

Joseane de Souza Alves

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Dissertação apresentada à
Universidade do Vale do Rio dos
Sinos como requisito parcial para a
obtenção do título de **Mestre em
Saúde Coletiva.**

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2010

Ficha Catalográfica

A474e Alves, Joseane de Souza
Espiritualidade e saúde / por Joseane de Souza Alves. – 2010.
88 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2010.

“Orientação: Prof. Dr. José Roque Junges, Ciências da Saúde”.

1. Saúde – Religião. 2. Espiritualidade. 3. Profissionais - Saúde. 4. Humanização. 5. Tratamento – Religião. I. Título.

CDU 61:2

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB02/1376

Dedico este trabalho aos meus filhos,
que foram minha principal motivação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela vida, saúde e perseverança em realizar este curso. Ele é a razão do meu existir e dos meus planos. Ele é a principal razão de eu ter me interessado por esta pesquisa.

Para a realização deste trabalho pude contar com a ajuda de alguém que não somente me motivava e me incentivava a continuar, como arcou com todas as nossas despesas para que eu pudesse realizar este sonho: meu marido.

Ao professor e meu orientador José Roque Junges que, com paciência, compartilhou comigo seus conhecimentos.

Aos familiares que me ajudaram com o cuidado com meus filhos, em momentos que precisava estar fora por causa das disciplinas e da pesquisa.

Aos profissionais de saúde do Serviço de saúde comunitária do GHC, que concordaram em participar da pesquisa.

À Marielli Costa de Souza, bolsista que me ajudou nos grupos focais.

Às colegas Simone e Fátima por sua companhia enquanto cursávamos as disciplinas.

“Se um pouco de ciência nos afasta de Deus, muita ciência nos aproxima outra vez de Deus.”

(Louis Pasteur)

RESUMO

O estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa com o objetivo de conhecer a opinião dos profissionais da saúde sobre a influência da espiritualidade/religiosidade do usuário no processo saúde-doença. Para coleta de dados foi usada a discussão focal com profissionais do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição do município de Porto Alegre, RS, no período de setembro de 2009. A amostra tentou abarcar a diversidade de áreas de atuação. Os dois temas de discussão foram a relação entre saúde e espiritualidade e o modo como os profissionais lidam com a religiosidade dos usuários no seu trabalho. Para interpretar os dados foi usada a análise de conteúdo. Duas categorias aparecem nessa análise: influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde e o respeito pela religiosidade do usuário como imparcialidade. Os achados mostram que os profissionais possuem concepções positivas e negativas sobre a espiritualidade/religiosidade dos usuários na saúde. As negativas mostram que falta um melhor preparo para lidar com essa dimensão no trabalho, embora respeitem as idéias religiosas do usuário, mas unicamente como imparcialidade, não como algo que possa ajudar na terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade. Humanização. Profissionais da saúde. Usuários de saúde.

ABSTRACT

The study is a research of qualitative approach with the objective of knowing the opinion of health professionals about the influence of the user's spirituality/religiosity in the health sickness process. The collecting of data has been the focus discussion with professionals of communitarian health services of the "Grupo Hospitalar Conceição" of the city of Porto Alegre (RS) in September of 2009. The sample tries to embrace all the diversity of professionals. The two issues of discussion have been the relation between health and spirituality and how the professionals strive with religiosity of user in his work. The data have been interpreted by the content analysis. Two categories are coming out in this analysis: The influence of spirituality/religiosity in health and the respect of the user religiosity as impartiality. The findings pointed out that the professionals have positive and negative conceptions about spirituality/religiosity of users in health. The negative one show that they miss a better preparing to strive with this dimension in his work, although they respect the religious ideas of user but only as impartiality not as something that could help in therapy.

DESCRIPTORS: spirituality. Humanization. professional of health. users of health.

SUMÁRIO

I – PROJETO DE PESQUISA.....	9
II – RELATÓRIO DE CAMPO.....	40
III – ARTIGO CIENTÍFICO.....	71

I – PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO DO PROJETO

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 Religião, religiosidade e espiritualidade.....	15
3.2 Importância da espiritualidade.....	16
3.3 Cultura e Modelo biomédico.....	18
3.4 Saúde e Atenção primária.....	22
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Local da pesquisa.....	26
4.2 Participantes.....	26
4.3 Tipo de estudo.....	26
4.4 Técnicas de investigação.....	27
4.5 Sistematização e análise dos dados.....	27
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	29
7 ORÇAMENTO.....	30
8 CRONOGRAMA.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXOS.....	37
ANEXO 1: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	37
ANEXO 2: Roteiro de discussão focal.....	39

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A espiritualidade pode ser definida de diversas maneiras e de diferentes pontos de vista; faz parte de um campo de estudo ainda em formação que tem atraído, a cada dia, um número crescente de interessados (Guimarães, 2006). Muitas experiências têm mostrado que desenvolver a sensibilidade, o manejo das emoções e da intuição de forma integrada com a razão, é fundamental para a humanização e maior eficiência da assistência, e isto a espiritualidade pode trazer (Vasconcelos, 2006). Na cultura mundial atual, há um resgate muito grande do místico e do religioso, o que é altamente positivo. Ao lado da racionalidade instrumental analítica, há uma volta para a profundidade humana, que deve ser articulada com o cotidiano e o bom senso (Lepoup, 1997). Este é um aspecto relevante que nos convida a pensar sobre a espiritualidade no atendimento em saúde.

Durante toda a sua história, a medicina sempre foi ligada à espiritualidade. Mesmo na modernidade, em que a sua consideração e valorização foram deixadas de lado do debate nos ambientes de pesquisa, ensino e exercício profissional, a espiritualidade continua importante na motivação e orientação de grande parte dos profissionais e doentes. Esta dimensão está, ao mesmo tempo, tão presente e encoberta no trabalho em saúde; os profissionais não têm espaço para discutir como lidar com ela e acabam utilizando suas convicções religiosas pessoais de forma acrítica (Vasconcelos, 2006). Observa-se que fica um convite para que haja um diálogo entre a ciência e a fé, relacionando a espiritualidade com a saúde das pessoas.

A ciência assumiu o compromisso de melhorar a qualidade de vida e assim o fez. Porém, ao suprir nossas necessidades no nível material, também revelou que apenas isto não é suficiente, que há um outro nível mais profundo da necessidade humana que a ciência não provocou mas nos ajudou a perceber (Remen, 1993). Desde o início do século XXI estamos diante de um desafio essencial, o resgate da espiritualidade, que vem sendo abafado ou relegado ao âmbito da modernidade (Amatuzzi, 2005). Trazer para o debate científico o relacionamento da saúde com a espiritualidade coloca a pesquisa científica atualizada, a serviço dos usuários de saúde.

A maior compreensão do fenômeno da espiritualidade pode ser importante neste momento em que o sistema público de saúde brasileiro e muitos grupos privados de assistência à saúde buscam reorientar suas práticas de atenção, de acordo com a realidade cultural da população (Vasconcelos, 2006). A relação da espiritualidade com a saúde tem sido tema para muitos estudiosos da nossa cultura contemporânea. Atualmente se acredita numa relação entre a espiritualidade das pessoas com o seu bem-estar físico. Considerando que saúde inclui também o aspecto espiritual das pessoas, nós como profissionais da área podemos nos colocar abertos para entender, respeitar e até mesmo proporcionar uma forma em que a espiritualidade do usuário possa estar sendo aproveitada para seu benefício.

Essas referências acima citadas sobre espiritualidade apontam para a necessidade de incluirmos, na assistência à saúde aos usuários do SUS, a valorização da dimensão espiritualidade no atendimento. Atender o paciente como um ser integral, abordando a espiritualidade trazida por ele, é valorizar a vida e a história que cada pessoa tem. Se o ser humano for compreendido, respeitado e valorizado quanto a suas crenças pessoais, novos caminhos podem se abrir no seu processo saúde-doença.

Embora vários autores tenham procurado resgatar a saúde integral em seus estudos, abordando o sujeito como um todo, o modelo biomédico ainda tem muita influência na assistência à saúde atual e o atendimento tem sido fragmentado. Não estamos falando de nenhuma idéia nova ou recente, pois a dimensão da espiritualidade já vem sendo estudada. Ao contrário de propor uma crença ou o desenvolvimento da espiritualidade nas pessoas, pensa-se em um atendimento aos usuários de saúde, com um novo olhar, em que considere a pessoa como um todo, respeitando também a sua dimensão espiritual.

Vivemos uma transição paradigmática, em que o SUS e a Atenção Básica vieram como uma proposta para tentar mudar o modelo biomédico, tentando resgatar um atendimento mais integral e humanizado. O interesse em realizar a pesquisa no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC deve-se ao fato de o local servir de referência nacional para a humanização.

O serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC tem atualmente um projeto para aplicar, em suas unidades de saúde, o instrumento WHOQOL-SRPB, que tem como um de seus objetivos avaliar de que forma a espiritualidade,

religiosidade e crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês) estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde. Este instrumento é uma importante contribuição ao estudo da relação entre qualidade de vida e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

Há poucos estudos sobre este tema, ou seja, procurar saber se os profissionais da saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição têm compreendido e abordado a espiritualidade no atendimento, trazida pelos seus usuários, pois esses profissionais possuem uma importante função no resgate da subjetividade e integração de todas as dimensões humanas. Há a necessidade de mais estudos sobre este assunto. Assim, pretendemos, com esta pesquisa, saber se o elemento espiritualidade, trazido pelo usuário, está sendo compreendido e abordado dentro deste serviço, buscando subsídios que demonstrem a importância da valorização da espiritualidade do usuário na prática profissional.

Desta forma, parece válido que a abordagem da espiritualidade, trazida pelo usuário, no atendimento pelos profissionais de saúde, seja investigada, uma vez que esta dimensão está relacionada com a saúde das pessoas e poderá não estar sendo considerada e incluída na prática profissional. O meu interesse, como enfermeira e pesquisadora, é conhecer como os profissionais deste serviço se posicionam sobre a questão da espiritualidade trazida pelos usuários.

A partir dos pressupostos aqui mostrados, a espiritualidade será abordada nesta pesquisa, dentro da nova teoria paradigmática de visão integral e holística da saúde, em que o ser humano é valorizado em todas as suas dimensões.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a opinião dos profissionais da saúde sobre a influência da religiosidade/espiritualidade do usuário no processo saúde-doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer qual a concepção de saúde dos profissionais da saúde.

- Identificar a compreensão dos profissionais da saúde sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade do usuário e sua saúde.

- Entender como os profissionais da saúde abordam, no atendimento, as questões relacionadas à religiosidade/espiritualidade trazidas pelo usuário.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

O conceito de religião refere-se ao aspecto institucional e doutrinário de determinada forma de vivência religiosa. Define-se por determinadas crenças e ritos referidos ao transcendente e entendidos como meios que oferecem salvação. Essas características expressam-se como ensinamentos, práticas e comportamentos religiosos, ligados a determinados tempos, lugares e monumentos, potenciando aos fiéis a vivência espiritual naquela tradição religiosa. Esse modo de ser cria uma identidade religiosa e um sentimento de pertencimento a uma comunidade religiosa (Boff 2001; Libanio, 2002).

No início do século XX, Rudolf Otto (1917) inaugurou um novo modo de estudar o fenômeno religioso continuado depois por Mircea Eliade (1992). Eles se apartaram das análises tradicionais que enfatizavam a comparação entre as diferentes religiões para apontar as diferenças. Isso enfoca a experiência religiosa que teria elementos semelhantes em todas as religiões. Com isso existe uma passagem do institucional para o experiencial no estudo do fenômeno religioso. Essa nova perspectiva permitiu distinguir religiosidade e espiritualidade de religião.

Todas as religiões têm como base a experiência com uma realidade misteriosa e fascinante que se apodera do ser humano, manifestando a presença de algo transcendente que é sentido no cotidiano da existência humana e com grande capacidade de transformar a vida. Os autores chamaram essa vivência de “experiência do numinoso”. Espiritualidade refere-se a essa experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. Significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades. Espiritualidade é a arte de deixar impregnar e orientar a vida pela vivência da transcendência (Boff, 2001).

A espiritualidade manifesta-se como religiosa, quando essa transcendência repercute de tal forma na transformação da vida da pessoa que o experimentado não se explica apenas por forças contidas na sua interioridade, mas é sentida como a presença de um Outro absoluto identificado com Deus. Assim a religiosidade é uma espiritualidade que assume a

transcendência como divina, porque revela a presença da força de um Outro na alma humana. Essa forma de espiritualidade foi também chamada de mística (Vasconcelos, 2006).

3.2 IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE

Uma melhor compreensão do fenômeno da espiritualidade pode ser importante neste momento em que o sistema público de saúde brasileiro e muitos grupos privados de assistência à saúde buscam reorientar suas práticas de atenção de forma que melhor se ajustem à realidade cultural da população e à realidade subjetiva dos profissionais de saúde que neles atuam. A integração entre ciência e espiritualidade tem uma grande importância como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde não só para indivíduos, como também para a coletividade (Vasconcelos, 2006).

A comprovação da utilização de aspectos espirituais e religiosos como suporte terapêutico e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído emblemático desafio para a ciência médica. Em se considerando as limitações éticas e de método, demonstra-se o quão dificultoso se faz mensurar e quantificar o impacto de experiências religiosas e espirituais pelos métodos científicos tradicionais (Guimarães; Avezum, 2007).

Apesar da falta de um consenso geral sobre os conceitos, a literatura científica tem demonstrado a existência de relação entre qualidade de vida e espiritualidade. Vários pesquisadores internacionais e nacionais, em grupo ou independentemente, têm se dedicado a pesquisar esse tema, tendo desenvolvido instrumentos válidos e confiáveis para acessá-lo e produzido vários estudos com razoável rigor metodológico (Panzine; Rocha; Bandeira; Fleck, 2007).

Para alguns pesquisadores, a vivência religiosa, ao inspirar pensamentos de esperança e de otimismo, bem como expectativas positivas, pode funcionar como um placebo. Existem evidências quantitativas de forte associação estatística entre o envolvimento religioso e a melhoria de situações de doença, prevenção de complicações e bem-estar. Esta associação está correlacionada com o esforço a comportamentos saudáveis, alívio do estresse, inspiração de emoções positivas, estimulação do sistema endócrino e imunológico, incentivos a crenças

e estilos de personalidade adequados ao enfrentamento de situações de crise e de fortalecimento de redes sociais de apoio mútuo (Vasconcelos, 2006). A prática religiosa é consistentemente associada com uma saúde melhor, promovendo estilos de vida e comportamentos saudáveis. Pessoas religiosas apresentam maior satisfação com a vida e no casamento, bem-estar, altruísmo e autoestima do que pessoas não-religiosas (Benson, 1998).

A influência da religiosidade tem demonstrado um grande impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças na população sadia e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências têm se direcionado de forma mais firme e consistente para o cenário de prevenção; estudos independentes, em sua maioria de grande número de voluntários e representativos da população, determinaram que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25%. Estudos tentando avaliar qual a relação entre redução de mortalidade e práticas religiosas têm enfatizado o possível incentivo que essas práticas oferecem a hábitos de vida saudáveis, suporte social, menores taxas de estresse e depressão (Guimarães; Avezum, 2007).

Há relação entre envolvimento espiritual e vários aspectos da saúde mental. Pessoas religiosas são fisicamente mais saudias, têm estilos de vida mais saudáveis e precisam menos assistência de saúde. Existe uma associação entre espiritualidade e saúde que provavelmente é válida e possivelmente causal. É plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais (Saad; Masiero; Battistella, 2001).

Pesquisas recentes com mais representatividade e análises multivariadas, fornecem firmes evidências conectando práticas religiosas Judaico-cristãs com pressão sanguínea e função imunológica. As fortes evidências vem de estudos de intervenção randomizados informando os impactos fisiológicos benéficos da meditação (principalmente meditação transcendental). Evidência disponível está geralmente consistente com hipóteses de que religiosidade/espiritualidade estão conectadas com processos fisiológicos saudáveis-incluindo funções cardiovascular, neuroendócrina e imunológica- embora mais evidências sólidas sejam necessárias (Seeman; Dubin; Seeman, 2003). Em participantes saudáveis, existe uma forte, consistente e frequente redução no risco de mortalidade em frequentadores das igrejas. Esta redução está ajustada aproximadamente em 25% para fatores de confusão.

Religião ou espiritualidade protegem contra doença cardiovascular, em grande parte através de encorajadores estilos de vida saudáveis (Powell; Shahabi; Thoresen, 2003).

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais importante na prática de assistência à saúde, pois o ser humano é um ser incompleto por natureza. Transcender é buscar significado, e a espiritualidade é o caminho (Peres; Arantes; Lessa; Caous, 2007).

A utilização de adequado método científico e emprego dos princípios da medicina baseada em evidências, para a avaliação crítica da literatura e a condução de estudos, pode certamente providenciar o caminho que transformará as hipóteses do promissor ao comprovado e certamente apenas essas confirmações poderão consolidar o paradigma suficiente para a modificação da percepção e conduta da sociedade atual ante a correlação entre espiritualidade e saúde (Guimarães; Avezum, 2007).

3.3 CULTURA E MODELO BIOLÓGICO

Cultura é um conjunto de princípios, que podem ser explícitos ou implícitos, herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade. Estes princípios mostram ao indivíduo como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais e ao ambiente natural (Helman, 2003). O conceito de cultura refere-se a uma complexidade de fenômenos e a um conjunto de interesses que são atualmente considerados por estudiosos de diversas disciplinas. Dentre estes fenômenos, ressalta o fenômeno religioso, ou seja, a religião faz parte da cultura e, por sua vez, da vida do ser humano. É o ser humano que a faz, portanto não há como separar a religião, pois a mesma tem um papel social e cultural de extrema relevância na vida do ser humano (Martins, 2005).

Os antropólogos mostraram que o sistema de assistência à saúde de uma sociedade não pode ser estudado separado dos outros aspectos desta sociedade, especialmente quanto aos aspectos social, religioso, político e econômico. A assistência à saúde está envolvida nesses aspectos, baseando-se nas mesmas premissas, nos valores e na visão de mundo (Helman, 2003).

Em se tratando de saúde e doença, devemos sempre considerar os fatores sociais e culturais de uma comunidade, bem como suas crenças, pois as formas como se representam as doenças e a cura são muito diferentes de uma sociedade para outra (Martins, 2005). Toda a cultura define um modo particular do ser humano ser sadio e de sofrer ou morrer. Ao orientar o comportamento, ela determina a saúde, e é somente construindo uma cultura que o homem encontra sua saúde (Illich, 1975).

Não podemos entender como as pessoas reagem à doença, à morte ou a outras infelicidades sem entender o tipo de cultura na qual cresceram ou que adquiriram. Estes fatores determinam quais sinais ou sintomas são percebidos como anormais. As culturas sempre são heterogêneas, portanto deve-se evitar generalizações quando se explicam as crenças e comportamentos das pessoas, pois elas nunca param e não devem ser consideradas separadas das influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas (Helman, 2003). A experiência religiosa não é pura, pois sempre estará entranhada no ambiente em que o ser humano vive e sua cultura. Cada ser humano possui sua maneira, capacidade e objetivos para buscar a experiência religiosa (Martins, 2005).

O modelo atual de assistência à saúde, no ocidente, é o modelo biomédico, modelo de assistência voltado para a doença, para a cura e para a correção de qualquer anomalia no corpo. É uma assistência centralizada no hospital. Considera o corpo em partes separadas não analisando o paciente como um todo e detendo-se na parte biológica, não considerando que o ser humano é dotado de outras dimensões, como a mental, psicológica, social, cultural e espiritual.

A maior mudança histórica da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana. Antes de Descartes, a maioria dos médicos abordava a interação corpo e alma, e tratavam seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual, eles costumavam considerando o paciente como um todo. A filosofia de Descartes alterou profundamente essa situação. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que é o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina, impedindo os médicos de compreender a doença como algo que afeta o ser humano em sua totalidade. Desde Galileu, Descartes e Newton, nossa cultura tem sido influenciada pelo conhecimento racional, a objetividade e a

quantificação, o que nos torna inseguros ao lidar com os valores e a experiência humana (Capra, 1982).

Nossa cultura se orgulha de ser científica e nossa época é chamada como a Era Científica, pois é dominada pelo pensamento racional, e o conhecimento científico é normalmente o único conhecimento aceito. Essa tendência leva a um desprezo pelo conhecimento intuitivo (Capra, 1982). Na nossa sociedade ocidental, se prefere o conhecimento baseado em fatos, em provas empiricamente verificáveis e em pensamento racional em vez de a intuição ou a crença (Benson, 1998). A razão é o único instrumento legítimo de compreensão da vida e de definição dos caminhos de organização da sociedade, desvalorizando percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da inspiração poética e da vivência religiosa (Vasconcelos, 2006).

O modelo da nossa medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psicológicas e químicas do paciente e não para fatores não mensuráveis, como os sociais e os emocionais. Os sintomas subjetivos se tornam mais reais quando podem ser explicados por mudanças físicas objetivas. A definição médica de uma doença é, muitas vezes, fundamentada nas mudanças físicas da estrutura e funcionamento do organismo, que podem ser demonstradas de forma objetiva e quantificada, com base nas mensurações fisiológicas normais. Fatores como personalidade, crenças religiosas e status socioeconômicos não são normalmente considerados relevantes no diagnóstico e na prescrição do tratamento, pois a medicina dá mais valor às dimensões físicas da enfermidade e cada vez mais, foca sua atenção em um determinado órgão, sistema, grupo de células ou parte corporal doente (Helman, 2003).

Analisar uma doença, associando uma parte específica do corpo é, evidentemente, muito útil em diversos casos. Mas a moderna medicina científica tem enfatizado muito a abordagem reducionista e desenvolveu suas disciplinas especializadas de forma que os médicos, muitas vezes, já não são capazes de ver ou tratar a doença como uma perturbação do organismo todo (Capra, 1982).

O entusiasmo com os resultados do método newtoniano-cartesiano de investigação levou muitos cientistas a uma progressiva descrença com as considerações religiosas sobre o sentido da existência e o ateísmo tornou-se uma atitude reveladora de elegância intelectual no

meio acadêmico (Vasconcelos, 2006). A instituição médica se tornou uma empresa profissional que entende que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte (Illich, 1975).

Neste paradigma moderno, a dimensão espiritual do ser humano foi desprezada e esquecida por muitas pessoas. O resultado disso é o vazio existencial que existe no ser humano atual, fazendo-o buscar esta complementação das mais diversas formas, uma delas é o consumismo exagerado que gera depressão, uma doença epidêmica de nosso tempo, tornando a crise existencial do ser humano cada vez mais evidente e generalizada (Einsfeld, 2004). Muitas pessoas e famílias recebem um diagnóstico de grave doença que as põe de frente com os enigmas do viver e do morrer, descobrindo então realidades fundamentais como a da dimensão emocional e espiritual da saúde (Morais, 2006).

Temos hoje uma tecnologia médica muito sofisticada, que tem o seu valor, principalmente nos diagnósticos e na realização de extraordinárias intervenções cirúrgicas. Não podemos desprezar a importância de tudo isso para o bem-estar humano e para a salvação de vidas. No entanto, há um clamor generalizado quanto a maneiras desumanas e estreitas no tratamento. A inteligência do homem já mostrou ser capaz de muito, os avanços científicos e técnicos são muitos, mas na área biomédica, ainda falta um fundamental componente: a conjugação da tecnociência com a humanização (Morais, 2006). O próprio movimento da razão, diante das catástrofes trazidas pela modernidade, vem reconhecendo o erro deste paradigma dualista de ciência (Vasconcelos, 2006).

Num primeiro momento de percepção da crise da medicina científica, centrada no modelo biomédico, pensou-se que a solução para a complexidade de problemas seria a interdisciplinaridade e a incorporação e valorização de conhecimentos das ciências humanas e sociais no trabalho em saúde. No entanto, há um reconhecimento dos filósofos envolvidos com a discussão do tema da pós-modernidade, de que as ciências, tanto biológicas, sociais, humanas, matemáticas, como físicas, na forma em que estão atualmente estruturadas, não conseguem compreender a totalidade do mistério da vida. Não é questão de dar mais tempo para que avancem mais, mas de admitir o limite em seu modo de olhar para a realidade e de organizar os seus conhecimentos (Vasconcelos, 2006).

A ciência do ocidente e todas as suas descobertas vêm sendo conduzidas no princípio de que podemos e precisamos alcançar a objetividade e que os fatos objetivos são diferentes dos aspectos intocáveis e subjetivos da vida. E como as crenças e as emoções são efêmeras e imperceptíveis, a medicina ocidental, de um modo geral, considera que seus efeitos não são físicos ou que possam ser medidos. Mas os pesquisadores no campo da neurologia e aqueles que se aprofundaram nos efeitos que as crenças podem ter sobre o corpo humano, estão modificando o retrato da fisiologia e da vida humana, com descobertas determinadas a mudar a maneira como é conduzido o cuidado em saúde (Benson, 1998).

3.4 SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

A saúde é só um componente entre outros para termos bem-estar e qualidade de vida. A OMS (Organização Mundial da Saúde) definiu saúde não como “ausência de doenças”, mas como um “estado de completo bem-estar físico, espiritual e social”. Este conceito é ilusório, já que cada sujeito reage diferente para uma mesma doença ou dificuldade, e que podemos estar sãos e doentes ao mesmo tempo. Antigamente tínhamos uma visão mais holística da saúde, porém mais superficial. Atualmente tenta-se resgatar uma visão de saúde completa, que considere todas as dimensões do ser humano, dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, ou seja, somos todos inteiros em cada uma destas dimensões. A saúde vista na atualidade, visa a correção de qualquer doença, esta sempre considerada como algo errado com o ser humano. Muitas vezes e para algumas pessoas, ter uma determinada doença não significa que a pessoa não está sadia, pois ela pode até mesmo estar melhor do que quando não tinha a doença.

A antropologia da saúde contém uma visão holística do ser humano, para explicar o processo saúde-doença, permitindo que todas as áreas da vida da pessoa possam ser analisadas e valorizadas ((Martins, 2005). A saúde envolve critérios objetivos e subjetivos que precisam ser considerados em conjunto, a partir da dimensão espiritual que expressa o sentido da vida. É preciso conjugar todos os aspectos do ser humano com o sistema de crenças e convicções do sujeito. Sadio significa tornar-se doente a qualquer momento (Entralgo, 1988).

A saúde também é capacidade de reação, de auto-organização. Todos nós nos organizamos diferente uns dos outros e isto não é algo previsível. A vida humana é primordialmente confronto com desafios, processo de adaptação e desenvolvimento histórico e o conceito de saúde deve englobar essa dinamicidade. A saúde seria a capacidade de se adaptar a um meio em contínua mudança; capacidade de crescer, de envelhecer, de curar às vezes, de aceitar quando necessário o sofrimento e, finalmente de esperar a morte em paz. Em alguns casos, não é possível evitar situações adversas, mas a reação é aprender a conviver com elas, pois saúde é defesa ativa contra dificuldades que limitam a vida do ser humano. É importante integrar na própria vida, perturbações do bem-estar físico, psíquico e social, lutando para mudar as coisas que podem ser mudadas e integrando aquelas que não podem ser mudadas (Junges, 2006).

Em seu sentido absoluto, a saúde nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas. Ela é um guia regulador das possibilidades de reação. Para o ser humano, a saúde é um sentimento de segurança na vida, sentimento este que, por si mesmo não se impõe nenhum limite (Canguilhem, 1990). Quando estamos doentes, nos sentimos fracos, porém podem existir partes que continuam maleáveis e cheias de recursos e partes que podem mesmo ter crescido e se desenvolvido numa reação de crise. Quando estas partes estão presentes e são reconhecidas, a sua força em cada pessoa pode ser despertada para lidar com o problema e ajudar no restabelecimento do bem-estar (Remen, 1993).

A saúde tem muitas dimensões, todas embutidas na complexa interação entre os componentes físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. Em seus vários parâmetros, ela reflete todo o sistema social e cultural, e nunca pode ser representada por um único parâmetro. Para se obter um resultado melhor, temos de mudar nossa atenção da quantidade para a qualidade (Capra, 1982) Já a doença é vista como a presença de algo na vida do ser humano que o tira do seu bem-estar físico, mental e espiritual, uma vez que o ser humano é a soma dessas partes (Martins, 2005).

A saúde é uma experiência subjetiva e indefinível, algo que pode ser conhecido intuitivamente, mas nunca descrito ou quantificado. Portanto o seu conceito e os conceitos de mal-estar, doença e patologia não se referem a algo bem definido, mas são partes integrantes de modelos limitados e próximos que refletem uma teia. O que é saudável e doente, normal e

anormal, são e insano, muda de uma cultura para outra. Uma nova estrutura para a saúde só pode ser efetiva se baseada em conceitos e idéias enraizados em nossa própria cultura, conforme a dinâmica de nossa evolução social e cultural (Capra, 1982).

O limite entre o normal e o patológico é impreciso quando considerado para diversos indivíduos colocados simultaneamente, mas é preciso para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal numa determinada condição, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. Essa transformação depende do indivíduo, porque é ele que sofre as consequências de se sentir incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. Há a necessidade de compreender que o fenômeno patológico revela uma estrutura individual modificada, é preciso ter sempre em mente a transformação da personalidade do doente. Para que o homem normal possa se considerar normal, e crer na sua normalidade, necessita não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada. A doença do homem normal é o aparecimento de uma falha na sua confiança biológica em si mesmo. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde (Canguilhem, 1990).

A nova visão da saúde considera as dimensões espirituais, pois ela é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve a interdependência de aspectos físicos, psicológicos e sociais (Capra, 1982).

Temos ouvido falar da crise da saúde pública, econômica, do modelo assistencial, ou ainda, crise paradigmática. O surgimento de novas propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços ou do desenvolvimento da assistência, mostra a inquietação e necessidade de revisão que surgem nos discursos mais genéricos sobre a tal crise. Propostas recentes, como saúde da família, vigilância à saúde, promoção da saúde, suporte social, redução de vulnerabilidade, conceituação positiva de saúde, evidenciam que não vivemos exatamente um período de normalidade das práticas de saúde (Ayres, 2001).

A atenção primária ou básica foi proposta pela Declaração de Alma Ata, em 1978, com o objetivo de fornecer um serviço de saúde não tão voltado para o tratamento, criticando o modelo biomédico, modelo que se centraliza na cura e na doença. O Ministério da Saúde conceitua atenção básica como um conjunto de ações, individuais ou coletivas que se situam no nível primário de atenção dos sistemas de saúde, com os seguintes objetivos: promoção da

saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. A ampliação do conceito é considerada necessária para alcançar um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (Silva, 2002).

O essencial do processo de construção do SUS (Sistema Único de Saúde) é a mudança de modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários, como parte de um processo mais geral de mudanças nas concepções acerca da saúde e no desenvolvimento das práticas de saúde (Paim; Teixeira, 2007). Esta mudança no sistema de saúde brasileiro atual implica um olhar diferente para o usuário de saúde, um olhar que o considera como uma pessoa, um sujeito que possui tanto dimensões físicas, como psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa será realizada durante o período de quatro meses (a contar a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa), no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC, formado por doze postos de saúde instalados em bairros da Zona Norte, Noroeste e Leste de Porto Alegre. Caracteriza-se por ser um serviço de atenção primária à saúde, atendendo aproximadamente 125 mil pessoas que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde, por meio de programas de prevenção e de tratamento feitos por equipe multiprofissional, com médico de família e comunidade, equipe de enfermagem, odontólogos, técnico de higiene bucal, psicólogos, assistentes sociais e agentes de saúde.

4.2 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde que atendem os usuários diretamente, pertencentes a quatro postos do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. Estes postos serão definidos pela coordenação deste serviço.

Tentar-se-á abarcar a diversidade de áreas de atuação (psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, odontologia). Será feito um convite para estes profissionais.

4.3 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

4.4 TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Será realizado grupo focal como técnica de investigação no estudo. Serão realizados 4 encontros de discussão focal no total, sendo um encontro em cada um dos 4 postos escolhidos. O tempo para a técnica de grupo focal será de 1 hora para cada um dos 4 encontros e seguirá um roteiro pré-definido de questões (anexo 2). Os participantes preencherão um cadastro sócio-econômico, com os seguintes dados: idade, posto em que trabalha, atividade profissional, quanto tempo de trabalho neste local.

O grupo será conduzido por uma facilitadora-mediadora (a pesquisadora responsável pelo projeto) e contará com uma assistente que será responsável pelas anotações e pela gravação dos grupos. As discussões em grupo serão registradas em arquivos digitais e serão posteriormente transcritas.

O momento que será realizado o grupo focal será definido pela coordenação do serviço.

4.5 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será feita através da análise de conteúdo.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa senhora da Conceição/GHC e a pesquisa iniciar-se-á após a sua aprovação.

Todos os sujeitos envolvidos saberão que sou pesquisadora e será garantido o sigilo, a confidencialidade, a privacidade e o anonimato dos participantes.

Todos os participantes assinarão o TCLE (anexo 1), que será apresentado em duas vias, uma será entregue ao sujeito de pesquisa, após a assinatura.

Os dados da pesquisa serão utilizados apenas para este estudo e guardados durante cinco anos; após, serão destruídos.

6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Os dados serão divulgados e utilizados através de artigos e apresentações em congressos. O projeto de pesquisa tem por finalidade dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS. Pretende-se publicar, na forma de artigo original na Revista da Escola de enfermagem da USP. Um exemplar da pesquisa concluída será entregue ao Centro de Documentação do GHC, para consulta de interessados.

7 ORÇAMENTO

O orçamento abaixo é referente às despesas pessoais com a pesquisa.

Descrição do Item	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Caneta	6	R\$ 1,50	R\$ 9,00
prancheta	2	R\$ 12,00	R\$ 24,00
Notbook HP	1	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Pen drive 2G	1	R\$ 45,00	R\$ 45,00
Encadernação	3	R\$ 6,00	R\$ 18,00
Gravador mp4	1	R\$ 190,00	R\$ 190,00
Gravador	1	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Pilhas para o gravador	4	R\$ 5,00	R\$ 20,00
Fitas para gravador	4	R\$ 5,00	R\$ 20,00
Folhas de ofício A4	100	R\$ 0,30	R\$ 3,00
Ligações telefônicas	50	R\$ 0,90	R\$ 45,00
Deslocamento	60	R\$ 20,00	1200,00
Alimentação	60	R\$ 20,00	1200,00

Valor total: R\$ 4.766,00

REFERÊNCIAS

ALVES, C. A; DESLANDES, S. F; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface: Comunicação, Saúde, educação*. v.13, supl 1, p.581-94, 2009.

ALVES, R. O que é religião? São Paulo, Abril Cultural, 1984.

AMATUZZI, M. M. (org.) *Psicologia e espiritualidade*. Paulus, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

BENSON, H.; STARK, M. *Medicina espiritual: o poder essencial da cura*. 5. ed. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1998.

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

BOFF, L.; BETTO, F. *Mística e espiritualidade*. São Paulo, CEPIS e movimento Fé e Política, 1993.

BRANDÃO, D. M. S.; CREMA, R. *O novo paradigma holístico: ciência, filosofia arte e mística*. São Paulo, Summus, 1991.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 2. ed. São Paulo, Editora Hucitec, 2005.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Forence Universitária, 1990.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 7. ed. Cultrix, 1982.

CECCIM, R. B; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface: Comunicação, Saúde, educação*. v.13, supl 1, p.531-42, 2009.

DALGALARRONGO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: históricos e perspectivas atuais. Rev. Psiq. Clín. n.34, supl 1, p. 25-33, 2007.

DESLANDES, S. F; MITRE, R. M. A. M. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface: Comunicação, Saúde, educação. v.13, supl 1, p.641-9, 2009.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Coleção Antropologia e saúde, Editora Fiocruz, 1998.

EINSFELD, P. S. Fé cristã faz bem à saúde! A relação entre espiritualidade e saúde a partir de uma experiência de aconselhamento pastoral com pessoas mentalmente enfermas [Monografia de conclusão do curso de especialização em aconselhamento e psicologia pastoral da Escola Superior de Teologia] São Leopoldo, 2004.

ELIADE, M. O sagrado e o profano: a essência das religiões. Lisboa, Livros do Brasil, 1992.

ENTRALGO, P. L. Antropologia médica. Milano, Ed. Paoline, 1988.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais [on line] Rev. Saúde Pública. v. 37, n.4, 2008. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009. Acessado em 15/12/08, as 20:10.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

GUIMARÃES, M. B. A intuição na clínica: construção de elos entre razão e emoção. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2006. p. 325-357.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. Rev. Psiq. Clín. n.34, supl 1, p. 88-94, 2007.

HECKERT, A. L. C; PASSOS, E; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface: Comunicação, Saúde, educação. v.13, supl 1, p.493-502, 2009.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Editora Artimed, 2003.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Editora Nova Fronteira, 1975.

JUNGES, J. R. Ética ambiental. São Leopoldo, Editora UNISINOS, 2004.

JUNGES, J. R. Bioética, hermenêutica e casuística: saúde humana como capacidade de reação. São Paulo, Edições Loyola, 2006.

LEPOUP, J.; BOFF, L.; WEIL, P.; CREMA, R.; LIMA, L. M. A. (org.). O espírito na saúde. Petrópolis, Vozes, 1997.

LIBANIO, J. B. A religião no início do milênio. São Paulo, Edições Loyola, 2002.

MARTINS, D. A. Religião e saúde: um estudo a respeito das representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá-PR. Universidade Metodista de São Paulo- Faculdade de Filosofia e Ciências da Religião- Programa de pós-graduação em ciências da religião. São Bernardo do Campo, 2005.

MORAIS, R. Espiritualidade e saúde: visão de um filósofo. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2006. p. 161-185.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M.; MARINS, R. S. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2001.

NOÉ, S. V. (org.). Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo, Editora Sinodal, 2004.

OTTO, R. O sagrado: um estudo do elemento não racional na idéia do divino e sua relação com o racional. São Paulo, Imprensa Metodista, 1985.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciências e saúde coletiva. v.12, p. 1819-1829, 2007.

PAIVA, G. J.; FERNANDES, M. I. A. Espiritualidade e saúde: um enfoque da psicologia. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2006. p. 186-197.

PANZINE, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín.* n.34, supl 1, p.105-115, 2007.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, O. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiq. Clín.* n.34, supl 1, p. 82-87, 2007.

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C .E. Religion and spirituality: linkages to physical health. *American psychological association.* v.58, n.1, p. 36-52, 2003.

REMEN, R. N. O paciente como ser humano. São Paulo, Summus, 1993.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* v.8, n.3, p. 107-12, 2001. Disponível em http://www.amebrasil.org.br/html/espirt_evidencias.pdf. Acessado em 15/12/08, as 19:20.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* v.8, n.3, p. 107-112, 2001.

SEEMAN, T. E.; DUBIN, L. F.; SEEMAN, M. Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American psychological association.* v.58, n.1, p. 53-63, 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. Agente Comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Editora Fiocruz, 2002.

SMEKE, E. L. M. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde.* São Paulo, Editora Hucitec, 2006. p. 296-324.

SOUSA, M. F. *A Cor-Agem do PSF.* 2. ed. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (orgs.) *Espiritualidade e qualidade de vida.* EDIPUCRS, 2004.

TEIXEIRA, F. Os caminhos da espiritualidade: um olhar com base nas tradições místicas. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde.* São Paulo, Editora Hucitec, 2006. p. 358-383.

TERRIN, A. N. O sagrado off limits: a experiência religiosa e suas expressões. São Paulo, Edições Loyola, 1998.

VALLA, V. V. A vida religiosa com estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2006. p. 265-295.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares (conversação com Eymard Mourão Vasconcelos). Educação popular hoje. São Paulo, Edições Loyola, 1998.

VASCONCELOS, E. M. (org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, E. M. (org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A enfermeira Joseane de Souza Alves, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, está realizando uma pesquisa sobre a **Relação entre Espiritualidade e Saúde**, sob orientação do Prof. José Roque Junges. O estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da saúde sobre a influência da religiosidade/espiritualidade do usuário sobre o processo saúde-doença. O tema escolhido se justifica pela influência que a espiritualidade exerce sobre o processo saúde-doença. O estudo oportuniza a discussão de um grupo interdisciplinar sobre a compreensão e a abordagem da espiritualidade no atendimento aos usuários por parte dos profissionais de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa. Sua participação deve ser totalmente livre e voluntária. Para alcançar os objetivos do estudo serão realizadas 4 reuniões de discussão focal, uma em cada uma das 4 unidades escolhidas, que serão gravadas e depois transcritas, com a duração aproximada de 1 hora cada uma, seguindo um roteiro de temáticas afins. Você participará somente de um encontro de discussão focal.

Os dados obtidos serão utilizados somente para os objetivos do estudo, sendo os mesmos armazenados durante 5 anos, sendo depois destruídos, conforme preconiza a Resolução 196/96. Aceitando participar da pesquisa você terá assegurada:

- A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa.
- A liberdade de se retirar, a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem nenhum prejuízo para sua vida profissional.
- A garantia de que nunca será identificado quando da divulgação dos resultados da pesquisa em congressos e revistas científicas.

Para esclarecer qualquer dúvida entrar em contato com a pesquisadora: Joseane de Souza Alves, telefone (51) 8156-7807, e-mail: Joseane.ars@gmail.com. Endereço: Marquês do Alegrete, 135- bairro Ideal- Novo Hamburgo/RS.

Para esclarecer qualquer dúvida quanto a questões éticas entrar em contato com o Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos, Coordenador do Comitê de Ética em pesquisa do HNSC/GHC pelo telefone (51) 3357-2407.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 2009.

Assinatura: _____

Nome do participante da pesquisa:

Assinatura: _____

Pesquisadora: Joseane de S. Alves

ANEXO 2

ROTEIRO DE DISCUSSÃO FOCAL

Trabalho

- Tipo de atividade, como é o atendimento.
- Como é o trabalho com saúde comunitária.
- Qual o perfil dos usuários nesta unidade.

Saúde e espiritualidade

- O que a espiritualidade interfere nas questões de saúde (explorar se a espiritualidade é percebida como algo que interfere ou não).
- Como isso aparece nos atendimentos (exemplos de atendimentos em que aparecem questões relacionadas à religiosidade\espiritualidade).
- Como lidam com essas questões quando aparecem nos atendimentos (exemplos).
- Possibilidades ou não de integrar as questões de espiritualidade no atendimento.

II – RELATÓRIO DE CAMPO

SUMÁRIO DO RELATÓRIO DE CAMPO

1 METODOLOGIA	42
1.1 Entrada em campo.....	42
1.2 Tipo de estudo.....	43
1.3 Local do estudo.....	43
1.4 Participantes do estudo.....	45
2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
3 COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS	49
4 ANÁLISE DOS DADOS	69
5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	70

1 METODOLOGIA

1.1 ENTRADA EM CAMPO

Meu primeiro contato com o campo de pesquisa foi através de contato telefônico para o Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Indicaram-me para falar com a enf. Margarete, responsável técnica deste serviço. Na ligação, expliquei a ela minha intenção de fazer a pesquisa sobre saúde e espiritualidade nos postos de saúde do GHC e ela gostou muito do tema, inclusive disse que eles estavam iniciando um trabalho sobre o mesmo assunto. Marcamos para falarmos pessoalmente.

No nosso encontro, em 15 de maio de 2009, expliquei o objetivo da minha pesquisa e a intenção de fazer a coleta de dados através de grupo focal ou entrevistas, com observação participante. Margarete se mostrou muito positiva com relação ao meu trabalho, apresentou-me para a assessora de coordenação do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e falou sobre o tema da pesquisa e ela gostou muito também. Sentia que o meu tema era bem aceito, respondendo a minha dúvida de como eles iriam encarar este tema não muito pesquisado nos postos e até mesmo, um tema com preconceitos no âmbito da ciência. Ela comentou que em um posto (Posto do SESC) em que ela havia trabalhado como coordenadora há 3 meses já discutiam informalmente entre os funcionários o tema espiritualidade, pois havia muitos usuários que traziam questões da religião afro e evangélica. Mais uma vez senti-me incentivada a continuar com este tema em meu estudo. Neste encontro, Margarete falou-me a respeito de algumas características dos postos, inclusive que o serviço não era PSF, contava com postos com uma equipe completa, abrangendo em torno de 130 mil pessoas, com uma vigilância em saúde muito presente.

Fui informada sobre a burocracia para passar no CEP do hospital, sobre o site em que eu encontraria todas as informações necessárias e que levaria em torno de uns 2 meses para ser aprovado.

Após a elaboração do projeto, enviei-o, juntamente com a documentação ao CEP do GHC. Após aproximadamente trinta dias, o CEP comunicou-me sobre algumas alterações

que tinha de fazer no projeto. Achei que foram pontos muito pontuais a melhorar, o que, ao meu ver, só qualificou meu trabalho. O projeto ficou ainda mais objetivo. Fiz as alterações sugeridas e mandei novamente ao CEP. Em 26 de agosto de 2009, comunicaram-me a sua aprovação.

Enquanto isso ocorreu a Pré-qualificação, em junho de 2009. Ficou definido, a partir das sugestões dos professores do PPG, no momento da pré-qualificação, que seria utilizada a técnica de grupo focal para a coleta de dados, sem observação participante, pois senão eu teria muitos dados para tratar depois, talvez teria dados para até um doutorado. Ficou definido junto com os professores, que seriam quatro encontros ao todo, um em cada posto diferente, somando o total de quatro postos.

Em agosto, voltei a me encontrar com a enf. Margarete, para definirmos quais os postos em que eu faria a pesquisa. Falei então para a Margarete que seria grupo focal em quatro postos, um encontro em cada um. Perguntei em quais postos poderiam ser feitos os grupos. Eu preferia dois de classe econômica baixa e dois de classe alta. Ela sugeriu alguns postos com este critério, mas que eu precisaria conversar diretamente com os coordenadores das unidades. Convidou-me para participar da próxima reunião de colegiado que eles teriam ali no GEP, no GHC, eu combinei com ela que iria.

No outro dia, na ocasião da reunião de colegiado dos coordenadores dos postos do Serviço de Saúde Comunitária, passei primeiro na sala da Margarete, que me deu a lista dos postos, com endereço, nomes dos coordenadores e seus respectivos números de telefone. Na reunião, estavam presentes os coordenadores das unidades, o coordenador do serviço e a assessora de coordenação. Cheguei antes e comecei a conversar com os coordenadores que iam chegando, apresentando-me, falando do objetivo da minha pesquisa e perguntando se haveria a possibilidade de fazer o grupo focal no local. A maioria se mostrou interessada, mas relatavam a dificuldade de parar o atendimento para reunir os funcionários por uma hora (que era o tempo estipulado para o encontro de discussão focal). Pediram-me para mandar por e-mail o resumo da pesquisa (tema, objetivos, metodologia). Alguns demonstraram um desinteresse com a pesquisa, inclusive o posto do SESC, onde Margarete havia falado que já discutiam o tema espiritualidade. Nenhum coordenador confirmou, pois ficaram de combinar com a equipe primeiro; combinei, então, que ligaria para eles.

Durante o mês de setembro liguei para todos os coordenadores, alguns diziam-me que não havia a possibilidade de realizar o grupo, sentia que faltava neles interesse em realizar a pesquisa naquele local, embora compreendesse o quanto era difícil reunir a equipe durante uma hora para conversar. Eles tinham reunião de equipe sempre duas vezes por semana, mas falavam que a agenda sempre estava cheia. Quatro coordenadores se mostraram interessados e após vários contatos, ficou confirmado o dia e horário dos encontros. Confirmei com os postos Conceição, Jardim Leopoldina, Santíssima Trindade e Parque dos Maias e combinei com os coordenadores que os profissionais teriam de ser os que lidavam diretamente com o usuário, não poderiam ser agentes administrativos nem serviços gerais. Cada coordenador iria convidar os profissionais para participarem do encontro de discussão focal.

Após a aprovação no CEP, iniciei a coleta de dados, que ocorreu em setembro de 2009.

A qualificação foi no dia 09 de outubro de 2009, com a participação do meu orientador, prof. Dr. José Roque Junges, da prof. Dr. Ceres Gomes Victora e da prof. Dr. Simone Mainieri Paulon. O projeto foi aprovado.

1.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

1.3 LOCAL DO ESTUDO

(dados tirados da Dissertação “Fatores associados ao retardo no crescimento das crianças da unidade básica SESC/GHC” de Schneider, M I; 2003)

A pesquisa foi realizada no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC, que é formado por doze postos de saúde instalados em bairros da Zona Norte, Noroeste e Leste de Porto Alegre. Caracteriza-se por ser um serviço de atenção primária à saúde, atendendo aproximadamente 125 mil pessoas que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde, por meio de programas de prevenção e de tratamento, feitos por equipe multiprofissional, com médico de família e comunidade,

equipe de enfermagem, odontólogos, técnico de higiene bucal, psicólogos, assistentes sociais e agentes de saúde.

As características do serviço são: atuar em áreas geográficas delimitadas - territórios e micro-áreas de risco -, proporcionando o fácil acesso da população às unidades; o respeito às práticas e valores culturais da população; atenção continuada; registro sistemático das atividades; intervenção no plano individual e coletivo, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde.

As equipes realizam consultas programadas (atendimento pré-natal, puericultura, imunizações, doenças crônico-degenerativas, mulher, entre outros), atendimento da demanda por meio de consultas marcadas no dia, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e educativos, atividades educativas, mobilização comunitária e vigilância à saúde.

Para iniciar a atuação, a equipe orienta-se pelo diagnóstico de comunidade e segue registrando e avaliando sistematicamente suas ações, com o objetivo de auxiliar na melhora da saúde e qualidade de vida da população.

A prioridade de atendimento é manter a saúde da população, sendo que as consultas de pré-natal, puericultura, coleta de Papanicolau são sempre garantidas, não sendo necessário que as pessoas esperem em filas. Se uma gestante, criança de risco ou mulher que tenha risco para câncer de colo de útero ou mama não vier à consulta programada, ela será chamada em sua casa. O mesmo acontece se uma criança não fizer alguma vacina do esquema básico. Cabe ao Núcleo de Epidemiologia e Educação fazer a avaliação do desempenho dessas atividades desenvolvidas nas unidades, verificando se os indicadores estão dentro do estabelecido na literatura.

1.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde que atendem os usuários diretamente, pertencentes à 4 postos do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição\GHC.

Tentou-se abarcar a diversidade de áreas de atuação (psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, odontologia). Foi feito um convite para estes profissionais.

Iniciei a coleta de dados no posto Conceição, situado próximo ao Hospital Conceição, com uma demanda da classe social média. A maioria dos profissionais que participaram do encontro era da equipe de enfermagem. O grupo ficou assim: sujeito 1 (auxiliar de enfermagem, 43 anos, tempo de trabalho, 5 anos no GHC); sujeito 2 (técnica de enfermagem, 52 anos, tempo de trabalho 35 anos, 29 no GHC); sujeito 3 (auxiliar de enfermagem, 43 anos, tempo de trabalho 23 anos, 20 no GHC); sujeito 4 (auxiliar de enfermagem, 48 anos, tempo de trabalho 20 anos, 8 anos no GHC); sujeito 5 (enfermeira, 33 anos, tempo de trabalho 6 anos, 2 anos no GHC); sujeito 6 (auxiliar de enfermagem, 40 anos, tempo de trabalho 5 meses, 1 mês no GHC); sujeito 7 (técnica de enfermagem, 22 anos, 7 anos no GHC); sujeito 8 (residente de psicologia, 30 anos, 7 meses de trabalho no GHC) e sujeito 9 (auxiliar de enfermagem, 44 anos, tempo de trabalho 5 anos, 2 anos no GHC).

O segundo posto foi o posto Jardim Leopoldina, localizado na Vila Jardim Leopoldina, com uma demanda da classe social tanto alta como baixa. Alguns do grupo faltaram no dia, então a coordenadora colocou no lugar duas pessoas dos serviços gerais e um do setor administrativo. Posteriormente, combinando com o orientador, estas falas foram eliminadas da análise, pois não faziam parte do universo empírico da pesquisa. O grupo ficou assim: sujeito 1 (agente comunitário, 40 anos, tempo de trabalho 11 anos, 6 anos no GHC); sujeito 2 (auxiliar de enfermagem, 48 anos, tempo de trabalho 20 anos, 9 meses no GHC); sujeito 3 (técnico de enfermagem, 39 anos, tempo de trabalho 18 anos, 8 anos no GHC); sujeito 5 (dentista, 46 anos, tempo de trabalho 23 anos, 3 anos e meio no GHC); sujeito 8 (enfermeira, 30 anos, tempo de trabalho 5 anos, 1 ano no GHC) e sujeito 9 (psicóloga, 53 anos, tempo de trabalho 27 anos, 15 anos no GHC).

O terceiro grupo foi no posto Santíssima Trindade, situado na Vila Dique, ao lado do Aeroporto, com uma demanda de classe bem baixa. A maioria do grupo era formada por residentes. O grupo ficou assim: Sujeito 1 (médica residente, 28 anos, trabalha há 10 meses, 8 meses na unidade); sujeito 2 (farmacêutica residente, 27 anos, trabalha há 4 anos, 1 ano e meio na unidade); sujeito 3 (assistente social residente, 25 anos, trabalha há 1 ano, 8 meses na unidade); sujeito 4 (enfermeira, 43 anos, trabalha há 15 anos, 3 anos na unidade); sujeito 5

(psicóloga, 30 anos, trabalha há 7 anos, 3 anos na unidade); sujeito 6 (odontólogo residente/farmacêutico, 28 anos, trabalha há 8 meses, 7 meses na unidade); sujeito 7 (auxiliar de enfermagem, 55 anos, trabalha há 20 anos, 8 anos na unidade) e sujeito 8 (doutorando de medicina, 23 anos, trabalha há 11 meses, 1 mês na unidade).

O quarto grupo foi no posto Parque dos Maias, localizado no bairro Parque dos Maias, com demanda tanto de classe alta, quanto de classe baixa. Neste grupo participaram mais profissionais. O grupo ficou assim: sujeito 1 (médica, 50 anos, trabalha há 25 anos, 22 anos no posto); sujeito 2 (técnico de higiene bucal, 31 anos, trabalha há 7 anos, 1 ano e meio no posto); sujeito 3 (dentista, 41 anos, trabalha há 20 anos, 3 anos no posto); sujeito 4 (enfermeira, 38 anos, trabalha há 15 anos, 9 anos no posto); sujeito 5 (técnico de enfermagem, 46 anos, trabalha há 18 anos, 4 anos no posto); sujeito 6 (auxiliar de enfermagem, 48 anos, trabalha há 10 anos, 4 anos no posto); sujeito 7 (psicóloga, 42 anos, trabalha há 12 anos, 3 anos no posto); sujeito 8 (dentista residente, 25 anos, trabalha há 1 ano, 8 meses no posto); sujeito 9 (auxiliar de enfermagem, 32 anos, trabalha há 9 anos, 5 anos no posto); sujeito 10 (agente comunitária de saúde, 67 anos, trabalha há 15 anos no posto); sujeito 11 (farmacêutica, 31 anos, trabalha há 8 anos, 1 ano e meio no posto).

2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC e a pesquisa só se iniciou após a sua aprovação.

Todos os sujeitos envolvidos souberam que sou pesquisadora e que seria garantido o sigilo, a confidencialidade, a privacidade e o anonimato das informações.

Todos os participantes assinaram o TCLE (anexo 1), que foi apresentado em 2 vias, sendo uma via entregue ao sujeito de pesquisa, após a assinatura.

Os dados da pesquisa foram utilizados apenas para este estudo e ficarão guardados durante cinco anos; após, serão destruídos.

3 COLETA E PRODUÇÃO DOS DADOS

Como técnica de investigação no estudo, realizou-se o estudo focal. Foram realizados quatro encontros de discussão focal no total, sendo um encontro em cada um dos quatro postos escolhidos. O tempo para a técnica de grupo focal foi de uma hora para cada um dos quatro encontros e seguiu um roteiro pré-definido de questões. Os participantes preencheram um cadastro sócio-econômico, com os seguintes dados: idade, posto em que trabalha, atividade profissional, quanto tempo de trabalho no total e neste local.

O grupo foi conduzido por uma facilitadora-mediadora (a pesquisadora responsável pelo projeto) e contou com uma assistente que foi responsável pelas anotações e pela gravação dos grupos. As discussões em grupo foram registradas em arquivos digitais e foram posteriormente transcritas.

O momento de realização do grupo focal foi definido por cada coordenador dos postos escolhidos.

Os quatro grupos foram realizados em setembro de 2009.

Fiquei empolgada para iniciar minha ida a campo. O primeiro posto foi o **Posto Conceição**. Quando chegamos, eu e a Marielli, (bolsista que me ajudou), ficamos esperando a coordenadora nos receber. Assim que ela veio, nos direcionou para os profissionais para eu lhes apresentasse o TCLE e tirasse suas dúvidas sobre a pesquisa. O objetivo era aproveitar o tempo do grupo focal só para discutir as perguntas que seriam lançadas. Fui conversando com eles, individualmente, em duplas e trios. Todos se mostravam empolgados para o grupo. No horário estipulado estávamos na sala de grupos do posto, esperando os últimos que ainda não haviam chegado. Quando tinha nove participantes, iniciamos a discussão. O grupo se mostrou muito interessado em conversar sobre o tema.

Iniciei falando dos aspectos éticos da pesquisa, dos resultados que seriam usados para publicar artigos e apresentações em congressos. Expus a minha formação e o objetivo principal da pesquisa: como eles lidam com a religiosidade/espiritualidade que os usuários

trazem ao atendimento, se eles trazem. Falei da importância de eles falarem alto e um de cada vez, já que a conversa seria gravada.

Iniciei o primeiro bloco de questões que era sobre o trabalho deles, com a primeira questão: QUAL É O TIPO DE ATIVIDADE QUE VOCÊS EXERCEM AQUI? Neste momento, cada um, em poucas palavras, ia citando suas atividades; a maioria era da equipe da enfermagem.

Esprei-os terminarem e lancei a segunda questão: COMO É O ATENDIMENTO AQUI, COMO VOCÊS CARACTERIZAM O ATENDIMENTO? As respostas desta questão envolveram quase que unanimemente o acolhimento para definir o atendimento deles, que era algo natural e automático. Falaram em atendimento interdisciplinar, uma corrente, buscando redes de cuidado. Também colocaram a estreita relação entre eles e a comunidade, conforme a fala:

É mais estreita a relação entre o posto, a unidade de saúde com a população. (s4)

Perguntei então: AINDA SOBRE O TRABALHO, QUAL O PERFIL DOS USUÁRIOS DESTA UNIDADE? Eles relataram a vulnerabilidade dos usuários desta unidade, pois são idosos, idosos que moram sozinhos, ficam inseguros, deprimidos. A maioria cita a qualidade como marca do atendimento no posto, tanto em visibilidade como atualização dos profissionais. E que faltam funcionários e espaço para atender melhor.

No segundo bloco, sobre saúde e espiritualidade, comecei com a seguinte questão: A ESPIRITUALIDADE DO USUÁRIO APARECE NOS ATENDIMENTOS? VOCÊS PODEM DAR EXEMPLOS? Logo surgiu como exemplo o grupo de meditação que o posto tem e que eles consideram que ajuda na prevenção, por ser uma autoajuda. Mas que no posto não tem muita polêmica de pacientes virem com uma religiosidade muito firme. Informaram que há muitas igrejas católicas e centros espíritas perto do posto e lembraram de exemplos como de uma pessoa que foi convidada para vir ao grupo de meditação e que recusou, pois sua religião não permitia. Outro relatou também que não conseguia palpar esta questão ali no posto e citou o caso de uma pessoa que veio fazer uma vacina por pedido da empresa que trabalhava e ela estava chateada e até brava, pois cria que se completava com sua religião e que não precisava da vacina:

...na religião dela ela pensa que ela se completa e que não precisa disso, essas doenças, esses bichos, isso aí não existe. (s9)

Um dos sujeitos continuou a conversa dizendo que não dava muita ênfase, procurava desviar o foco, pois ali não era uma casa de religião. Já o seu colega, residente de psicologia, considera o grupo de meditação um espaço de reflexão, trazendo uma visão mais integradora. Falou que este tipo de trabalho permite resolução dos problemas. Coloca a dificuldade de trabalhar com a questão da espiritualidade, devido à ciência, que questões de espiritualidade aparecem no posto, mas que eles não têm ferramentas para lidar com estas questões. Para ele, os casos de esquizofrenia, de álcool e drogas se relacionam a essa questão:

...vejo que essas alucinações estão muito nesse plano mais exotérico, espiritual, mesmo que a gente não perceba, o problema é trazer isso integralmente pro corpo. (s8)

A próxima questão foi: COMO É QUE VOCÊS LIDAM COM ESSAS QUESTÕES, COM A ESPIRITUALIDADE QUE O USUÁRIO TRAZ? Todos, sem exceção mostraram muito respeito e imparcialidade à religiosidade dos usuários. Alguns relataram que até incentivavam essas questões. Colocaram que só interferiam quando a religião atrapalhava o andamento do tratamento. Falaram que a espiritualidade ajuda muito, mas como aparece na fala:

...dependendo da religião. (s5)

Um sujeito citou o exemplo de um pai que queria fazer a vacina na criança, por seguir uma religião. A atitude dele foi de falar ao pai que a vacina era um direito da criança. Um outro sujeito falou de outro pai que não queria fazer o teste do pezinho pelo mesmo motivo e que ele respeitou a atitude do pai.

...cada um, cada um, se não quer fazer a vacina, não faz. (s3)

Eles dizem que é complicado lidar com situações deste tipo, que não estão preparados, que não tem ferramentas. Ainda sobre as mesmas questões relatadas acima, um

dos sujeitos aborda da seguinte forma, assim como outros colegas de trabalho, que não se sente a vontade de obrigar um usuário a algum tratamento:

Eu acho que ninguém pode obrigar uma pessoa se ele não quer, porque é um princípio que ele tem, porque nós estamos tirando o livre arbítrio dele, nós não temos esse direito, de tirar o livre arbítrio dele, mas agora é óbvio que esse pai tem que assinar um termo, caso a criança adquira uma epidemia. (s6)

Neste momento eu percebia que eles estavam tentando argumentar entre si suas respostas. Então eu interrompi falando que não existia para mim respostas certas ou erradas, e sim, era para eles falarem como lidavam com essas questões. Voltando a pergunta, eles relatam que respeitam, escutam, ficando imparciais. Um dos participantes fala que não deve ficar discutindo religião e sim atender o paciente e escutar profissionalmente.

A seguinte questão do bloco saúde e espiritualidade foi: HÁ POSSIBILIDADES OU NÃO DE INTEGRAR AS QUESTÕES DE ESPIRITUALIDADE NO ATENDIMENTO? A maioria responde que sim, que há possibilidade, um coloca que depende da situação, outro responde que utiliza, outro que não podemos tirar a esperança da pessoa e outro que acha excelente. Um dos sujeitos fala:

...a gente tem o nosso papel e a religião tem outro papel, né, esses dois papéis são diferentes, em alguns momentos tu pode integrar, até pra pessoa, pro teu resultado profissional ser positivo porque se as vezes a pessoa traz a espiritualidade dela e não dar muita importância em cima daquilo, ela pode nem acreditar no que tu ta falando, porque tu não ta nem respeitando de certa forma a espiritualidade dela, dizer que a gente tem que trabalhar assim, que a igreja é bom, né, por isso que a gente trabalha o cuidado, porque acaba trazendo a questão mais positiva, a religião pode ser muito positiva e pode nos ajudar muito na prevenção. (s5)

Um deles cita o exemplo de uma paciente com câncer de nariz e que mencionou que estava curada porque acreditava em Deus e que é importante respeitar a pessoa. Outro refere que podemos utilizar sim, pois mexe com o emocional, a fé é uma autoajuda. Integrar as duas coisas é importante.

A próxima questão é a seguinte: NA OPINIÃO DE VOCÊS, A FÉ DO USUÁRIO É IMPORTANTE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA OU NÃO? Um dos sujeitos inicia assim:

...não existe medicação, não existe profissional da saúde que ajude a curar uma pessoa, dentro da ciência, a cura praquela patologia, se ela não quiser, então se ela tiver uma fé religiosa, uma espiritualidade que tenha a ver com religião nenhuma, aquilo ali vai ser o impulso dela... (s4)

Todos os colegas concordam que a fé é importante no processo saúde-doença. Agradei as suas falas, achei o grupo muito bom, senti que a maioria se esforçava para colocar sua opinião. Muitos tiraram seu tempo de almoço para participar do grupo e fiquei muito agradecida. Todos levantaram e se despediram de mim, individualmente, uns com beijo e outros com abraço. Nesse momento percebia que eles tinham gostado.

O segundo posto em que foi feito o grupo focal foi no Posto **Jardim Leopoldina**. Chegando lá, em um sábado a tarde de Campanha da vacinação, eu e a Marielli esperávamos arrumarem a sala em que seria feito o grupo. A coordenadora desta unidade sempre se mostrou muito interessada e cordial nos nossos contatos por telefone e ali em seu posto não era diferente. Fiquei feliz em saber que ela também participaria da discussão, até mesmo por ser psicóloga. Alguns profissionais que tinham se disposto a participar já tinham ido embora, então a coordenadora convidou no lugar deles duas senhoras que faziam a higienização do posto e uma da recepção. No momento eu não quis dizer que não, mas depois combinando com meu orientador, decidimos em não usar as falas delas por não fazerem parte do nosso universo empírico. O grupo, neste posto, era mais diversificado, isso me agradou já que o objetivo era abarcar a diversidade de profissionais. Antes de começar com a discussão, eu dei os TCLE para todos e esclareci as dúvidas que eles tinham.

Iniciei então agradecendo à coordenadora e a todos pela disposição em participar da pesquisa. Expliquei o objetivo do estudo, que seria gravado, da importância de falarem alto e um de cada vez. Falei também dos dois blocos de questões e se um discordasse do outro era importante falar, mas que não existiam para mim respostas certas ou erradas.

Então lancei a primeira questão do primeiro bloco, sobre o trabalho deles: QUE TIPO DE ATIVIDADE VOCÊS EXERCEM AQUI NO POSTO? Então um a um foram falando, resumidamente o que cada um exercia no posto, sendo que dois incluíram o acolhimento nas suas atividades.

Parti para a segunda questão: COMO É O ATENDIMENTO NESTE POSTO DE SAÚDE, COMO VOCÊS CARACTERIZAM O ATENDIMENTO AQUI? Neste momento eles elogiaram o atendimento, dizendo que acolhem a quem precisa, que eles estão ali pra acolher bem o usuário. Um dos sujeitos fala assim:

Queria complementar com isso e com as ações dos grupos de ações em saúde que a gente tem, que eu considero bastante importante, que é o momento da comunidade se encontrar aqui de maneira mais coletiva, abordar aspectos da vida, não só biomédicos, né, mas as questões emocionais, de trabalho, familiar, isso é importante, buscar a integralidade do cuidado (s8)

A seguinte questão foi: COMO É O TRABALHO COM SAÚDE COMUNITÁRIA? Nesta questão, um participante relata:

...na comunitária, o leque se abre, não só as questões de sua profissão, mas de também ver outras questões, então a gente também consegue ver o paciente de uma forma mais ampla, não fica só na doença, possibilita não ver só o problema de saúde dele, mas ver ele como pessoa (s3)

Outro profissional fala que na Saúde Comunitária, pode-se, usando a criatividade, pensar de outras formas de chegar ao seu objetivo, em conjunto, negociando com o usuário. Outro ainda cita as vantagens de lidar com setores do usuário onde a vida acontece, como o seu trabalho, cultura, alimento. Um dos participantes reforça que é possível trabalhar em rede, construir a integralidade, mas que falta muito recurso no setor saúde. Outro colega também lembra a possibilidade da integralidade e da criatividade.

A próxima questão é: QUAL O PERFIL DOS USUÁRIOS DAQUI DESTA UNIDADE? Um dos participantes fala que o que não tem é aquele perfil antigo de diarreia, verminoses, por falta de saneamento. O que tem são crianças acima do peso, tem gente pra

todos os gostos. Eles relataram a vulnerabilidade dos usuários: acamados, violência familiar, abuso sexual, mulheres que trabalham fora. Um deles fala:

Eu também noto quando eu participo do acolhimento, tem muita solidão, sabe, tem uma busca de algo assim maior, porque eu noto que tem pessoas que tem tudo, mas tão vazia, ela tem tudo mas está vazia, necessitando de alguma coisa maior, nós temos grupos e procuramos encaminhar, não, não, não quero, se sente sozinha, se sente triste, os filhos já casaram, o marido já faleceu, precisando de algo maior. (s1)

O próximo bloco, sobre saúde e espiritualidade, iniciei com a pergunta: A ESPIRITUALIDADE TEM APARECIDO AQUI NOS ATENDIMENTOS, PODERIAM ME DAR EXEMPLOS? O primeiro a falar lembra do grupo de meditação que acontece no posto:

O grupo de meditação é um momento em que as pessoas, elas se deparam com elas mesmo, em que elas param com sua vida laboral lá fora e que elas entram aqui e naquele momento elas podem olhar para dentro de si e ver o que se pode mudar na vida e eu sempre foco na questão assim, trabalhar com meditação é um momento em que tu esquece as coisas lá fora e tu entra pra cá e muito do universo começa a ser mostrado. (s3)

Este mesmo participante comenta que nota uma mudança muito grande nas pessoas que começaram a participar do grupo. Outro sujeito diz que ouviu falar dos usuários que estão melhor e referem “graças a Deus”, pessoas que estão em sofrimento e que estão indo em alguma igreja buscar algum tipo de conforto. Outro fala:

Eu percebo muito a questão da fé aqui no atendimento, pessoas que passaram por questões de doença forte e chama a atenção a forma como estas pessoas conseguem sair deste quadro de mais vulnerabilidade e saírem fortes, apegadas a uma coisa que talvez seja nomeada lá no deus, mas é apegada numa busca que leva pra algo que vai melhorar, uma esperança, né, eu acho que isso é bem presente. (s8)

Mais um colega traz a dificuldade de, como profissional, compreender isso, lembrando de uma paciente que ela trata, com alucinações e que afirmou ver outra pessoa ao lado desta profissional; a paciente pergunta se ela acredita no que ela vê; essa é uma paciente que

melhorou muito. Lembra de outra que alucinava com tambores e desistiu de tratá-la com medicação, resolvendo abordar a história de outra forma. Identificou a história familiar desta paciente, pois cresceu em um centro de umbanda. Hoje ela está com menos medicação. Esta profissional diz:

Eu acho que a gente tem grande oportunidade de escutar e poder auxiliar e entender algumas coisas de outra forma, né, é complexo isso. Pra mim isso é bem complexo de como lidar com isso. (s9)

Outro participante conta de uma usuária que acolhe na casa dela pessoas desabrigadas e faz um trabalho espiritual com elas e lembra de um paciente específico que não tinha onde ficar e ficou na casa dela. Sobre este paciente, outro sujeito fala:

...ele via as coisas e num determinado momento isso parou e quando ele entrou nesta casa ele começou a ver mais coisas ainda, né, eu ouvia vozes, aquela coisa toda, eu disse assim, ta tu pode até ouvir, então assim ouve o que ela tem pra te falar nesta casa, contribui, ouve, deixa as coisas acontecerem, né, procura dá o máximo de ti lá dentro e ele fechou os ouvidos pra essas vozes e hoje ele está, acho que tem seus momentos de desequilíbrio, mas ele ta mais feliz, ta mais tranqüilo, ele ta junto lá, hoje ele já consegue ouvir a doutrinação dela. (s3)

Com essa fala, percebe-se que para este sujeito o melhor para o usuário era frequentar aquela casa e incentivou-o para isso, mesmo sabendo que o mesmo começou a ouvir mais vozes quando começou a frequentar o local. Aqui não aparece o respeito pela autonomia do usuário. A colega complementa que ele hoje chega na unidade sorridente, abraça, está em forma.

Sigo com a outra pergunta: COMO VOCÊS, COMO PROFISSIONAIS, ESTÃO LIDANDO COM ESTES PACIENTES, NO ATENDIMENTO? Uma diz que é curiosa, gosta de aprender e tem lido e acha interessante fazer essa troca com o paciente. Outro comenta que diz para os usuários que acredita em Deus e parte da questão que todas as religiões são boas. Diz que nunca fala de sua crença, que sua crença é acreditar em Deus. Ainda outro sujeito fala que lida da forma mais respeitosa que tiver condições e incentiva o usuário assim:

...se a pessoa abre isso pra mim em algum momento no atendimento individual, eu junto com ela tento ver o que tem trazido junto com isso, né e se de algum modo eu consiga identificar se isso é uma possibilidade de auxiliá-la, né, utilizar isso como uma forma de fortalecê-la, né para que ela sinta também mais um pouco de ter uma palavra, do nosso vocabulário tão comum, na comunitária, que ela também possa ser um pouco protagonista neste processo de ter mais saúde do que estar tão doente assim, como alguns chegam até aqui, então se eu tivesse que trazer em palavras, é isso, uma forma de como a gente pode usar isso pra fortalecer. (s5)

Outro participante nota que as pessoas têm um vazio, choram no momento do acolhimento e que ela oferece os grupos que tem no posto. Ela diz:

...eu vejo que as pessoas estão muito doentes da alma, elas se sentem sozinha. (s1)

A próxima questão é: VOCÊS ACHAM QUE HÁ A POSSIBILIDADE DE INTEGRAR AS QUESTÕES DE ESPIRITUALIDADE NO ATENDIMENTO? Um deles começa falando que dá para integrar, mas tem que ter o cuidado de não colocar a nossa crença pessoal e que seria bom se tivéssemos uma capacitação. Outro diz assim:

Acho que dá pra, de alguma forma, aproveitar aquilo que eles têm trazido...eu reforço isso... eu acho que isso é tranquilo, eu não vejo problema, pra mim não é dissociável isso...se tem algum lugar que te faz bem, vai lá e vem aqui também, não esquece a consulta, não esquece de usar o medicamento que é muito importante pra ti, né, então esse contraponto eu passo o tempo todo, de aceitar aquilo que tem sido usado, de acrescentar algumas coisas. (s9)

O seguinte falou que um olhar de aprovação ao que a pessoa traz é uma forma de deixar a pessoa livre e diz:

...o respeito vai ajudar na cura, a gente só pode curar quando respeita o outro, se não respeita o outro não tem cura, não auxilia em nada no processo de cura desta pessoa, o respeito. (s5)

Outro também reforça a importância de a pessoa não deixar de fazer o tratamento. Complementando, o seu colega pondera que a questão religiosa, de vez enquanto, apresenta um lado negativo, de prejudicar a pessoa.

Fui então para a última questão: VOCÊS ACHAM QUE A FÉ É IMPORTANTE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA? Um deles fala que acredita que sem fé a gente não consegue nada. Outro diz que para ele fé e crença não são inconsideráveis e complementa:

...a ciência trará algumas respostas e a fé traz outras, né, um tipo de resposta não é o oposto da outra, se a gente trabalha sob essa perspectiva, de que na verdade tu não precisa separar, que na verdade tu não precisa trabalhar com opostos, que tu pode estabelecer conciliação, perfeito, a fé pode auxiliar muito, assim como a ciência vai ser imprescindível, não adianta só rezar, se a gente for voltar pra palavras da própria bíblia, é dito no novo testamento, ajuda-te que eu te ajudarei, então a própria religiosidade diz que não são irreconciliáveis. (s5)

Encerrei a discussão agradecendo a todos pela participação.

O terceiro posto foi o Posto **Santíssima Trindade**. Cheguei lá com o desafio de fazer o grupo focal sem a ajuda da Marielli, pois ela não pode naquele dia. A coordenadora sempre tinha se mostrado muito paciente quando falávamos por telefone, pois tivemos muita dificuldade para marcar um dia em que todos os profissionais daquele posto, interessados, pudessem se reunir. Ela me recebeu com um abraço e me mostrou toda a unidade, que tinha a característica de ser um local muito precário. Todos os que iam se reunir para o grupo estavam muito ocupados, inclusive alguns não puderam porque houve intercorrências naquele dia. A unidade abrangia um território de cerca de 3 mil pessoas. Nos reunimos em uma sala muito pequena, tinha frestas na parede, pois era de madeira. Do lado de fora, na cozinha sempre tinha barulho de vozes dos outros funcionários. Antes de iniciar pedi que um dos participantes virasse a fita pra mim, quando precisasse. A coordenadora também participou da discussão focal. Dei os TCLE para todos e esclareci as dúvidas que eles tinham. Combinei que tínhamos que falar bem alto, então eles durante a discussão passavam de mão em mão o gravador pra falarem bem perto do mesmo. Eram na maioria residentes e jovens, com muito interesse em conversar. Como sempre, comecei agradecendo a participação de todos, explicando sobre os gravadores e reforçando alguns aspectos éticos. Como nos outros

grupos, falei do meu objetivo principal, de não haver para mim respostas certas ou erradas e que teria 2 blocos de perguntas.

Iniciei o primeiro bloco sobre o trabalho deles: QUAL O TIPO DE ATIVIDADE QUE VOCÊS EXERCEM AQUI NO POSTO? Ao citar suas atividades, iam complementando com elementos como: trabalhar interdisciplinarmente, trabalhar bastante com a rede social e integralidade. Um deles disse:

...a gente tenta, tem o nosso núcleo de odontologia pra tentar mudar um pouco a imagem que odontologia tem na maioria dos locais que é focada neste atendimento de abrir a boca e fazer só o atendimento das necessidades bucais, a gente procura ter um olhar ampliado, basicamente é isso. (s6)

Fui para a próxima questão: COMO VOCÊS CARACTERIZAM O ATENDIMENTO AQUI NESTA UNIDADE? Talvez, por serem residentes, trouxeram muitas características da Clínica ampliada. O primeiro fala:

...aqui dá pra perceber que tem bem o olhar ampliado, não é só a questão da patologia, principalmente eu que venho de uma área de farmácia, que é bem focada na doença, tal tratamento, tal medicamento...(s2)

O mesmo participante fala da continuidade do cuidado, de dividirem e discutirem muito as coisas para que não seja uma coisa isolada, mas que faça parte da vida desta pessoa. Outro relata que desenvolvem atividades interdisciplinares. Outro residente comenta que conhecem bem as pessoas do território e o colega complementa dizendo que existe uma aproximação e um vínculo entre eles e a comunidade e que a mesma traz muitas questões não só orgânicas, mas da vida dela, dificuldades, por isso a necessidade de muitas vezes encaminhar para outros locais. Outro participante diz que a equipe é muito aberta e sempre mudando, sempre pensando na qualidade de vida dos usuários.

A outra questão foi: COMO É O TRABALHO COM SAÚDE COMUNITÁRIA? O primeiro cita que trabalham com princípios da Atenção primária, com longitudinalidade e resolutividade. Ele diz:

... a gente tá sempre vendo e revendo, não faz muita diferença, se não volta com a gente volta com o colega, a gente tem um vínculo com as pessoas assim, mas transcende a um único profissional, tem um vínculo de equipe assim. Tem todo um contexto, variadas formas de família. (s1)

Um sujeito traz o relato do Grupo do galpão que trabalha saúde vinculada ao trabalho da comunidade, são reuniões com a comunidade para tratar de algum assunto como o atendimento no posto, por exemplo. Outro colega fala que na saúde comunitária a visão da família e da comunidade é ampliada. Conhecendo as características de onde a pessoa veio, vai influenciar o atendimento, qualificando-o. Outro sujeito fala novamente na interdisciplinaridade da equipe, acessando diferentes olhares. Outro participante relata:

A gente pode ampliar muito o olhar sobre a comunidade mesmo, a gente consegue trocar bastante, são diferentes profissionais. Esta diversidade de olhares faz com que a gente tenha um olhar mais amplo, tanto do usuário como em relação com a comunidade, de uma visão ampla mesmo, então a gente aprende muito, né, aprende muito. Para os residentes é um espaço muito rico de aprendizagem, porque com esta troca, a gente acaba conhecendo muito mais do trabalho dos profissionais e aprende com eles, é bem interessante assim pra todos. (s3)

Outro colega diz que eles não generalizam, não banalizam as famílias e suas particularidades e que acha muito importante cuidar disso.

Terminei este bloco com a questão: QUAL O PERFIL DOS USUÁRIOS NESSA UNIDADE? Todos que falaram nesta questão citaram a vulnerabilidade social dos usuários, que são bastante desprotegidos, que é um território bastante precário, o nível de escolaridade bem baixo, gestação na adolescência, condições de saúde bastante difíceis. É uma população também que migra muito.

Entrei no segundo bloco, com a questão: SE A ESPIRITUALIDADE APARECE NO ATENDIMENTO, SE QUISEREM PODEM DAR EXEMPLOS: Começam dizendo que muitos frequentam a igreja evangélica, pela forma como se vestem e citou o exemplo de uma senhora que foi ao posto avisar que ia ficar 7 dias sem poder vir ao posto ou ir ao CAPES, pois tinha que fazer um ritual religioso, era uma religião afro e teria que ficar 7 dias na casa

da mãe de santo, deitada, sem poder levantar. A outra participante fala que na saúde mental, eles trazem a espiritualidade como entendimento para seu sofrimento. Outro cita o exemplo de uma pessoa que é evangélica e toda a vez que vem ao posto, ela olha pras pessoas, faz uma oraçõzinha, dá um folheto e diz “Deus vai te abençoar”. Outro identifica a espiritualidade nas formas verbais, como “se Deus quiser...”. Um sujeito refletiu que havia pacientes que comentavam que rezavam, outros que traziam oferendas.

A outra questão foi a seguinte: COMO É QUE VOCÊS LIDAM COM ESSAS QUESTÕES QUANDO APARECE NO ATENDIMENTO? Um dos sujeitos diz que a espiritualidade pode aparecer de duas maneiras, como um parceiro teu e, de uma certa maneira, negativamente. Citou um exemplo de um paciente que precisava receber uma visita domiciliar e como o olhar da equipe é ampliado, eles focam em toda a família. A esposa do paciente tinha também problemas de saúde, mas não acessava o serviço de saúde há muito tempo, pois Jesus, Deus é quem cuidava dela e o profissional tentou negociar com a paciente:

...quem sabe Deus não tá dando um sinal pra senhora, que a senhora tem que procurar ajuda, tentei utilizar isso, mas foi bem complicado, reciprocidade nenhuma assim e foi bem complicado assim, ele aparece de duas maneiras e tem casos que ele tem um retorno bem bom assim, tu consegue através daquilo ali acessar o paciente, conseguir trazer ele pro teu lado e fazer uma boa prática de saúde. (s6)

Outro sujeito fala que pensa o que é correto, o que está provado, mas que não pode passar por cima das crenças. Ele relata:

...porque é difícil, principalmente o médico é bem científico, acho que no momento que tu tenta conciliar as duas coisas, ainda mais aqui que tu tem contato direto assim no dia a dia, bastante com a vida dele e é difícil, mas o ideal é tentar conciliar estas duas formas, trazer pra ele a explicação, tentar adequar, acho que isso é o mais importante. (s8)

Outro colega diz que procura entender qual o significado da espiritualidade, da religião, que essa crença tem na vida da pessoa, que espaço ela ocupa e diz:

...muitas vezes o espaço da igreja, o espaço do culto, o espaço da casa de religião é um espaço onde as pessoas conseguem estabelecer relações de vínculo, de ajuda mútua e isso pra

comunidade é extremamente saudável, né. É uma comunidade que tem sua fragilidade social e então quando as pessoas conseguem se unir e quanto a religião contribui neste sentido né, é um espaço social, é um espaço onde as pessoas podem participar e acho que isso é bem importante...(s3)

Continua a falar que procura olhar isso com respeito. Outro profissional fala da importância de identificar que lugar essa espiritualidade ocupa na vida da pessoa e fala:

...a espiritualidade é um aspecto da cultura que constitui a gente né, constitui a subjetividade das pessoas, então eu também busco escutar que lugar isso (a espiritualidade) tem na história familiar na história dela, né enfim e às vezes em algumas situações como as colegas falaram também, às vezes é necessário uma certa negociação assim, né que o quanto que lugar isso tem na relação com sua saúde né, nem sempre é algo fácil de lidar...(s5)

Outro participante enfatiza que a liberdade de credo é um direito das pessoas que precisa ser respeitado, independente da nossa religiosidade. A colega complementa dizendo que acha que as religiões evangélicas trazem mais valores do que uma experiência mística, então vem muito com a questão da moral, do comportamento. Outro fala das pessoas que usam drogas e vão para uma Fazenda evangélica e se convertem, mudando o que estava incomodando-as. O sujeito anterior que estava falando continua citando a diferença que percebe, nas religiões afro, como a umbanda e quimbanda, que eles usam isso como uma experiência mais mística e ritual. E a colega que a tinha complementado antes, fala que alguns pacientes evangélicos também trazem a espiritualidade como experiência mística e cita um exemplo de um dependente químico que fala que passa por diversas provações, que o diabo oferece coisas ruins, que o diabo é uma mulher muito bonita e sedutora.

A outra questão foi a seguinte: VOCÊS ACHAM QUE HÁ A POSSIBILIDADE DE INTEGRAR AS QUESTÕES DE ESPIRITUALIDADE NO ATENDIMENTO? Um deles fala que dá pra aliar as coisas, sem impor, se puder juntar as coisas é melhor. Outro fala que precisam ter mais conhecimento sobre as questões de espiritualidade, ela diz:

...acho que se a gente pudesse entender mais, ter mais conhecimento, buscar mais conhecimento seria legal, trazer os pacientes pra gente também né. (s4)

Outro fala que acha errado quando um profissional coloca a religiosidade acima do atendimento, como um médico ou enfermeira que não faz planejamento familiar por achar que isso é pecado. A mesma concorda que se pudessem estudar mais as religiões, poderiam fazer mais. Ainda outro pondera que a religiosidade na comunidade tem uma figura: pastor, padre ou líder religioso, que são fundamentais quando se quer fazer ações em saúde, são parceiros-chave quando se quer fazer uma ação mais coletiva, mais global.

Lancei então a última pergunta: SE A FÉ É IMPORTANTE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. Um diz que sim, respostas a tratamentos, ele fala:

...é mais a nível hospitalar, tratamento pra doenças sérias, adesões, se o paciente tem uma religiosidade ele acredita tanto, desde que ele, muitas vezes. A gente ouve na experiência no hospital, em dizer que ele rezou pra todos os santos, fez novena, mas também aderiu ao tratamento, deus vai me ajudar, mas tudo que os homens poderem fazer por mim, eu já ouvi isso, eu também vou aderir, então se ele usou a religião pra ser um pilar, pra ele se firmar, acho que isso repercuti muito bem, os efeitos colaterais do tratamento muitas vezes são menores em pacientes que tem uma religiosidade e espiritualidade forte. (s8)

Outro colega diz que se pode utilizar a fé da pessoa e trazê-la para o seu lado, utilizando a religiosidade pra favorecê-la e o fato de ela ir até uma igreja ou conversar com pessoas da mesma religião, tira um pouco o foco da doença, pensa em outras coisas, melhora o estado geral. Tudo vai influenciar na qualidade de vida, que isto é comprovado. Um outro sujeito diz que depende da relação que se estabelece com a fé, que a fé por si só não traz resultado nenhum. Outro participante diz que ela pode ser perigosa em alguns casos em que, por exemplo, uma pessoa sai da dominação da droga para uma outra dominação religiosa, o fanatismo. O colega complementa falando do aspecto negativo da espiritualidade, conceito de culpa, estima, sentença, politivismo de vida. E o colega lembra que em outros casos ajuda na sua liberdade, na sua autonomia, seu papel na sociedade. Outro sujeito concorda com a colega que depende da relação que a pessoa tem com a fé, às vezes pode atrapalhar, impedir de iniciar alguns cuidados, algum tratamento.

Agradei a participação de todos e alguns falaram agradecendo a oportunidade de poder parar e pensar nestas coisas, sobre religiosidade e espiritualidade, poder trocar com os colegas, poder refletir sobre isso, que é bom entre eles sentar e conversar sobre isso. Me

surpreendi em eles terem valorizado este momento de discussão, pra mim foi estimulante. No final, a coordenadora convidou-me para almoçar com eles, agradei, mas recusei e despedi-me.

O quarto e último grupo focal foi no **Posto Parque dos Maias**, uma unidade com uma infra-estrutura nova. O posto recentemente havia sido reformado e ampliado. O território possui em torno de seis mil pessoas. Eu e a Marielli fomos recebidas pela coordenadora e tivemos de esperar, pois os profissionais estavam almoçando. Uma das participantes ajudou a juntar todos e a ver a sala para o grupo. Este foi o grupo com maior número de participantes e com maior diversidade de profissionais (incluindo deste médico até técnico em higiene bucal). A coordenadora participou do grupo. Antes da discussão, entreguei os TCLE e respondi as dúvidas que eles tinham sobre a pesquisa. Iniciei me apresentando, agradecendo a todos a participação, à coordenadora pela oportunidade, expliquei dos gravadores, de não existir para mim respostas certas ou erradas, dos 2 blocos de questões e o objetivo principal da minha pesquisa.

A primeira questão do bloco sobre trabalho foi: **COM RELAÇÃO AO TRABALHO DE VOCÊS, QUAL O TIPO DE ATIVIDADE QUE CADA UM EXERCE?** Cada um foi citando suas atividades, dentre elas o acolhimento.

A segunda questão foi: **COMO É O ATENDIMENTO AQUI NO POSTO?** Dentre as características, citaram atenção primária, promoção da saúde, educação em saúde. Um dos sujeitos destacou a importância dos residentes na unidade, promovendo um desacomodar constante de todos os demais profissionais e possibilitando o acesso das pessoas.

Parti para a terceira questão: **COMO É O TRABALHO COM SAÚDE COMUNITÁRIA?** Um dos sujeitos começou falando do vínculo que há entre os profissionais e a comunidade, os usuários são normalmente os mesmos, os profissionais conhecem a família, os vizinhos e parentes das pessoas que utilizam o posto. Ele diz:

...a gente vai se tornando íntimo da comunidade. (s3)

Outro sujeito fala da diferença que há na saúde comunitária, em que o paciente é visto dentro de um organismo todo, de uma família, de toda uma situação social, que conseguem

trabalhar a longitudinalidade. Outro colega fala que é mais pesado trabalhar com saúde comunitária, pois não tem como não se envolver com a realidade da família e pra isso é preciso uma estrutura diferente do profissional.

A última questão deste bloco foi: QUAL É O PERFIL DOS USUÁRIOS DESTA UNIDADE? Começam falando da vulnerabilidade emocional dos usuários. Um dos sujeitos fala que são pessoas com um grau de carência de relacionamentos familiares. Por outro lado, diz um outro colega, é uma população guerreira que exige os seus direitos. Outro comenta da carência emocional, desestrutura familiar que leva à drogadição e muitos jovens que fazem uso de medicação psiquiátrica, que há uma demanda muito grande para a saúde mental ali no posto. Um dos profissionais relaciona esta última característica à própria estrutura da sociedade, situação econômica que traz sintomas de depressão e queixas de solidão. Ela diz:

...embora uma situação econômica mais complicada vai favorecer mais uma desestruturação, né, mas eu penso que a gente vive numa sociedade muito individualista, nos quais os vínculos são muito frágeis e isso fica gravado quando financeiramente tu não tem de onde buscar apoio. Então às vezes as pessoas moram muito tempo num espaço, mas elas não têm alguém pra acompanhar em uma consulta médica, porque ela tá se sentindo mal e não poderia vir sozinha e aí tu pergunta: e um amigo ou familiar? Não, não tem ninguém. Então isso é muito interessante. (s7)

Parti para a primeira questão do segundo bloco: SE A ESPIRITUALIDADE APARECE AQUI NOS ATENDIMENTOS, SE ELES QUISEREM DAR EXEMPLOS: O primeiro sujeito fala que na enfermagem não aparece muito, pois não dá tempo de manter uma conversa com o paciente e que na consulta médica já aparece. Outro diz que aparece no trabalho de acolhimento:

...no trabalho do acolhimento a gente ouve, a gente tem uma visão diferente do paciente, é onde o paciente vem e a gente pergunta o que o senhor tem pra nos dizer hoje. Ele vai contar, às vezes eles são bem práticos, tenho dor aqui e isso aí é o meu problema no momento, mas às vezes tem toda uma história no momento familiar que às vezes eles trazem coisas mais profundas. Quando a gente entra na questão mental, vai aparecendo o lado espiritual, seja pela afirmação, como da negação da espiritualidade. (s3)

Outro colaborador lembra de uma situação em que um familiar de uma paciente pergunta se a profissional era espírita e que ela respondeu que não importava e que ele podia se sentir a vontade de falar. Então o familiar deu o entendimento de que associava os problemas da paciente à questões espirituais. A profissional diz que entendeu que precisa poder escutar e depois fazer as suas colocações, o que trouxe naquele momento tranquilidade para o familiar. E lembrou de uma outra paciente que não conseguia ir até o cemitério do marido e passou para uma colocação religiosa cristã e o quanto foi importante ela ter se libertado deste sofrimento. Uma das participantes comenta que seus pacientes falam terem feito cirurgia do espaço e que respeita isso e diz que na área do posto tem muitas igrejas católicas, evangélicas e centros de umbanda. Outro sujeito fala de um paciente evangélico que estava com diabetes e que não foi confirmar o diagnóstico e nem mesmo buscar o tratamento porque disse que ia para sua igreja rezar e ser curado. Outro participante diz que vê ali muitos evangélicos e espíritas e lembra de um paciente espírita que falou que com ela não acontecia nada, não pegava nada, que ela estava protegida. Outro lembra de pacientes que deixam de ir ao posto porque já têm a sua religião e eles a medicam, passam o óleo, benzem e que ela, como profissional, respeita essa atitude.

A segunda pergunta: COMO VOCÊS ESTÃO LIDANDO COM ESTAS QUESTÕES, QUANDO APARECE? Um fala em usar isso positivamente:

...usar essa crença dela que vem também pra somar, que seja positivo, porque mal não vai fazer, só vai fazer bem se ela tem fé em alguma coisa, mas ao mesmo tempo também orientar o que ela pode fazer no posto aqui. Então juntando os dois em benefício daquele paciente. (s5)

Outro sujeito fala dos limites, pois tem coisas que não é possível permitir, exemplo: um diabético que não queira fazer dieta. Neste caso deve-se negociar, sem ofender a parte espiritual dele, tentando achar um meio termo. Outro participante diz que escuta respeitosamente e pensa que não tem como nós competirmos com a fé e ainda outro aborda assim:

...se a gente procura argumentar que Deus criou tudo isso aqui segundo a crença da pessoa e criou os médicos, criou a nossa sabedoria, né. Se a gente é capaz de estudar e de pesquisar, também é porque deus tá permitindo que a gente faça isso de alguma forma.

Então eu sugiro à pessoa: olha, ora pra que deus te bote nas mãos do melhor profissional, que tu tenhas perseverança de seguir o tratamento o mais correto possível, que tu reaja da melhor forma possível. Que ele entenda que a fé dele não se contrapõe com o nosso trabalho. O nosso trabalho pode reforçar. (s3)

A terceira questão foi a seguinte: VOCÊS ACHAM QUE HÁ A POSSIBILIDADE DE INTEGRAR ESTAS QUESTÕES NO ATENDIMENTO DE VOCÊS? Uma participante fala que é possível, mas cuidar para não participarem de determinadas vias milagrosas que nem sempre terminam bem. Outro diz assim:

...tem que ter a parte da alma e também a pessoa tem que buscar a sua cura na alma. As vezes a doença ta ali, de que adianta a pessoa pensar: eu tenho um ferimento aqui. Tudo é um conjunto, a alma. Eu acho desta maneira. (s2)

Outro reflete que não é fácil, é o ideal, mas que não é fácil em um período pequeno de tempo levar em consideração todas estas questões da pessoa. Que é necessário integrar, mas pergunta se são preparados para isso. Outro colega diz que é uma questão de enfoque, pois são em pequenas palavras enquanto está fazendo o que sempre faz. Poder trazer e isso, já é mexer com a espiritualidade da pessoa.

Última pergunta: NA OPINIÃO DE VOCÊS, A FÉ É IMPORTANTE NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA? Um declara que é muito importante a fé, não só religiosa, mas em tudo que tu faz. Um deles afirma:

Não adianta fazer todo um tratamento se a pessoa não acredita em alguma coisa né, daí é complicado. (s8)

Outro profissional afirma que a fé é fundamental no ser humano. Outro afirma:

A fé estrutura a gente, né, não adianta tu ter a saúde de ferro, ter a mente bem resolvida, mas não crer em alguém, dúvida da onde eu vim, pra onde eu vou. É um alicerce que eu tenho, eu vejo assim, é uma estrutura que eu tenho, naquilo que eu acredito. Fé em deus, no sol que ilumina, na terra, nessas coisas. (s11)

Mais um declara que só a fé em casos, por exemplo, de uma doença terminal, pode fazer a diferença. Terminei agradecendo a todos por terem participado da discussão.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Assim que os grupos focais eram feitos, eu fazia a transcrição das falas. Este trabalho de transcrição levou mais ou menos oito horas para cada uma hora de fala. Eu ia ouvindo a gravação e digitando, um grupo de cada vez. Esta foi, para mim, a parte mais trabalhosa da pesquisa.

Após a transcrição das falas, foi feitas várias leituras das falas dos 4 grupos, sempre tentando identificar idéias que se repetiam ou que respondiam aos objetivos propostos no projeto e às sugestões das professoras que participaram da banca de qualificação. Juntou-se as idéias que surgiram repetidas, formando as categorias.

Como tínhamos algumas categorias definidas, a partir das sugestões dadas pelas professoras na qualificação, ficaram definidas como categorias principais: integralidade (incluindo aspectos da humanização, visão de saúde dos profissionais), com o título ACOLHIMENTO, por ser uma palavra que se repetia nas falas dos sujeitos. Outra categoria é SAÚDE AMPLIADA (abordando a visão de subjetividade que os sujeitos de pesquisa têm com os usuários). A terceira categoria, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE (englobando a compreensão do profissional quanto à relação da espiritualidade com a saúde do usuário, como a religiosidade/espiritualidade aparece no atendimento, resultados da religiosidade/espiritualidade na saúde dos usuários e vulnerabilidade social e espiritual dos usuários). E a última categoria, RESPEITO/IMPARCIABILIDADE (abrangendo como os profissionais lidam com a religiosidade/espiritualidade que os usuários trazem no atendimento, se acham que pode integrar espiritualidade no atendimento e o despreparo para lidar com o tema).

A análise feita é a análise de conteúdo.

5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Será escrito um artigo que abordará os temas INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE SOBRE A SAÚDE e RESPEITO COMO IMPARCIALIDADE. Pretende-se publicá-lo, na forma de artigo original, na Revista da Escola de Enfermagem da USP. Um exemplar da pesquisa concluída será entregue ao Centro de Documentação do GHC, para consulta de interessados. Também serão apresentados os resultados aos postos que participaram da pesquisa, a combinar com cada coordenador.

III - ARTIGO CIENTÍFICO