY IN THE PROCESS HEALTH DISEASE.** Cuité , 2016. 64 f . Work Completion of course (Bachelor of Nursing) . Academic Unit of Nursing. Education and Health Center . Federal University of Campina Grande . Cuité- PB, 2016

The religiousness/spirituality and its relation to the health of individuals is noted for bias form in the process of community health and disease. The search for the transcendent through practices and faith that generate comfort and well-being in individuals influences and reflects on the treatment by technical-scientific environment required by the current hegemonic health model, especially allopathic treatments. This study aims to evaluate the design of the religious leaders, health professionals and community about the influence of religion/spirituality on health-disease process. This is an exploratory-descriptive study of predominantly qualitative nature, methodologically based on historical and dialectical materialism. The survey was conducted with religious leaders, health professionals and community members who have, or go for health problems totalizando 18 employees who participated in the interviews guided by a semi-structured script. Discussion nine (09) empirical categories from three (03) analytical categories enabled the issue of deepening pointing out that most lines converge to the speech that religion/spirituality is to add up the healing process and is reconciled with medical treatment, can provide comfort, self-esteem and greater confidence in facing the problem. It can be inferred with this study it was possible to note that the spiritual treatment is usually sought because of the precariousness of SUS (Sistema Único de Saúde) that does not meet the way that will meet the need of individuals, resulting thus in some cases, abandonment of medical treatment by spiritual exclusive treatment.

Keywords: Health-Disease Process. Spirituality. Religion.

LISTA DE TABELA E QUADRO

TABELA 01- Dados de caracterização sócio demográfica dos colaboradores do estudo, Jaçanã, R, 2016.....pág 32

QUADRO 01- Seleção da categorias analíticas e categorias empíricas.....pág 34

LISTA DE SIGLAS

RN- Rio Grande do Norte

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

OMS – Organização Mundial da Saúde

MDH- Materialista Histórica e Dialética

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

ACS- Agente Comunitário de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	pág 15
2.OBJETIVOS.....	pág 17
2.1 Objetivo geral.....	pág 17
2.2 Objetivos específicos	pág 17
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	pág 18
3.1 Religiosidade e espiritualidade.....	pág 18
3.2 Processo saúde-doença.....	pág 21
3.3 Líderes religiosos.....	pág 22
3.4 Profissionais de saúde.....	pág 24
3.5 Comunidade.....	pág 25
4.CAMINHO METODOLÓGICO.....	pág 27
4.1 Consideração metodológicas.....	pág 27
4.2 Tipo de pesquisa.....	pág 27
4.3 Cenário da pesquisa.....	pág 28
4.4 Sujeito da pesquisa.....	pág 28
4.5 Instrumento para coleta de dados.....	pág 30
4.6 Procedimento para coleta de dados.....	pág 30
4.7 Análise dos dados.....	pág 31
4.8 Aspectos éticos da pesquisa.....	pág 31
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	pág 32
5.1 Perfil sócio demográfico dos profissionais de saúde, líderes religiosos e comunidade do município de Jaçanã-RN.....	pág 32
5.1.1 Parte 1- Dados de Caracterização da amostra.....	pág 32
5.2 Categoria analítica e categorias empíricas.....	pág 34
5.2.1 Crença no sobrenatural e a convergência entre tratamento alopático e apoio espiritual no processo saúde-doença.....	pág 35

5.2.1.1 Crença no sobrenatural na cura da enfermidade.....	pág 35
5.2.1.2 Relevância do tratamento médico na enfermidade de indivíduos religiosos/espiritualizados.....	pág 37
5.2.1.3 Relevância da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da enfermidade.....	pág 38
5.2.2 Ênfase no tratamento espiritual no processo saúde-doença.....	pág 39
5.2.2.1 A Procura dos fiéis pelo poder divino é maior quando estão enfermos em busca de cura e/ou conforto.....	pág 39
5.2.2.2 Relato de líderes religiosos sobre cura divina.....	pág 40
5.2.2.3 Orientação de líderes ao tratamento médico dos fiéis.....	pág 41
5.2.3 Limites e potencialidades do apoio espiritual o processo saúde-doença.....	pág 42
5.2.3.1 Pacientes que deixam o tratamento médico pela fé.....	pág 42
5.2.3.2 Relatos de profissionais de saúde sobre a conciliação de tratamento médico e espiritual do indivíduo religioso/espiritualizado adoecido e o conforto pela fé.....	pág 43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	pág 44
REFERÊNCIAS.....	pág 46
APÊNDICES.....	pág 52
APÊNDICES A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	pág 53
APÊNDICES B- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA DE LÍDERES RELIGIOSOS.....	pág 54
APÊNDICES C- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	pág 56
APÊNDICES B- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA DE COMUNIDADE.....	pág 57
ANEXOS.....	pág 58
ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	pág 69
ANEXO B- TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR O TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	pág 60

ANEXO C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	pág 61
ANEXO D- CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM.....	pág 62
ANEXO E- DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	pág 63
ANEXO F- DECLARAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JAÇANÃ-RN.....	pág 64

1. INTRODUÇÃO

A religiosidade, que é o ato de um indivíduo passar a acompanhar, crer e praticar uma religião enquanto a espiritualidade é uma dimensão inerente que cada um possui para contribuir com sua autenticidade em face de si própria, ao cotidiano e ao mundo. A espiritualidade pode ou não estar vinculada à religião, embora ambas envolvam fatores que estão ligadas, pois é tida como um composto de convicções que englobam as explicações do sobrenatural aos eventos da vida, porém não são sinônimos (LUCCHETTI et al. 2011; CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011; TEDRUS; FONSECA, 2010).

Dessa forma, os indivíduos passam a praticar doutrinas e buscar conhecimentos sobre o poder divino e nele, o conforto, explicações e possíveis soluções de problemas, contudo essa prática pode influenciar de forma negativa no processo saúde-doença, pois os indivíduos passam a deixar de lado o tratamento médico, principalmente alopático, e buscam tranquilizar-se frente à enfermidade e amenizar a sintomatologia recorrente da doença por meio espiritual (GUERRERO et al, 2011).

Os líderes religiosos apoiam os pacientes, com visitas, por exemplo, no entanto os influenciam pois o paciente, ao se encontrar no contexto de adoecimento, passam a buscar conforto na fé pregada, e enxergam de forma pessimista, entendendo que não existe resolubilidade nos serviços de saúde (ESPÍNDULA; VALLE; BELO; 2010).

Os profissionais devem agir diante de pacientes religiosos/espiritualizados, de modo que veja o indivíduo em sua totalidade e, assim, buscar ajudá-los a lidar com o enfrentamento do problema, tratamento adequado, reabilitação e até mesmo aceitação do que possa ocorrer, mesmo que durante a sua formação acadêmica o modelo de ensino, geralmente, não abranja o espiritual no cuidado para com ser humano. (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010).

Esse estudo será de extrema relevância, visto a contribuição para aumentar os estudos realizados nesta temática e instigar novos pesquisadores, tendo em vista que pesquisas dessa natureza não tenham sido realizadas no Município de Jaçanã-RN.

Como discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, matriculado na disciplina de Projeto de Monografia, surgiu a aproximação e interesse pelo estudo e desenvolvimento da pesquisa, a partir de uma proposta

oferecida pela orientadora, através de diálogos e leituras de artigos sobre a influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença.

Essa pesquisa justifica sua realização face a constatação da escassez de estudos que abordem a problemática da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença especificamente na cidade de Jaçanã-RN.

Em conformidade a essa realidade, o objeto desse estudo é a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religiosidade/espiritualidade no processo saúde-doença e diante disso surge a seguinte questão: qual a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religiosidade/espiritualidade no processo saúde-doença?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as características do perfil sócio-demográfico de líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade;
- Desvelar a influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença;
- Elucidar as contradições entre religião/espiritualidade e o processo saúde-doença no município de Jaçanã-RN.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Religiosidade e espiritualidade

A religião é o meio, criado, para possível contato com uma força divina, com um ser poderoso e supremo, uma busca pelo saber e por explicações que vão além do que é visível e tocável ao ser humano, por meio de um sistema de práticas, imagens, cultos organizados que, por meio da crença, é tido como caminho elaborado para facilitar o acesso ao transcendente (LUCCHETTI et al. 2011).

A religião passa a ser comum no cotidiano dos seres humanos, pois existe a curiosidade sobre a criação do Universo, sobre quem criou e quem controla. O conceito de religião se dá ao ato de acreditar na existência de um autor divino do universo, o qual tem o poder e autonomia de controlar sua criação (TEDRUS; FONSECA, 2010).

O Brasil, desde sua colonização e influências do povo Europeu, foi considerado um país religioso de maioria católica, e esse número por mais que tenha sido diminuído, continua com maior índice de pessoas que afirmam ser desta religião, apesar disso, o território é misto e flexível para condescendência de outras práticas religiosas (CAMBOIM; RIQUE, 2010).

Segundo Lima (2012) os dados do censo demográfico constataam que a religião católica é, de fato, a que predomina no Brasil com índices de 64,6% dos habitantes, ficando assim com 22,2% os da religião evangélica, a segunda religião praticada pelos mesmos, e por se tratar de um país misto, os espíritas também tem sua representação com índices envolvendo 2,0%.

A prática da religião, de acordo com sua crença, e grupos organizados ou não, levando o indivíduo a ter contato pessoal com o poder superior sobrenatural o qual ele crê, é definido como religiosidade (LUCCHETTI et al. 2011). Dessa forma, no que se refere às práticas religiosas utilizadas para o contato com o sobrenatural, cada religião se adequa e aceita a sua doutrina e rituais para cultuá-los colocando em prática o exercício da espiritualidade de cada indivíduo integrante (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

O indivíduo que se submete a aceitar e se adequar a doutrinas religiosas e suas práticas, visam conquistas de uma melhoria de qualidade de vida, bem-estar e o não adoecimento físico e mental, deixando-os se sentir mais fortes para o enfrentamento dos problemas, de forma mais confortável, mesmo aqueles indivíduos que já se sentem afetados espiritualmente por situações difíceis, que é considerado pelos mesmos como um castigo divino (GOBATTO; ARAÚJO, 2010; ARREIRA et al. 2011; GUERRERO et al. 2011).

A religiosidade é comumente praticada pela humanidade por levar conforto interior ao ser, dando-lhes um direcionamento à existência, assim como as ajudam a criar autoconfiança para lidar com os problemas e dificuldades que surgem comumente no decorrer da vida, seja ela sofrimento ou até mesmo a própria morte (CAMBOIM; RIQUE, 2010). É conceituada como ato de um indivíduo passar a acompanhar, crer e praticar uma religião (LUCCHETTI et al. 2011).

Segundo Dalgalorrondo (2008) apud Camboin e Rique (2010), a religiosidade transforma-se no decorrer das fases da vida. A execução da religião é realizada de forma diversificada, de acordo com a etapa e como o indivíduo se encontra: criança, adolescente, adulto ou idoso. A vivência da religiosidade, no entanto, é aprendida de acordo com as transformações e enfrentamentos biopsicossociais que cada ser está passando em sua trajetória.

Na infância, a criança está em fase de total adequação e conhecimento, passando a ser influenciada no meio em que vive, e a religiosidade passa a ser nessa fase, praticamente abstrata ou inexistente, porém, no decorrer do tempo a criança desenvolve, por meio de práticas e costumes, atos que demonstram a crença em algo, como no ato de ser ensinada desde cedo a rezar a um Deus e de pedir a benção a padrinhos e avós, em busca de receber como resposta uma benção de Deus (PIRES, 2011).

Os adolescentes, por estarem em transformação e formação do seu intelecto, costumam questionar e se posicionar, geralmente de forma negativa ou duvidosa, sobre a existência de uma verdade suprema e força maior e, dessa forma, acaba deixando de lado a religiosidade (PIAGET apud CAMBOIM; RIQUE, 2010). O que difere da fase adulta onde o indivíduo já tem uma opinião mais formada e mais experiências acerca da religiosidade (CAMBOIM; RIQUE, 2010).

De acordo com Cavalcante (2002) apud Lucchettiet al. (2011), os idosos estão em uma fase da vida em que começam a pensar na morte e o que acontece depois dela, tendo em vista que é a última fase do ciclo vital, passando a pensar, cada vez mais, na finitude da vida e, em consequência disso, buscam respostas existenciais, assim como o conforto, para seu bem-estar na religiosidade e práticas religiosas.

A espiritualidade é definida como o sentido que o ser humano busca para achar consigo mesmo e com o seu bem-estar, é uma dimensão inerente que cada um possui para contribuir com sua autenticidade em face de si próprio, ao cotidiano e ao mundo. A mesma, por estar presente e ser notável em diversificados seres humanos, independente de sua

situação biopsicossocial, pode ser ou não vinculada com a religião (CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011).

Pedrão e Beresin (2010) relatam que, por intermédio da espiritualidade, os indivíduos buscam conhecer os significados e sentidos das religiões. Vinculada ou não à religião, a espiritualidade está ligada a religiosidade, pois é tida como um composto de convicções que engloba as explicações do sobrenatural aos eventos da vida, porém não são sinônimos (TEDRUS; FONSECA, 2010).

A espiritualidade e a religiosidade são entendidas como fatores de vasta complexidade e englobamento, onde uma não nega a outra, por ambas buscarem o poder divino para suprir suas questões existenciais, que podem até levar à prática de cultos religiosos, porém, não obrigatoriamente a espiritualidade deve estar ligada à religião (CAMBOIM; RIQUE, 2010).

O modo de vida em que as pessoas levam, pode expressar e por em prática a sua espiritualidade, tendo em vista que atos como solidariedade, ajudar o próximo, ter em si amor e dá-lo, viver bem consigo mesmo e com o meio, são atos que tornam o indivíduo um ser espiritualizado (SOLER et al, 2012; FRANCISCO et al, 2015).

Segundo Solderetal (2012) a formação da espiritualidade humana se constrói através da forma de pensar e ser de cada um, onde eles buscam em seu ser intrínseco uma harmonia para se entender consigo mesmo, para melhor entender o sobrenatural, para encontrar conforto e sintonia com o meio em que vive, para que, dessa forma, passe a encontrar formas de mudanças benéficas para suas vidas através da fé em uma força divina.

Espiritualidade e religiosidade estão interligadas entre si, evidenciada por Oliveira e Junges (2012), porque ambas buscam o autoconhecimento de cada indivíduo e o conhecimento sobre o transcendente. A espiritualidade de cada indivíduo é reforçada e fortalecida conforme a situação em que cada um passa, pessoas que sofrem com patologias começam a procurar intensificar sua espiritualidade, em busca de tranquilizar-se frente à enfermidade e, com isso, amenizar a sintomatologia recorrente da doença (GUERRERO et al, 2011).

Segundo Batista e Mendonça (2012) o tratamento de pessoas acometidas por enfermidades que faz uso da espiritualidade como método de solução para o problema enfrentado, necessitam interligar o mesmo com os cuidados biomédicos, onde ambos devem acontecer paralelamente um ao outro para melhor resultado.

O cuidado para com os clientes, que usam da espiritualidade e religiosidade como fator essencial para sua recuperação, deve partir do profissional de saúde de forma que

compreendam, ouçam, respeitem e entendam as crenças do paciente para que seja prestada uma assistência integral, humana e qualificada. Contudo, faz-se alusão às vulnerabilidades na formação dos profissionais de saúde que trabalham frente a essa situação (ARRIEIRA et al, 2011; GOBATTO; ARAÚJO, 2013; CERVELIN; KRUSE, 2015).

3.2 Processo saúde-doença

O conceito de saúde, desde 1947, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é tida como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (DAMARZO,2011).

A Saúde é conceituada, segundo Scliar (2007), como um fator variável de pessoa para pessoa, onde não se representa de uma mesma forma para todos os indivíduos, dependendo da conjuntura de posição social, financeira, cultural e política, assim como de valores individuais, estado fisiológico e concepção científica. Ao adoecer é que pode ser percebida a saúde, pois ela é plena e, muitas vezes, não identificada anteriormente por seu silêncio, devido à inexistência de uma limitação entre a saúde e a doença, deve-se conhecer o nosso corpo para garantir uma saúde em ótimo padrão, tendo em vista que o adoecimento vem de fatores determinantes biopsicossociais, alimentares, climáticos, cotidianos, convivências e de relações com a sociedade, ou seja, o que é essencial para sobrevivência saudável também pode ser causador de problemas para ela (VIANNA, 2011).

Doença é compreendida não só como um distúrbio, um problema fisiológico e apresentação situacional biológica do organismo, afirma-se isso tendo em vista que o termo é destinado também ao mal-estar, à desarmonia com o meio em que se vive e ao sofrimento acerca de dor, prazer, desconforto e perturbação, de modo geral, doença é um resultado multifatorial que afeta o indivíduo biologicamente e psicologicamente, por meios genéticos, químicos, físicos e sociais (VIANNA, 2011).

O processo saúde-doença é um termo que abrange fatores relacionado a saúde e a doença da população e estratégias de adaptação do ser humano ao meio em que vive para o seu bem estar biopsicossocial. Esses fatores, relacionados a saúde-doença, se modificaram ao longo da história e da evolução humana conforme a necessidade de obter interpretações lógicas e racionais sobre as transformações sociais. Dessa forma, passou-se a desenvolver as tecnologias, relacionadas ao processo saúde-doença, e das ciências naturais, e logo toda manifestação só seria tida como verdadeira depois que comprovada a certificação dessa chamada ciência positiva (FONSECA; ENGRY; BERTOLOZZI, 2006).

A expressão processo saúde-doença segundo Sousa (2010), envolve o social e o biológico dos indivíduos, uma vez que este processo é determinado pelo modo e condições que o indivíduo tem, de que é e como se eles se alimentam, e pelas relações que determinam o modelo econômico da comunidade estão inseridos. Uma vez que o processo saúde-doença é demarcado historicamente pela forma de inserção social do indivíduo na sociedade e pela interação dele com a natureza (FONSECA; ENGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Existe, no processo saúde-doença, teorias interpretativas, que contemplam o progresso das forças produtivas da sociedade: Teoria unicausal da doença, teoria multicausal da doença e a teoria da determinação social do processo saúde-doença (FONSECA; ENGRY; BERTOLOZZI, 2006)

A teoria é a unicausal da doença, onde a enfermidade era adquirida por fatores externos ao corpo do indivíduo e o mesmo não tinha controle sobre ela, pela crença de ser forças sobre naturais, mas com o passar do tempo foi descoberto as causas das doenças através de microrganismos (FONSECA; ENGRY; BERTOLOZZI, 2006).

A teoria multicausal da doença que tomou o espaço da unicausal, a que perdeu espaço gradativamente, acredita que a doença é adquirida por diversas causas e a preocupação era a não propagação da doença por meio de medidas que não fossem onerosas para a população. Foi nessa teoria que surgiu a tríade, que classificavam três categorias para as causas da doença: o agente, o hospedeiro e o meio, onde se propagavam em ambientes desfavoráveis à normalidade (FONSECA; ENGRY; BERTOLOZZI, 2006).

A teoria da determinação social do processo saúde-doença, é evidenciada pelo caráter biológico e pelo caráter social, onde a organização social é base relevante pois visa a vida do indivíduo em sociedade, além do fundamento biológico. No entanto, nessa teoria, o processo saúde-doença aprofunda a visão e passa a organizar pequenos grupos, que por características individuais, se identificam diferentemente, como agrupamento por idade, por sexo, idade, religião, entre outros. Desse modo, o processo saúde-doença vai notar a morbimortalidade peculiares desses grupos e posteriormente compara-los com outros grupos (FONSECA; ENGRY; BERTOLOZZI, 2006).

3.3 Líderes religiosos

A função de prestação de serviços de controle, organização e responsabilidade é chamada de liderança e, por meio dela, o indivíduo que exerce tal papel tem o objetivo de atender o que for necessário à coletividade, onde a qualidade da prestação de serviços vai

estar diretamente associada a ele uma vez que, de forma hierárquica, precisa exercer orientações e tomadas de decisões. Tal cargo é adquirido através tanto do dom natural de liderar, como da formação científica, assim como tantas outras formações profissionais, uma vez que também pode tornar-se líder através de mérito conquistado no local ao qual vai atuar (ALBUQUERQUE; COSTA; SALAZAR, 2012; SÁ; AZEVEDO, 2010; FERNANDES; SOARES, 2012).

O ambiente ao qual o líder atua deve se manter equilibrado, uma vez que, por mais que o líder seja considerado chefe, as sugestões e a relação interativa com os demais membros devem ser levados em consideração, para que seja uma liderança democrática de forma a garantir a produtividade satisfatória em relação às metas a serem alcançadas valorizando o envolvimento ativo de todos (GOSENDO; TORRES, 2010; ARAUJO et al, 2013; SANTOS et al, 2013).

O desenvolvimento de metas estabelecidas em instituições religiosas deve ser elaborada, buscada e realizadas pelos seus respectivos líderes. Por se tratar de âmbitos independentes de governo e, muitas vezes, filantrópicos, a instituição se mantém através de doações e arrecadações de seus fiéis, assim como também podem ajudar com os recursos arrecadado para ajudar os menos favorecidos e necessitados financeiramente (BLANES, 2014). Além das metas, os líderes também prestam seu serviço levando o conhecimento sobre o sobrenatural, assim como servir de intermediário no contato entre o poder divino e o indivíduo que o busca, aumentando a fé dos mesmos na crença da existência em Deus(es), e de melhora no cotidiano nessa vida e em uma vida posterior à morte (SOUZA, 2009; MENEZES, 2012; BLANES, 2014).

O contato com o poder divino é algo que necessita de fé e sintonia com o sobrenatural e, por mais que os líderes religiosos levem esse conhecimento sobre a existência dos mesmos, ele necessita conscientizar os seus fiéis assim como se auto conscientizar de que também é um humano, e que está ali por competência adquirida por meio de estudos embasados em sua religião ou por mérito divino, mas não são deuses ou santos, dessa forma, os fiéis não se confundirão. Cargos importantes em instituições religiosas, assim como em muitas outras instituições, costumam ser oferecidos aos indivíduos que se destacam no contexto, desta forma, alguns fiéis tentam se destacar visando lograr êxito na ocupação de tais cargos (MENEZES, 2012; BLANES, 2014).

Essa busca pelo poder divino através da religiosidade/espiritualidade e por meio dos líderes que levam esse conhecimento às pessoas tem sido observado que passam a interferir

no processo saúde – doença, pois, segundo Garrett (2010), alguns fiéis passam a valorizar sobremaneira o poder divino em contraposição à medicina tradicional resultando na interrupção do tratamento alopático estabelecido pelo médico.

Mesmo aqueles impossibilitados de se locomover até o local de adoração e contato com o poder divino, líderes religiosos de diversas religiões fazem visitas às instituições de saúde, assim como visitas domiciliares, em suma, vão ao encontro do enfermo para ofertar palavras divinas como forma de apoio (SILVA, 2011; CERVELIN; KRUSE, 2015). Portanto, esse apoio ofertado pelos líderes religiosos, seja em instituições ou através de visitas domiciliares, acaba influenciando o indivíduo em duas vertentes: na complementaridade entre a saúde e a religião potencializando o tratamento alopático; ou na vertente da idolatria religiosa quando se enfatiza as práticas religiosas em detrimento ao tratamento alopático, dado a fragilidade com que se encontra o ser humano no contexto de adoecimento e a não resolubilidade dos serviços de saúde (ESPÍNDULA; VALLE; BELO; 2010).

3.4 Profissionais de saúde

Profissionais são indivíduos que exercem uma profissão através de habilidades adquiridas por meio de estudos profissionalizantes, onde esse processo de educação profissional permite o acesso ao conhecimento e o desenvolvimento de práticas, porém, ainda necessita-se da estimulação reflexiva sobre o conhecimento voltado à adequação ao âmbito de trabalho e sua realidade, para que sejam tomadas iniciativas voltadas a realidades enfrentadas (FONSECA; LARA, 2015).

Os profissionais de saúde, por sua vez, os quais estudam a ciência da saúde em seu processo de profissionalização são os que promovem, previnem e atuam na reabilitação dos indivíduos e comunidade, através do cuidado direto por meio de atividades e práticas clínico-assistenciais que abrangem aspectos biopsicossociais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A competência é um dos atributos essenciais dos profissionais de saúde, é definida como uma habilidade de agir de forma eficaz frente às diversificadas situações, em busca de resolvê-las, fazendo uso de seus conhecimentos científicos, mas sem se limitar apenas a ele. Os profissionais precisam usar de sua criatividade, iniciativa e comprometimento, para desenvolver um serviço adequado para melhoria da qualidade de vida da população. A comunicação e o respeito às diferenças, são itens complementares e atributos do profissional da saúde, melhorando laços entre a equipe do âmbito de trabalho, onde ocorrem trocas de

conhecimentos, assim como laços com os usuários do serviço prestado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Ao cuidar de pacientes espiritualizados e/ou religiosos, que se otimizam e creem que uma força natural possa curá-los, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades, em sua maioria, pois desde suas formações acadêmicas não se teve a preparação para enfrentar tal situação, devido ao modelo de aprendizagem, que é geralmente usado, seja o modelo hegemônico, dito biomédico, que não abrangem os aspectos religiosos, ambientais e psicossociais do processo de adoecimento. Dessa maneira, é relevante ressaltar que desde a academia, o profissional precisa aprender sobre o modo e ver o indivíduo em sua totalidade e, assim, buscar ajudá-los a lidar com o enfrentamento do problema, tratamento adequado, reabilitação e até mesmo aceitação do que possa ocorrer (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010).

3.5 Comunidade

O termo comunidade nos últimos tempos vem ganhando cada vez mais significados, desde grupos de pessoas que habitam um mesmo espaço, como cidade, bairro ou local, passando por grupos de pessoas que participam de práticas que tem em vista os mesmos objetivos, como grupos religiosos, até mesmo os grupos de internautas em redes sociais também são englobados nesse conceito abrangente, porém mesmo sendo um termo complexo que engloba diferentes situações, se resume em fundamentos que envolve tradição. Segundo Castells (1999), as comunidades são formadas pela busca de benefícios e cobiça dos indivíduos envolvidos, dessa forma nasce, a partir dessas intenções de ganância e status, a identidade de cada comunidade, na visão de manter o padrão ou de adquirir transformações para melhoria (PERUZZO; VOLPATO, 2009).

No processo saúde-doença, por meio da promoção da saúde, a comunidade é um fator importante e essencial para uma melhoria na saúde e prestação de serviço, que por meio de estratégias da equipe de profissionais de saúde, a população da comunidade deve interagir com os mesmos e entre si, para melhor compreender a prevenção, riscos e agravos sobre como a doença atinge os diferentes grupos sociais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

As comunidades religiosas, que são diversas, porém ligadas ao contato com o sobrenatural, se apresentam de forma onde o conjunto de indivíduos praticam atos e tem buscas em comum uns com os outros, e tais características se opõem ao modelo de

comunidade facilmente notada no mundo atual, onde existe o individualismo, a perda de valores e raízes culturais (ALMEIDA et al. 2011).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Considerações metodológicas

Trata-se de uma pesquisa de aspecto Materialista Histórica e Dialética (MHD). O Materialismo dialético foi formulada por volta do século XIX, pelos seguintes teóricos: Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895), na busca de elucidações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Tendo em vista que se faz também necessário descobrir as leis dos fenômenos da qual a investigação se ocupa, dessa forma, para compreender melhor as articulações detalhadas do problemas do objeto estudado (MINAYO, 2007; TRIVIÑOS, 2009).

Segundo Gil (2008) a dialética proporciona bases para uma compreensão dinâmica e da totalidade da realidade, uma vez que determina que os fatos sociais não são entendidos quando considerados fatos isolados, contudo, a dialética favorece as mudanças qualitativas, opondo-se ao modo de normas quantitativas.

O materialismo histórico dialético analisa as leis sociológicas que investiga a forma de organização do homem na sociedade, de seu histórico evolutivo e práticas sociais na evolução da humanidade (TRIVIÑOS, 2009).

O método dialético, que faz uso de complexo teórico e abstrato, tem a finalidade de chegar à essência real e concreta. Já o aspecto materialista constrói o conhecimento científico por meio do apoderamento da realidade objetiva. Dessa forma, a distinção entre concreto e o empírico são as reflexões do pensamento que aprimora a realidade analisada (PIRES, 1997; MASSON, 2007).

O método histórico dialético é um instrumento competente para análise do senso comum, que ajuda no entendimento da prática do poder espiritual pelo pensamento proveniente do empírico e abstrato até reunir-se com o concreto (PIRES, 1997).

4.2 Tipo da pesquisa

A pesquisa teve caráter exploratório-descritivo, onde foi desenvolvida predominantemente a partir da abordagem qualitativa, de modo que foi possível notar expressões comportamentais humanas a partir de diálogos, e também foi possível analisar a relação humana e suas experiências (MINAYO, 2007).

O caráter exploratório, proporciona uma investigação antecipada do estudo e visa possibilitar mais informações acerca do tema que foi abordado, onde o pesquisador será incentivado a aprofundar-se ao assunto, tornando mais fácil a demarcação dos objetivos a serem alcançados, do problema enfrentado e também da hipótese (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Já o estudo descritivo, por sua vez, segundo afirma Prodanov e Freitas (2013), retrata as características de supostas populações ou ocorrências, através de coletas de dados padronizadas. Tal caráter de pesquisa tem como objetivo alicerçar e compreender os traços de um determinado grupo, buscando dessa forma esclarecer a existência entre variáveis (GIL, 2010).

O método qualitativo tem o papel de desvelar processos sociais e a relação dinâmica do mundo real e do homem, por meio de opiniões, percepções, crenças, expressões de sentimentos. Esse método também proporciona a formulação de novas abordagens, criação de novos conceitos e categorias no decorrer da pesquisa e revelando o que não pode ser representado numericamente (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010; MINAYO et al, 2007).

4.3 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Jaçanã, Rio Grande do Norte, localizado atualmente na região do Trairí, a qual é descrita segundo o IBGE (2010), como município que teve seu primeiro nome chamado Flores, formada por Francisco de Paula, Vicente Ferreira de Bulhões, Fortunato de Medeiros e João Fernandes da Silva, instalada na serra do Coité, mais precisamente na povoação Boa Vista. No ano de 1938, era fazenda polo de povoamento no distrito de Jericó, município de Santa Cruz-RN. Já no ano de 1953, por meio de influência e decisões do deputado Teodorico Bezerra, houve um avanço no desenvolvimento local, dessa forma, em 1963 tornou-se Município.

Analisado pelo Censo do IBGE (2010), o município de Jaçanã é habitado por 7.925 habitantes, sendo 5.333 na população urbana e 2.592 na população rural, desses 3.935 são do sexo masculino e 3.990 do sexo feminino.

A cidade se localiza a cerca de 39 km da cidade de Santa Cruz-RN, que possui a maior estatua religiosa do mundo.

A cidade possui três (3) Unidades Básicas de Saúde, um (1) hospital e um (1) Centro e Referência da Assistência Social, e foram nesses locais que foi desenvolvida as entrevistas,

por meio de questionário semiestruturado, com o profissionais e saúde. A cidade também possuem dois (2) centro espíritas, uma (1) igreja católica, uma (1) capela católica, uma (1) igreja adventista e três (3) igrejas evangélicas, e foram entrevistados os colaboradores líderes religiosos que se encontravam presentes nestes locais. Os membros da comunidade foram entrevistados nos seus domicílios.

Após a aprovação de todos os trâmites do Comitê de Ética (Resolução 466/12 conforme apêndice A), necessários à viabilização de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram representados por dezoito (18) colaboradores sendo eles seis (6) profissionais de saúde, seis (6) líderes religiosos, sendo padres, pastores e líderes espíritas, e 6 membros da comunidade do município de cidade de Jaçanã- RN. A amostra da pesquisa foi formada por sujeitos que se adequem aos critérios de inclusão, não desistirem do estudo em nenhuma das etapas realizadas, elegíveis até a saturação teórica por exaustão.

Os fatores de risco desse estudo, que podem ocorrer são: constrangimento, estresse emocional, omissão de respostas relacionadas ao sentimento de intimidação pela entrevista.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para realização da pesquisa com Líderes religiosos:

- Líderes religiosos com idade superior a 18 anos;
- Líderes religiosos que residem em Jaçanã-RN há mais de 06 meses;
- Líderes religiosos que atuam no município de Jaçanã-RN há mais de 06 meses;
- Líderes religiosos que tenham atendido mais de 05 (cinco) pessoas da comunidade com seu devido acompanhamento da patologia;
- Líderes religiosos 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 os profissionais de saúde:

- Profissionais de saúde com idade superior a 18 anos;
- Profissionais de saúde que trabalhem na Estratégia Saúde da Família há mais de 06 meses;
- Profissionais de saúde que conhecem ou já ouviram falar do trabalho dos Líderes religiosos;
- 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:

- Pessoas com idade superior a 18 anos;
- Pessoas que residem em Jaçanã-RN há mais de 01 ano;
- Pessoas que de certa forma procuram na espiritualidade/religiosidade a cura ou complemento do serviço de saúde, e que verbalizam que retornariam e indicariam o serviço a outras pessoas;
- 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 e pessoas da comunidade:

- Não convergirem com os critérios de inclusão acima citados;
- Por motivos pessoais, ou de outra natureza, e em qualquer etapa da pesquisa, os sujeitos desistirem de contribuir, mesmo se já tenha assinado o TCLE;
- Interferências políticas, religiosas, culturais ou de quaisquer naturezas que prejudiquem a continuidade da pesquisa.

4.5 Instrumento para coleta de dados

A coleta do material empírico foi facilitada por um roteiro semiestruturado de entrevista (APÊNDICE A) contendo questões referentes aos dados sócio demográficos dos sujeitos da pesquisa e perguntas voltadas à apreensão de conteúdos pertinentes aos objetivos investigados. Estas abordarão sobretudo questões relacionadas a concepção dos mesmos, sobre a influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença.

A entrevista 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).

Já a entrevista com uso do roteiro semiestruturado é caracterizada por obedecer a um roteiro onde este é apropriado fisicamente e utilizado pelo investigador. Este instrumento oferece apoio claro na sequência das questões, facilitando a abordagem para o pesquisador (MINAYO, 2010).

Segundo Triviños (2009) a entrevista com uso do roteiro semiestruturado oferece ao participante mais dinamismo, que segue uma linha de pensamento, relatando suas experiências de acordo com o foco principal imposto pelo investigador.

4.6 Procedimento para coleta de dados

Considerada uma das etapas mais importantes do estudo, a coleta de dados é base essencial para o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita, pois é a partir da coleta que os fatos podem ser analisados, elaborados, interpretados e dessa forma foi realizada, por fim, a discussão dos resultados do estudo (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.

Foram utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e o uso de gravador MP3 permitido pelo colaborador, para melhor aproveitamento das falas nas transcrições.

4.7 Análise dos dados

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.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa só foi iniciada após apreciação e aprovação do CEP envolvido com número do Parecer 1.642.756, respeitando todos os preceitos da Resolução N°. 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 foram garantidos mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi fornecido em duas vias no ato da entrevista.

Os métodos utilizados obedeceram à Resolução N°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Foi solicitada a permissão de utilização de gravadores portáteis para as entrevistas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, neste íterim, a caracterização e apresentação dos materiais oriundos da transcrição das falas dos sujeitos refletindo o universo empírico dos seis profissionais de saúde, seis líderes religiosos e seis membros da comunidade do município de Jaçanã-RN acerca da influência da religiosidade/espiritualidade no processo saúde-doença sendo confrontados com o arcabouço teórico da literatura pertinente.

5.1 Perfil sócio demográfico dos profissionais de saúde, líderes religiosos e comunidade do município de Jaçanã- RN

Para melhor visualização do perfil dos profissionais de saúde, líderes religiosos e comunidade, no município no qual foi realizada esta pesquisa, foi construído uma tabela demonstrando o, faixa etária (idade), profissão, religião e sexo destes colaboradores.

5.1.1 Parte 1 - Dados de Caracterização da Amostra

Tabela 01. Dados de caracterização sócio demográfica dos colaboradores do estudo, Jaçanã, RN, 2016.

SUJEITO	IDADE	PROFISSÃO	RELIGIÃO	SEXO
COMUNIDADE				
C1	25	Desempregada	Testemunha de Jeová	Feminino
C2	28	Desempregada	Católica	Feminino
C3	71	Agricultor	Evangélico	Masculino
C4	50	Funcionária Pública	Evangélica	Feminino
C5	47	Comerciante	Católica	Feminino
C6	59	Aposentada	Católica	Feminino
LIDERES RELIGIOSOS				
LR1	68	Pastor	Evangélico	Masculino
LR2	40	Padre	Católico	Masculino

LR3	50	Missionário	Católico	Masculino
LR4	31	Líder Espirita/Locutor	Umbanda	Masculino
LR5	27	Pastor	Evangélico	Masculino
LR6	27	Líder Espirita/ Vendedor	Umbanda	Masculino
PROFISSIONAIS DE SAÚDE				
PF1	34	Assistente Social	Católica	Feminino
PF2	36	Psicólogo	Evangélico	Masculino
PF3	46	Agente comunitária de saúde	Católica	Feminina
PF4	28	Enfermeira	Evangélica	Feminina
PF5	28	Enfermeira	Evangélica	Feminina
PF6	29	Técnica de Enfermagem	Católica	Feminina

Fonte: Dados da pesquisa: 2016

Ressalta-se a relevância da profissão na tabela para expor que, por mais diversificado que seja, os sujeitos entrevistados estão ligados ou são indivíduos religiosos/espiritualizados e que todos foram colaboradores importantes para a pesquisa, como a ACS, que foi muito valiosa entre os profissionais de saúde entrevistados, pois profissionais dessa categoria possuem conhecimento amplo sobre a realidade da comunidade visto que por meio deles se permitem um elo entre a comunidade e a equipe de saúde com maior vínculo com a população (MACHADO et al., 2016).

Com relação a religião dos sujeitos da pesquisa, foi de fato diversificado, porém a maioria faz parte da religião católica, contando 8 dos 18 colaboradores, o que corrobora com o estudo de Camboim e Rique (2010) que por mais que o Brasil tenha outras influências religiosas, o catolicismo ainda é predominante entre a população, desde quando foi trazida por influência europeia na época da colonização.

A tabela expõe o sexo dos sujeitos colaboradores da pesquisa e nota-se a predominância do sexo feminino na pesquisa contando com 10 sujeitos do sexo feminino dos 18 colaboradores, tendo em vista que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados foram profissionais de enfermagem, sendo todas do sexo feminino, o que tem relação com o estudo de Lima (1997) apud Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) que relata que as mulheres predominam na enfermagem pelas características historicamente herdadas de que as mulheres ficam destinadas aos cuidados com os enfermos.

Contudo, o sexo masculino também foi um número bastante expressivo na pesquisa contando 8 sujeitos dos 18 entrevistados, onde é perceptível a predominância masculina na liderança religiosa, uma vez que por herança cultural e embasamento nas escrituras bíblicas, o homem é considerado mais apto a liderar desde os primórdios históricos por desenvolver tais atividades como líderes familiares ou de seu grupo, o que tem relação com a pesquisa de Lima (2012) em que homens são maioria no ato de liderar religiosamente seus grupos, principalmente no catolicismo, onde é facilmente notável que a igreja é liderada por padres predominantemente do sexo masculino.

5.2 Categoria analítica e categorias empíricas

O Quadro 1 evidencia as contradições e o reconhecimento da essência das opiniões dos profissionais de saúde, líderes religiosos e comunidade sob o embasamento metodológico do Materialismo Histórico Dialético que possibilitou a construção de três categorias analíticas e oito categorias empíricas, permitindo a compreensão das múltiplas determinações existentes na essência do concreto pensado.

Quadro 1: Seleção das categorias analíticas e categorias empíricas

	CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS
COMUNIDADE	Crença no sobrenatural e as convergências entre tratamento alopático e apoio espiritual no processo saúde-doença	Crença em poder sobrenatural na cura da enfermidade
		Relevância do tratamento médico na enfermidade de indivíduos religiosos/espiritualizados
		Relevância da

		religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da enfermidade
LÍDERES RELIGIOSOS	Ênfase no tratamento espiritual no processo saúde-doença	A Procura dos fiéis pelo poder divino é maior quando estão enfermos em busca de cura e/o conforto
		Relato de líderes religiosos sobre cura divina
		Orientação de líderes ao tratamento médico dos fiéis
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Limites e potencialidades do apoio espiritual no processo saúde-doença	Pacientes que deixam o tratamento médico pela fé
		Relatos de profissionais de saúde sobre a conciliação de tratamento médico e espiritual do indivíduo religioso/espiritualizado adoecido e o conforto obtido pela fé

Fonte: Dados da pesquisa: 2016

5.2.1 Crença no sobrenatural e a convergência entre tratamento alopático e apoio espiritual no processo saúde-doença

5.2.1.1 Crença em poder sobrenatural na cura da enfermidade

A fé no poder divino, é tida para os indivíduos da comunidade entrevistada como método curativo sobrenatural, onde a partir de uma força maior se adquire a cura não antes encontrada por meio de outros métodos, como por exemplo por meio do tratamento alopático, podemos notar isso nas falas dos relatos a seguir:

*[...]Eu adoeci...eu adoeci...e sai procurando de médico em médico solução...gastando dinheiro com remédio...é mas...quando eu aceitei Jesus, na primeira semana Jesus me curou já faz vinte e cinco anos...e quem me curou foi Jesus...Eu acredito nos milagres de Cristo [...]***C3**

[..]a cura que foi feita na minha vida foi na base de oração e na fé que eu, minha família e meus amigos temos em Deus, e que se não fosse essa fé, é... e a força que a gente tinha, e temos até hoje graças a Deus, nas nossas

orações, e sabemos que Deus ele escuta nossas orações...Talvez eu nem estivesse aqui pra dizer o que eu estou dizendo[...] C2

[...]Jeu creio em Deus que Deus me curou, eu não tenho do que duvidar...eu tenho que confiar, pedir, entregar a ele, então...Creio que ele pode tudo [...]

C4

[...]Jeu já vi diversas coisas, diversos testemunhos, de curas, que o senhor fez na vida de milhões de pessoas, e continuo vendo, dia após dia. Isso pessoalmente, na igreja, por televisão, e por diversas outras formas, eu acredito sim! Que...que a cura ela vem no momento em que você abre o coração pra Deus realizar aquilo na tua vida... então o milagre, seja qual for, que a gente precise na vida da gente, pra gente testemunhar e falar... na...na nossa crença, ele só acontece a partir do momento que que nós abre a porta do nosso coração para que Deus possa realizar. Creio na cura divina, porque a cura que foi feita na minha vida [...] C3

Por mais que a medicina e seus avanços técnicos e científicos, suas descobertas, sua eficiência e praticidade venham a contribuir de forma eficaz na vida de indivíduos enfermos, os métodos culturais tanto adquiridos historicamente pela sociedade em que estão inseridas, como pelos preceitos religiosos e principalmente pela fé em um poder divino, envolvem os indivíduos para uma busca por meios sobrenaturais de cura, onde depositam sua fé, e quando eventualmente são curados ou apresentam melhora na situação em que se encontrava afirmam que a cura foi obtida milagrosamente, o que sanciona com o estudo de Nery (2006) que diz que apesar dos avanços medicinais, a fé no sobrenatural e uma possível cura para enfermidades não ficaram esquecidas no passado nem foram totalmente substituídas pelos valores científicos.

A crença em que, dentre muitos atos de submeter-se, como as práticas, sacrifícios, votos, orações até mesmo através dos líderes religiosos, pudesse obter-se a cura ou conforto diante do enfrentamento do problema, isso é observado nas seguintes falas:

[...]depositamos a fé nele, ele realiza milagre e prodígios em nossa vida. E eu acredito Sim! Que até no caso do padre Marcelo Rossi, ele teve depressão também, ele não usou de medicamento, ele só usou de oração e sua comunhão com Deus e ele conseguiu vencer[...] C2

[...]Creio na cura divina, porque a cura que foi feita na minha vida foi na base de oração e na fé [...] C2

[...]Creio. Acredito que por meio de sacrifícios nas coisas de Deus, rezar, orar, louvar e cantar. Oração além de curar pode chegar também ao reino do céu, eu creio em Deus[...] C6

[...]Eu creio que eles oram e pede a cura, e a gente tem que crer e a gente recebe [...] C4

A execução da espiritualidades, atribuída como busca de melhoria do bem-estar, é paralelamente exercitada com a religiosidade na busca do contato com o poder divino para recebimento da cura, onde os indivíduos no momento usam de sua fé para realizar atos que os

levar a soluções dos problemas e/ou ao conforto e força para enfrentá-los, como orações, práticas, cultos, sacrifícios, preces e promessas o que ligam eles diretamente a doutrinas adotadas por religiões que executam cultos ao seu Deus, onde por meio desses atos de doar-se em troca de benefícios e também por meio de relatos e orações de seus líderes e testemunhos de outros fiéis, acreditam serem curados (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

5.2.1.2 Relevância do tratamento médico na enfermidade de indivíduos religiosos/espiritualizados

Apesar de ser observado durante o estudo, através de relatos em entrevista, que a fé e a busca pela solução divina são bastante relevantes na vida dos indivíduos, os mesmos convergem essa busca conciliando com o tratamento médico, isso fica claro nas falas dos colaboradores a seguir:

[...] a bíblia diz que Deus deixou os médicos como complemento espiritual, e os médicos eles ajudam a gente. Com auxílio do médico e também com o auxílio espiritual, não deixando de fazer as coisas que eu fazia antes, procurando manter minha espiritualidade é o que tá complementando, então é um complemento, juntos [...] **C1**

[...] a oração naquele momento, eu não estava tão forte para me apoiar tanto nela, por isso que eu tive que me apoiar no tratamento também. Ai conciliou, o tratamento, a religião e a oração [...] **C2**

[...] tem que seguir o tratamento médico, primeiro tem que crer em Deus, Deus dá mas tem que ter sabedoria, tem que procurar o médico, a medicina, porque Deus dá...Primeiramente Deus, depois...a medicina. Só é crer que Deus cura sem a medicina. Pra ficar mais seguro tem que ir pra medicina [...] **C4**

[...]Eu acredito no poder divino, e ele deu sabedoria aos médicos a operar por meio deles [...] **C5**

A medicina com sua eficácia e métodos embasados na ciência faz da necessidade o uso de uma aliança com o tratamento espiritual, uma vez que a diversidade de pacientes seja numerosas, desse modo consequentemente as crenças também, e com base nos preceitos da ética profissional tida pela medicina em relação aos seus clientes, dispõe que exista uma relação entre ciência e forças divinas em busca de um avanço na melhora das situações dos indivíduos adoecidos, que por sua vez acreditam e buscam o tratamento alopático mas não deixando a fé de lado, pois acreditam que os médicos são usados por Deus ao buscar curar as pessoas, e essa harmonia e caminhos paralelos entre métodos científicos e fé ajudam no tratamento, reabilitação e conforto dos indivíduos adoecidos (AURELIANO, 2013).

Em contrapartida, existem algumas falas que mostram a divergência, onde fiéis não dão a devida importância ao tratamento, principalmente alopático, por acreditarem apenas na cura divina de suas enfermidades, e relatam abandono do tratamento ou não relevância a importância do tratamento médico quando comparada ao poder divino:

*[...]Primeiramente Deus, depois...a medicina. Só é crer que Deus cura sem a medicina [...]***C4**

[...]os remédios não servia, e eu entreguei pra Deus, dispus nas mãos de Deus [...] **C6**

[...] abandonar o médico pra esperar em Deus né? Já, ai Deus me curou [...] **C3**

A forma defasada em que se portam alguns dos profissionais de saúde acabam refletindo de forma direta no processo saúde-doença, de maneira em que pacientes chegam a abandonar o tratamento médico e com isso se prejudicam em relação a cura da doença ou cuidados paliativos para o bem-estar e conforto, refletindo dessa maneira a espera da cura por outros meios, como a fé, e assim ocorrendo muitas vezes agravos do problema por falta de tratamento médico adequado (DUARTE ET AL.,2010).

5.2.1.3 Relevância da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da enfermidade

A fé, a crença, a religiosidade e a espiritualidade foram reconhecidas como tratamentos paliativos que trazem a confiança e o conforto no enfrentamento do problema enfrentado, onde por mais que a cura não tenha chegado ainda, o bem-estar se encontra elevado por meio dos mesmos, isso foi notado nos relatos a seguir:

*[...] nunca senti doença, nunca me senti doente, nunca senti que eu tive a doença, nem tenho e nem que estou passando por isso. Estou seguindo porque tenho que seguir, mas eu creio que estou curada [...]***C4**

*[...] todo meu conforto espiritual, financeiro e material... tudo eu tiro da minha fé [...]***C5**

*[...]oferece a confiança, e se a gente tá confiante a gente está conformada, porque é assim, se eu creio em Deus que Deus me curou, eu não tenho do que duvidar...eu tenho que confiar, pedir, entregar a ele, então...Creio que ele pode tudo [...]***C4**

*[...]eu acredito que...hoje a minha religiosidade é o que me faz ficar de pé [...]***C2**

Em meio ao estado emocional frente a situação em que o indivíduo se encontra, a espiritualidade é acentuada e vem como conforto, pois traz para o mesmo a certeza de que

tudo vai ficar bem e a tranquilidade em meio ao problema, e essa crença em uma força divina possa curar chega a diminuir o medo, desconforto, ansiedades e até mesmo sintomas decorrentes da enfermidade, trazendo a auto confiança e a credibilidade de que estão curados (GUERRERO et al, 2011).

5.2.2 Ênfase no tratamento espiritual no processo saúde-doença

5.2.2.1 A Procura dos fiéis pelo poder divino é maior quando estão enfermos em busca de cura e/o conforto

As instituições, as igrejas, as casas de apoio, os terreiros entre outros locais onde se pode encontrar contato espiritual com o poder divino ou sobrenatural são os locais procurados pelos fiéis muitas vezes em busca de respostas, conforto, contato com o sobrenatural, soluções para problemas e até mesmo a procura da cura de enfermidade. De acordo com os relatos de líderes religiosos que participaram da pesquisa, nota-se que essa procura aumenta quando os fiéis estão passando por problemas e/ou enfermidades, como observa-se nas seguintes falas:

[...] Muitas vezes só vão compreender a Deus na hora do sofrimento ou problema, seja ele não só de saúde. (Linha 40,50) LR4

[...] muitos procuram a fé, porque já carregam no coração essa certeza que se buscar através da fé vai ser curado[...] LR5

[...]de modo particular em depressão procuram muito a igreja [...] LR3

[...] Porque a saúde está desacreditada, porque você chegar no hospital e você não ter um remédio...você não ter um atendimento...você não ter...você já chega debilitado, porque... tanto espiritualmente como mentalmente, porque a doença lhe tira o chão. Você chega no hospital, você quer um acolhimento, quer uma cura, e não tem quem atenda, não ter por exemplo, não ter um...uma injeção, não ter nenhum material de fazer um curativo...então isso decepciona muito as pessoas [...] LR2

O enfrentamento de uma enfermidade é uma situação difícil de ser aceita pelo indivíduo acometido, as dúvidas surgem na cabeça de cada um e a preocupação no que possa vir a ocorrer fica muito mais intensa, pode-se afirmar que enfrentar uma doença não é fácil, e em meio ao medo e tantas incertezas é comum que as pessoas adoecidas passem a despertar dentro de si uma vontade de se sentir confortável, e com isso colocando-se a prática do exercício da espiritualidade, onde começam a acreditar que algo vai deixá-los bem, tranquilos e confortáveis diante da situação enfrentada (GUERRERO et al, 2011).

A busca por um conforto extra tratamento médico, como o tratamento espiritual, em algumas situações, é decorrente da saúde fragilizada oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que encontra-se com limitações estruturais, dificuldade de oferta de serviços universais, sobrecarga de trabalho laboral e, por esta razão, procedimentos mal executados e atendimentos precários o que corrobora com Pagotto, Nakatani e Silveira (2011) o que pode justificar o aumento pela procura por igrejas, líderes religiosos, casas de apoio espiritual, terreiros, em suma, tratamento espiritual.

5.2.2.2 Relato de líderes religiosos sobre cura divina

A cura divina procurada em locais como, por exemplo, em igrejas, ou por meio de práticas e rituais, em terreiros, é buscada não só pelo ambiente espiritualizado como no caso de fiéis que vão às igrejas rezar sozinhos por acreditarem que o ambiente é santo, mas sim pela presença de um líder local que orienta seus fiéis conforme a crença, palavra ou doutrina que rege a instituição, e a cura divina é pregada pelos mesmos e até mesmo práticas são realizadas por eles, para que leve aos fiéis a crença em que a solução do problema será encontrada.

Foram observados nas falas que o tratamento espiritual é tido como paralelo ao tratamento médico, onde ambos caminham juntos, porém conforme a vontade do fiel, pois segundo os líderes, eles pregam o poder sobrenatural à cura, mas orientam sobre o tratamento médico e esperam a decisão do fiel:

[...]é importante a cura espiritual, é sim, também se cura pelo espiritual, mas é importante também conciliar os dois, andar sempre junto. O que a igreja chama de fé e razão [...] LR2

[...]Mostraria a fé para ela primeiro, aí ela opinaria se buscaria pela fé, ou se pelo tratamento médico, mas eu mostraria sim a fé para ela [...]LR5

Os líderes religiosos desempenham o papel de levar aos seus fiéis a crença em que determina a instituição, nesse meio termo a fé é estimulada e a pregação em que existe um poder soberano que tudo pode são ações presentes em seu dever de liderança frente aos fiéis, no entanto, por se tratar de indivíduos religiosos/espiritualizados, que creem que tudo vai melhorar e buscam essa melhora, os líderes não desconsideram e aconselham o uso paralelo do tratamento biomédico (BATISTA; MENDONÇA, 2012).

Por meio das falas é possível notar que os líderes relatam que a cura pode vir através do desempenho do fiel frente ao sobrenatural, podendo ser essa cura bem sucedida ou não,

pois a mesma é muitas vezes dada por merecimento e por desenvoltura na busca do poder divino, dessa forma a cura pode ser adquirida pelo próprio fiel:

[...] nós, como líderes religiosos, contribuimos com a conversa que você queria ouvir, e assim tomar certas decisões que levam a sua própria cura [...]

LR4

[...] tudo depende do seu pensamento, da sua fé, da sua sugestão, então tem pessoas que tem a cura por merecimento, que pode ser um processo reencarnatório [...]

LR2

[...]a fé dele poderia curar, porque tudo depende da fé, se a fé for grande, o sacrifício, busca e dedicação for feita direitinho as entidades podem até ajudar [...]

A fé em que a cura pode ser obtida por meio divino e práticas é comum aos que buscam além do tratamento médico o tratamento espiritual, que por muitas vezes ocorre pela precariedade do serviço de saúde ao qual se deparam, o que corrobora com o estudo de Pereira et al. (2004), mas contudo a fé também tem seus limites, e muitos podem vir a receber a cura ou não.

5.2.2.3 Orientação de líderes ao tratamento médico dos fiéis

Os líderes veem o tratamento médico como necessário, contudo acham que a falta de recursos governamentais na saúde, recursos hospitalares, a falta de material e a pobreza do atendimento público de saúde no Brasil são as principais causas em que o fiel passa a desacreditar no tratamento médico e buscam mais o tratamento espiritual em busca da cura e conforto, mas mesmo com todas as limitações na saúde os líderes afirmam indicar o tratamento médico, nota-se isso nas seguintes falas:

[...] eu sempre tento fazer isso, fazer essa fusão, né? Entre a espiritual, que a pessoa se sustenta na fé, se cura também pela fé, mas também mostrando...mesmo com uma saúde que nós temos, que é tão precária, no Brasil, que nós temos, mas mesmo assim, ainda oriento as pessoas, os familiares que procurem ajuda médica, que não fujam disso, dessa situação. Porque eu acredito que Deus deu inteligência ao homem para ele ser um médico, pode ser um padre ou enfermeiro...Deus também deu esse poder deles descobrir soluções para determinadas doenças, e cura [...]

LR2

[...] normalmente nós levamos a oração, e no momento de oração e de reflexão, nós indicamos também a medicina, porque diante de cada quadro Deus opera também nos medicos, essa é nossa orientação [...]

LR3

A necessidade da conciliação do tratamento espiritual andar paralelo ao tratamento médico é essencial para a melhor evolução do quadro de saúde dos indivíduos, o que condiz com o estudo de Batista e Mendonça (2012), tendo em vista que o espiritual prioriza cuidar da alma, do bem-estar e a medicina prioriza o físico.

5.2.3 Limites e potencialidades do apoio espiritual no processo saúde-doença

5.2.3.1 Pacientes que deixam o tratamento médico pela fé

A fé em uma cura sobrenatural, por meio divino, influencia no processo saúde-doença dos indivíduos religiosos/espiritualizados de forma que atrapalha o tratamento médico, muitos chegam a abandonar o tratamento alopático, a pesquisa mostra que idade, religião, gravidade da doença, fragilidade e condições físicas são alguns dos fatores que colaboram para o abandono do tratamento, algumas das falas dos profissionais de saúde entrevistados nesse estudo deixam claro:

[...] vi pacientes que se recusaram a fazer tratamento por causa que ele cria que Deus ia curar ele sem o tratamento [...] PS5

[...]principalmente em pacientes debilitados, em estágio terminal...é...pacientes que recebem resultados não esperados e principalmente idosos que por... em sua maioria, por estarem em uma fase da vida em que já viveu muito, se apegam mais a religiosidade pensando na aproximação com a morte, e quando doentes se entregam muitas vezes a doença e como falam, entregam na mão de Deus e espera na fé que sejam curados [...] PS6

[...] pacientes em caso terminal de câncer, por exemplo, que estão fragilizados, muitas vezes abandonam o tratamento por não verem resultados, e pela mudança física que acontece, se deprimem ainda mais, e acabam encontrando conforto e busca pela cura na fé que são levadas até eles em domicílio, por religiosos que pregam o poder divino. E.. Já vivenciei casos de jovens religiosos que, que...adquirem doenças do mundo, entre aspas, como diz eles, e por não ter como se explicar a sua igreja ou a sua família, se negam a fazer tratamento e se apegam só a Deus para curar e outros até faz zuada, nas visitas domiciliares porque não querem fazer uso de medicamento por crer que Deus vai curar, principalmente hipertensos e diabéticos [...] PS6

[...]Em pacientes que abandonam o tratamento médico para esperar na fé influência negativamente...e não pouco não, porque um chegam até a morrer, maioria na verdade [...] PS6

No decorrer da vida o ser humano já tem em si a ideia de que a morte vem depois da velhice, essa ideologia é comum, e ao chegar na fase idosa, os indivíduos começam a temer a morte e, com isso, passam a se tornarem mais espiritualizados e, decorrente disso, muitos

procuram na religião o contato com forças divinas para conforto e até mesmo a cura em casos de enfermidade, como por exemplo pacientes em estado terminal ou acometidos por câncer, essa convicção também foi relatada no estudo de Borges et. al (2006) que explica como a morte é encarada diferentemente em cada fase da vida e quando existe a enfermidade.

5.2.3.2 Relatos de profissionais de saúde sobre a conciliação de tratamento médico e espiritual do indivíduo religioso/espiritualizado adoecido e o conforto obtido pela fé

A conciliação do tratamento médico com o tratamento espiritual, segundo as falas dos profissionais de saúde colaboradores desse estudo, deixam claro que a espiritualidade ajuda positivamente no enfrentamento da doença a partir do momento que ela começa a trazer o conforto e segurança para esses indivíduos, que por estarem fragilizados e, muitas vezes, desacreditados buscam e aceitam todo e qualquer tipo de ajuda ofertada, conforme os relatos a seguir:

[...] a fé é...essa espiritualidade, seja ela independente de religião, dá um diferencial a pessoa que está se tratando [...] **PS1**

[...] A maioria dos pacientes não rejeita o poder da cura vinda do médico, e por estarem doentes, eles buscam todos os meios para se curarem, então eles agregam tanto a medicina e maior parte a fé, que envolve na cura [...] **PS2**

[...] a fé melhora a questão do enfrentamento, diante da realidade da enfermidade [...] **PS4**

[...] Porém, é muito importante, pacientes que professam sim uma fé, ao meu ponto de vista, essa conciliação é eficaz. Mas muitos levam mais a fé como relevante, claro que aceitavam o tratamento, mas diziam que tinham a fé que seriam curados por Deus no caso [...] **PS4**

O conforto e o bem-estar são buscas primordiais dos indivíduos que enfrentam enfermidades que debilitam, ocorre desgaste físico ou mudanças e, conseqüentemente, desgastes psicológicos também, e esses sentimentos positivos são gerados para o conforto espiritual, que leva ao paciente a autoestima e promoção de forças para encarar o problema de forma mais otimista (MOURA et al., 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo conseguiu atingir o objetivo principal que era de conhecer a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença, elucidando resultados que apontam para uma percepção positiva em relação à influência da religiosidade/espiritualidade nos indivíduos que passam pelo enfrentamento de problemas ou enfermidades, onde foi atestado pela pesquisa que essa circunstância traz o conforto e o bem-estar para a autoestima dos indivíduos nesses eventos da vida.

O conhecimento do perfil sócio demográfico dos colaboradores foi bastante relevante na pesquisa, uma vez que foi possível perceber que todos exerciam uma religião, e que por mais que diversificadas, todas tinham a mesma ideia que o tratamento espiritual deveria caminhar junto com o tratamento médico e que existia um elo de respeito entre a ciência e o divino e entre a assistência e o assistido. Contudo, foi possível notar em várias falas dos colaboradores que por mais que fazendo uso das duas formas de tratamento, eles davam mais credibilidade e confiança ao tratamento divino e que isso em alguns dos casos ocasionou abandono do tratamento médico, notando-se assim uma contradição entre ambos os tratamentos.

A concepção dos três diferentes públicos alvos da pesquisa - líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade - caminharam em convergência acerca da influência positiva que a religião/espiritualidade traz no processo saúde-doença dos indivíduos enfermos, deixando evidenciado que a qualidade de vida dos pacientes melhoravam significativamente.

A pesquisa além da concepção dos colaboradores, e por meio dela, evidenciou que o Sistema Único de Saúde executado de forma precária, desorganizada e mal aplicada, que é a realidade encontrada, infelizmente atingiu a comunidade com mais um prejuízo, pois conforme o estudo muitos passam a buscar apoio no tratamento espiritual pois não encontram o tratamento médico de qualidade.

O estudo possibilitou o acesso a um rico acervo de informações relacionadas à temática, e isso tornou a pesquisa relevante para o meio científico ao contribuir para outros estudos e pesquisas relacionadas ao tema, abrangendo o conhecimento para que novos pesquisadores possam desenvolver novos estudos. Foi importante para o conhecimento da realidade do município de Jaçanã-RN acerca da natureza do estudo, visto que pesquisas como essa não tenham sido realizadas anteriormente no mesmo.

A contribuição para o pesquisador foi ímpar, pois foi possível notar a realidade da assistência e da comunidade para melhor enfrentamento e adequação como futuro profissional de saúde.

Para os colaboradores a pesquisa foi importante para a reflexão de que a realidade da temática existe e é comum, e que é importante existir a qualidade do atendimento, a procura pelo serviço e a demonstração da importância da conciliação entre os tratamentos.

Portanto, espera-se que este estudo contribua para o enriquecimento da temática e que se torne um meio de conhecimento público e que novos estudos surjam nessa temática para melhorar a assistência à saúde da comunidade englobando ações, métodos e intervenções que envolvam os cuidados dos pacientes religiosos/espiritualizados durante o enfrentamento dos problemas envolvendo assim o completo cuidado biopsicossociais desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

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: 03 abr. 2016.

ALMEIDA, A.C. et al. Comunidades religiosas: a busca pelo enraizamento social na alta modernidade. **Revista de C. Humanas**, Viçosa, 2011. Disponível em: <<http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/artigo9vol11-2.pdf>>. Acesso em: 30 abr 2010.

ANDRADE, M.M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes; BRASIL, S. L. . Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, 2007. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1421/1057>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

ARAUJO, et al. Preferência por tipos de liderança: Um estudo em empresa sergipana do setor hoteleiro. **Estudos de psicologia**, v.18, n.2, p.203-211, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a05.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2016.

ARREIRA, I. C. O, et al. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Ciência cuidado saúde**, v.10, n.2, p.314-321, 2011. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v10n2/14.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

AURELIANO, Waleska de Araújo. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37013676/Terapias_Complementares_E_spirituais_Final.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1473808629&Signature=G%2FJ%2FSL7QB9b%2Flhr99epST0JctA4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTerapias_espirituais_e_complementares_no.pdf>. Acesso em: 08 de setembro de 2016.

BATISTA, S; MENDONÇA, A. P. A. Espiritualidade e qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev. bioética (impr)**, v.20, n.1, p.175-178, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/723/748>. Acesso em: 01 abr. 2016.

BLANES, R. L. O Líder é o Profeta, o Profeta é o Líder. Continuidades e descontinuidades da liderança carismática no contexto angolano. **Rev. Anthropologia**, v.25, n.1, p.107-127, 2014. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2057%20Lideran%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2016.

BORGES, A.D.V.S. et al. PERCEÇÃO DA MORTE PELO PACIENTE ONCOLÓGICO AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago., 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>>. Acesso em: 06 de setembro de 2016.

CALDEIRA, Sílvia; BRANCO, Zita Castelo; Vieira, Margarida. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Rev. de Enfermagem Referência**. p.145-152, III Série - n.º 5 - Dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a15.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

CAMBOIM, Aurora; RIQUE, Júlio. RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE DE ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS. **Rev. Brasileira de História das Religiões**. ANPUH, Ano III, n. 7, Mai. 2010. Disponível em:

<<http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf6/11Aurora.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

CEVELIN, A. F; KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. **Rev. Enferm. UFPE [online]**, Recife, v.9, n.(supl.3), p.7615-7624, 2015. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6353/pdf_7670>. Acesso em: 03 abr. 2016.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Rev. e Amp.**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. Disponível em:

<[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=doen%C3%A7a%20conceito&ots=CS8aVw2mJh&sig=bq4X-](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=doen%C3%A7a%20conceito&ots=CS8aVw2mJh&sig=bq4X-7ThxONRs4tMScD6I5sw4kc#v=onepage&q=doen%C3%A7a%20conceito&f=false)

[7ThxONRs4tMScD6I5sw4kc#v=onepage&q=doen%C3%A7a%20conceito&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=doen%C3%A7a%20conceito&ots=CS8aVw2mJh&sig=bq4X-7ThxONRs4tMScD6I5sw4kc#v=onepage&q=doen%C3%A7a%20conceito&f=false)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

DERMAZO, Marcelo Marcos Piva. **Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde**. Modulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2011. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

DUARTE, M.T.C. et al. Reasons for medical follow-up dropout among patients with arterial hypertension: the patient's perspective. Rio de Janeiro: **Ciência & saúde coletiva** v.15, n.5, 2010. Tab. graf Disponível em: Acesso em: 09 setembro de 2011.

ESPINDULA, J. A; VALLE, E. R. M; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Americano Enfer**, v.18, n.6, p.8 telas, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf>. Acesso: 07 abr. 2016.

FERNANDES, U; SOARES, N. V. Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul. **J NursHealth**, Pelotas, v. 2, n.1, p.38-43, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2056.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2016.

FONSECA, Rubiane Giovani; LARA, Larissa Michelle. **Valores e atributos da profissão na perspectiva de estudantes de Educação Física**. Maringá, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/19714/pdf_31> Acesso em: 30 abr. 2016.

FRANCISCO, D. P, et al. Contribuições do serviço de capelania ao cuidado de pacientes terminais. **Rev. Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.1, p.212-219, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71438421026.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Jaçanã- Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riograndedonorte/jacana.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_norte.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2016.

GARRETT, Andreia Filipa Alves. A influência da religião/espiritualidade na saúde: apoio social e estratégias de coping como variáveis mediadoras, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2637/1/ulfp037478_tm.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOBATTO, C. A; ARAUJO, T. C. C. F. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.52-63.2010, Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a05.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

GOBATTO, C. A; ARAUJO, T. C. C. F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v.24, n.1, p.11-34, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%201.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

GOSENDO, E. E. M; TORREZ, C. V. Influência dos valores organizacionais sobre estilos de gerenciamento em empresas de pequeno porte. **Paideia**, v.20, n.45, p.29-38, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-863X2010000100005&pid=S0103-863X2010000100005&pdf_path=paideia/v20n45/a05v20n45.pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2016.

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: 02 abr. 2016.

KAURK, F. D. S; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: Um Guia Prático**. Itatuba/ Bahia: Via Litterarum, 2010.

LIMA, D. **Censo: O perfil religioso do país**. 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/infograficos/censo-religiao/>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

LUCCHETTI, Giancarlo, et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a16v14n1.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

MASSON, Gisele. **Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais**. Práxis Educativa, Ponta Grossa, PR, jul.-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/312/320>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

MENEZES, E. M. Ansiedade e/ ou preocupação no contexto da liderança espiritual. **Rev. Batista Pioneira**, v.1, n.1, p.7-21, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Projeto%20Monografia/Artigo%2058%20Lideran%C3%A7a%20espiritual.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10^a.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 406 p., 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 407 p., 2010.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rer. bras. Enferm.* [online]. 2006, vol59, n.5, pp. 66-665. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500013>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

MOURA, F. M. J. S. et al. The feelings of women post mastectomized. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 477-484, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/09.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

NERY, Vanda Cunha. Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé. **VI Encontro dos Núcleos de Pesquisas da Intercom**. Disponível em: <<http://intercom.org.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2009.

OLIVEIRA, Márcia Regina; JUNGES, de José Roque. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17 (3), setembro-dezembro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>>. Acesso: 02 abr. 2016.

PAGOTTO, Valeria; NAKATAMI, Adelia Yaeko Kyosen; SILVEIRA, Érica Aparecida. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51604926_Factors_associated_with_poor_self-rated_health_in_elderly_users_of_the_Brazilian_Unified_National_Health_System?enrichId=rgreq-9cbb4ec17e4ba5088076189d0eb28b32-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzUxNjA0OTI2O0FTOjEwMzQyNjY5NjQxNzI4MEAxNDAxNjcwMjU0NDYx&el=1_x_3>. Acesso em: 11 de setembro de 2016.

PEDRÃO, R. B; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einsten**, v.8, n.1, n.1, p.86-91, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2016.

PEREIRA, M.T.L.N. et al. Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais. **Psicologia ciência e profissão**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07>>. Acesso em: 05 de setembro de 2016.

PERUZZO, Cicilia M. Krohling; VOLPATO, Marcelo de Oliveira. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. **Líbero**, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/libero/article/viewFile/6790/6132>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

PIRES, Flávia Ferreira. Quem tem medo de mal-assombro?: religião e infância no semiárido nordestino/Flávia Pires, p.151-158, - Rio de Janeiro: E-papers; João Pessoa: UFPB, 2011. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=ZMj8b7BhyYIC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=PIRES,+Fl%C3%A1via+Ferreira.+2011.+Quem+tem+medo+de+mal-assombro?+Religi%C3%A3o+e+inf%C3%A2ncia+no+semi%C3%A1rido+nordestino.+Jo%C3%A3o+Pessoa:+E-papers-UFPB,+278p.&source=bl&ots=B9jFvmQ50X&sig=X1wcTjchyCDbOFGIpfBjHaabQ7Y&hl>>

=pt-

BR&sa=X&ved=0ahUKEwiEsKXCvojMAhULlpAKHWaaCkgQ6AEILzAD#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 11 abr. 2016.

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.

SANTOS, J. L. G, et al. Práticas de enfermeiros na gerencia do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enfem**, Brasília, v.66, n.2, p.257-263, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-71672013000200016&pid=S0034-71672013000200016&pdf_path=reben/v66n2/16.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2016.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

SILVA, D. L. S. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. **Rev. HCPA**, v.31, n.3, p.353-358, 2011, Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/17550/13966>>. Acesso em 10 abr. 2016.

SOLER, V. M, et al. Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. **RevCuiArteEnfer**, v.6, n.12, p.91-100, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23988>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

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: 10 abr. 2016.

TEDRUS, Glória Maria de Almeida Souza; FONSECA, Lineu Corrêa. Epilepsia e espiritualidade/religiosidade. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 19 (1-6):81-89, jan./dez., 2010. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/832/812>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo Saúde-Doença**. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2011. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/332141/mod_resource/content/1/Vianna%20-%20Processo%20sa%C3%BAde%20doen%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A-

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada “**Concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença**” com objetivo de conhecer a concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença, está 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 atuar como líder religioso(a), profissional de saúde ou membro da comunidade e aceita voluntariamente participar deste 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.

Jaçanã (RN), ____/____/ 2016.

Luciana Dantas Farias de Andrade

Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

Eli Jônatas da Silva Rocha

Pesquisador

APÊNDICE B –

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA DE LÍDERES RELIGIOSOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Idade:	
Codiname:	Sexo:
Religião:	
Profissão:	
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA(LÍDERES RELIGIOSOS)	
1-Há quanto tempo o(a) senhor(a) é líder religioso(a)?	
2-O(a) senhor(a) já vivenciou algum(a) fiel com enfermidade?	
3-Esse fiel faz ou fazia tratamento médico?	
4-O(a) senhor(a) já vivenciou algum caso de fiel abandonar ou não realizar, de forma prescrita, o tratamento médico por acreditar ser curado(a) por uma força divina?	
5-O(a) senhor(a) acredita que a religiosidade/espiritualidade interfere, tanto positivamente como negativamente, no processo saúde-doença desses fieis?	
6-O(a) senhor(a) como líder religioso(a) age frente a um(a) fiel enfermo? Indica a importância do tratamento médico? Orienta sobre o poder divino na cura de enfermidade? Relate um exemplo.	
7-O(a) senhor(a) nota que os fieis passam a buscar mais o poder divino quando estão enfermos? Nota que eles buscam mais ao poder divino do que o serviço de saúde?	
8-Como pastor(a)/padre/seminarista/líder espírita o(a) senhor(a) se sente preparado para enfrentar situações em que o paciente prefere exclusivamente o tratamento médico? Respeitaria a decisão dele ou tentaria mostrar a importância do tratamento da conciliação do processo saúde-doença e a religião?	

APÊNDICE C –

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Idade:	
Codinome:	Sexo:
Religião:	
Profissão:	
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)	
1-O(a) senhor(a) já trabalhou frente a algum caso de paciente religioso/espiritualizado?	
2-Como o(a) senhor(a) se portou frente ao caso?	
3-O(a) senhor(a) notou que o tratamento médico é menos relevante do que a fé, que os pacientes tem um poder divino para cura da enfermidade dos mesmos?	
4-O(a) senhor(a) acha que a religiosidade/espiritualidade influencia de forma negativa o processo saúde-doença, principalmente no tratamento alopático desses pacientes?	
5-O(a) senhor(a) como profissional, vivenciou algum caso em que o paciente deixou de se tratar alopaticamente por crer que seria curado divinamente?	
6-Você concorda que a religiosidade/espiritualidade trás ao paciente controle emocional e maior segurança/conforto no enfrentamento do problema?	
7-Como Profissional, o(a) senhor(a) se sente preparado para enfrentar situações em que o paciente é religioso/espiritualizado? Respeitaria a decisão dele ou tentaria mostrar a importância do tratamento da conciliação do processo saúde-doença e a crença?	

APÊNDICE D –

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA DE COMUNIDADE

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Idade:	
Codinome:	Sexo:
Religião:	
Profissão:	
ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA (COMUNIDADE)	
1-O que o(a) senhor(a) sabe sobre o que é religiosidade/espiritualidade?	
2-O(a) senhor(a) se considera um indivíduo religioso(a)/espiritualizado(a)? Qual religião você faz parte?	
3-Relate como começou a seguir sua religião ou desenvolveu sua crença? Alguém indicou? Você procurou por vontade própria? Está satisfeito com a escolha feita?	
3-O(a) senhor(a) já enfrentou algum problema de saúde e teve fé que seu Deus poderia curá-lo(a)? Nesse momento o(a) senhor(a) passou a acreditar que ele poderia curá-lo(a) deixando de usar, ou não dando importância, o tratamento médico para seu problema? Conte como foi essa experiência.	
4-O(a) senhor(a) está passando por algum problema de saúde no momento? Acredita que sua fé ou seu Deus pode curá-lo sem tratamento médico?	
5-Os(as) líderes do local espiritual ou religião que você frequenta, falam sobre cura divina? O(a) senhor(a) crê nessa cura divina, de acordo com o que relata o líder, ou através de práticas como sacrifícios, orações, dedicação exclusiva à cura por meio divino, entre outras?	
6-Você abandonaria ou já abandonou algum tratamento médico por crer em um poder divino, ou seja, que Deus o curou? Conte detalhadamente sua experiência.	
7-O senhor(a) acredita que sua religiosidade/espiritualidade favorece o conforto e a confiança?	

ANEXOS

ANEXO A –



Universidade Federal
de Campina Grande

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Título do projeto: concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença

Pesquisadores: Eli Jônatas da Silva Rocha

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.

Jaçanã(RN), _____ de _____ de _____.

Eli Jônatas da Silva Rocha

(Orientando – Pesquisador)

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

Título do projeto: Concepção dos líderes religiosos, profissionais de saúde e comunidade acerca da influência da religião/espiritualidade no processo saúde-doença.

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

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, o graduando Eli Jônatas da Silva Rocha, matrícula 511220185, RG 2.724.566, CPF 083.185.784-65, está realizando uma pesquisa intitulada: **“A CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA”**, 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 no município de Jaçanã – RN.

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.

(Orientando – Pesquisador)

(Orientadora - Pesquisadora)

ANEXO D –



Universidade Federal
de Campina Grande

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

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 Eli Jônatas da Silva Rocha, Mat. 511220185, RG 2.724.566, CPF 083.185.784-65 estará realizando uma pesquisa intitulada: **“A CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA”**, 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 –



Universidade Federal
de Campina Grande

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Declaro para os devidos fins que os pesquisadores: Eli Jônatas da Silva Rocha e Luciana Dantas Farias de Andrade **encaminharão os resultados da pesquisa intitulada** “A CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA” para a Plataforma Brasil, logo após a conclusão da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ 2016.

Eli Jônatas da Silva Rocha

(Orientanda - Pesquisadora)

Luciana Dantas Farias de Andrade

(Orientadora – Pesquisadora)

ANEXO F –

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE JACANÃ-RN



Declaro, para fins de direito, que estou ciente da realização da pesquisa intitulada: **“CONCEPÇÃO DOS LÍDERES RELIGIOSOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COMUNIDADE ACERCA DA INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA”**, sob orientação da professora Doutora Luciana Dantas Farias de Andrade, SIAPE 1617082, na forma de Trabalho de Conclusão de Curso do aluno Eli Jônatas da Silva Rocha, matrícula nº 510220207, RG 3.566.901, CPF 096.819.104-51.

Desta forma, autorizo o acesso do referido graduando 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 N° 466/2012.

Jacaná (RN), _____ de _____ 2016.

Barbara Thamires Bezerra Trigueiro

Secretária de Saúde do Município de Jacaná-RN