

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VERA LÚCIA SIQUEIRA**

**RAZÃO E FÉ:** estudo do grupo de oração como prática complementar na promoção à saúde.

NATAL/RN  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**VERA LÚCIA SIQUEIRA**

**RAZÃO e FÉ:** estudo do grupo de oração como prática complementar na promoção à saúde.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. *Rosalba Pessoa de Souza Timoteo.*

NATAL/ RN  
2007

## **BANCA EXAMINADORA**

A Dissertação “**RAZÃO E FÉ**: estudo do grupo de oração como prática complementar na promoção à saúde”, apresentada por Vera Lúcia Siqueira ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2007.

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Rosalba Pessoa de Souza Timoteo - Orientadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Josineide Silveira de Oliveira - Titular  
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Raimunda Medeiros Germano - Titular  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Rejane Maria de Paiva Menezes - Suplente  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, que me dotou de sapiência necessária para que eu pudesse, concluir, com êxito, mais esta importante realização, tanto para minha vida profissional, quanto pessoal.

Aos meus pais Gonçalo Batista Siqueira e Severina Alexandre Siqueira (in memoriam), que me conduziram ao caminho do conhecimento e me apoiaram em todas as etapas da minha vida.

Aos meus irmãos e irmãs, pelo apoio e incentivo.

## ***AGRADECIMENTO ESPECIAL***

*À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo, que ao seu modo, me fez acreditar nas minhas potencialidades intelectuais. Pela orientação cuidadosa, sabia e criteriosa, pela amizade, incentivo e compreensão nos momentos difíceis.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Aos componentes da Banca de qualificação, pela grande contribuição.*

*A todos os professores da Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, pela seriedade com que conduziram o ensino.*

*À professora Dra. Raimunda Germano, pelo incentivo, apoio e carinho.*

*A todos aqueles que contribuíram com a pesquisa através da entrevista, os meus sinceros agradecimentos, pela disponibilidade, paciência e simpatia com que todos me demonstraram durante o processo de coleta de dados, pois sem vocês não seria possível à realização dessa pesquisa.*

*Às colegas do curso de mestrado, pelo espírito cooperativo, em especial a colega Selma; pelos momentos de aprendizagem compartilhados.*

*A professora Altamira Medeiros, pelo trabalho de revisão.*

*A todos aqueles que, de um modo ou de outro, contribuíram, para a realização deste trabalho.*

## RESUMO

SIQUEIRA, Vera Lúcia. **RAZÃO e FÉ: estudo do grupo de oração como prática complementar na promoção à saúde.** 2007. 90f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem dando atenção especial a procedimentos terapêuticos diferentes dos praticados pela terapia convencional, dentre os quais, a homeopatia, fitoterapia, terapias espirituais e orações, que possibilitam a superação do modelo puramente medicalizador para a visão holística do ser humano. Esta tendência marcada em 1978, na Conferência de Alma Ata, questiona a capacidade da medicina tecnológica e especializada na resolução dos problemas de saúde da humanidade. No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1998, traz mudanças para o modelo de atenção à saúde da população, no qual destaca-se, no âmbito da atenção básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994. Neste contexto, apresenta-se um vasto campo de práticas complementares utilizadas na promoção à saúde na prevenção e tratamento de doenças, o que favorece a compreensão acerca dos hábitos e crenças que orientam as práticas populares. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos usuários participantes do grupo Paz e Equilíbrio da Unidade de Saúde da Família de Nova Cidade - Natal/RN, iniciado em 1999, acerca da relação entre a vivência da oração e as mudanças que possam ter ocorrido na sua vida após ingressarem no grupo. Trata-se de estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Para a coleta de dados optou-se pela técnica de entrevista em grupo focal, o qual foi realizado entre janeiro e fevereiro de 2007, utilizando, como instrumentos, um questionário de caracterização dos pesquisados e o roteiro de discussão. O referencial teórico abordou: a religião e a evolução do pensamento; as práticas complementares na saúde; e a religião como prática complementar em saúde. Os entrevistados apontam, como efeitos dessa vivência: redução do estresse, da depressão, aumento da socialização, da auto-estima, melhoria na interação familiar, conforto, segurança, melhoria dos níveis de pressão arterial e diminuição do uso de medicação anti-hipertensiva e psicofármacos. Embora a atenção aos aspectos religiosos e espirituais não seja considerada um complemento terapêutico efetivo na assistência à saúde, pela maioria dos profissionais, a sua compreensão e prática podem democratizar saberes e relações, tirando, delas, aprendizados que tornem mais capazes a produção da saúde, ampliando a segurança e a confiança, desenvolvendo e aplicando tecnologias leves, que visam à promoção e à integralidade da atenção em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Oração. Prática complementar. Promoção da saúde.



## ABSTRACT

SIQUEIRA, Vera Lúcia. **REASON and Faith: a study of the prayer group as a complementary practice in the promotion of health.** 2007. 90f. (Master) Dissertation. Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

The World Health Organization (WHO) has given special attention to therapeutic procedures other than those practiced in conventional therapy, including homeopathy, phytotherapy, spiritual therapies and prayers, making possible the transition from a mere medicalizing model to a holistic view of the human being. This trend, earmarked in 1978 at the Alma-Ata Conference, questions the ability of technological and specialized medicine to solve the health problems of humankind. In Brazil, the onset of the Brazilian unified health system<sup>1</sup> in 1988, introduced changes in the population's health care model where, within the scope of basic care, emphasis has been given to the Family Health Program<sup>2</sup> since 1994. In this scenery, there is a broad area of complementary practices used in promoting health and preventing and treating diseases to support an understanding of the habits and beliefs underpinning popular practices. The purpose of this study was to analyze the perception users participating in the Peace and Balance<sup>3</sup> group of the Family Health Unit of Nova Cidade, in Natal, Rio Grande do Norte, started in 1999, have of the relationship between the experience of prayer and the changes that may have taken place in their lives after joining the group. It is a case study of descriptive nature and qualitative approach. The data were collected during focus group interviews between January and February 2007, using as tools a questionnaire to describe the research participants and a discussion outline. The theoretical support approached the following: religion and the evolution of thought; complementary health practices; and religion as a complementary health practice. Those interviewed reported, as results of such experience, a reduction in stress and depression, an increase in socialization and self-esteem, improved family interaction, comfort, safety, assurance, improved blood pressure levels and a decrease in the use of antihypertension medication and psychopharmacs. Although most professionals do not consider attention to the religious and spiritual aspects an effective therapeutical complement in health care, its understanding and practice may democratize knowledge and relationships, out of which they can learn how to make health production more effective, strengthening assurance and confidence, and developing and expanding soft technologies aimed at health care promotion and wholeness.

**KEYWORDS:** Prayer. Complementary practice. Health promotion.

---

<sup>1</sup> Sistema Único de Saúde – SUS

<sup>2</sup> Programa de Saúde da Família – PSF

<sup>3</sup> Paz e Equilíbrio

## **LISTA DE SIGLAS**

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MNPC - Medicina Natural e Práticas Complementares.

MT/MCA – Medicina Tradicional e Complementar Alternativa.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONGs - Organização Não Governamentais.

PSF – Programa Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TAC – Terapia Alternativa/Complementar.

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

USFNC – Unidade de Saúde da Família Nova Cidade.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>REFLEXÕES PRELIMINARES.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DESVENDANDO CULTURAS E ARTICULANDO SABERES.....</b>	<b>21</b>
2.1	A RELIGIÃO E A EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO.....	21
2.2	AS PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA SAÚDE .....	24
2.3	A RELIGIÃO COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR EM SAÚDE .....	33
<b>3</b>	<b>O CAMINHAR METODOLÓGICO .....</b>	<b>42</b>
3.1	CONTEXTO DO ESTUDO .....	42
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	43
3.3	COLETA DAS INFORMAÇÕES .....	44
3.4	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	46
<b>4</b>	<b>OS ENCONTROS: VIVÊNCIAS, SABERES E LITERATURA .....</b>	<b>49</b>
4.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
4.2	PERCEPÇÃO SOBRE A VIVÊNCIA NO GRUPO PAZ E EQUILÍBRIO PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE.....	51
4.3	PERCEPÇÃO SOBRE O GRUPO PAZ E EQUILÍBRIO COMO TERAPIA COMPLEMENTAR .....	54
4.4	PERCEPÇÃO SOBRE AS MUDANÇAS NO ESTADO DE SAÚDE A PARTIR DA VIVÊNCIA .....	59
<b>5</b>	<b>REFLEXÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>90</b>

**“Se alguém quiser realmente buscar a verdade, não deve escolher uma ciência particular, elas estão todas unidas e dependem umas das outras”.**

**Descartes**

**CAPITULO I**

---

**REFLEXÕES PRELIMINARES**

## 1 REFLEXÕES PRELIMINARES

A aproximação com a problemática que envolve o cuidado do ser humano, levando em consideração as dimensões biológicas e culturais com ênfase nos fatores religiosos, surgiu no início de minha formação profissional, quando percebi que cuidar de pessoas não se limitava apenas ao conhecimento técnico, mas em contextualizar o ser humano nas dimensões biopsicossociais e culturais.

Ao me tornar enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF) em 1999, atuando na Unidade de Saúde da Família de Nova Cidade (USFNC) e em contato com a cultura das pessoas e a riqueza de suas experiências de vida, me motivei a direcionar um olhar especial aos fatores relacionados à dimensão religiosa, sendo de caráter subjetivo e não mensurável ao ser humano.

A minha motivação se deu após três meses de criação do grupo constituído por usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes, quando fui surpreendida por uma solicitação dos participantes para incluir, além das ações educativas, a assistência espiritual (orações, leitura do evangelho, cânticos religiosos, entre outros), como complemento ao tratamento medicamentoso.

Essa solicitação não me trouxe muitas preocupações, embora a minha formação profissional tenha sido embasada em um currículo influenciado pelo modelo flexneriano. Assim, sensibilizada com os sentimentos verbalizados pelos usuários, enveredei na busca de capacitações que assegurassem o desenvolvimento de competências que atendessem a essa demanda. O importante era o atendimento ao apelo do grupo, por entender que as questões psicossociais, emocionais e culturais merecem o mesmo valor que os aspectos físicos.

Origina-se, desse modo, o grupo Paz e Equilíbrio, em maio de 1999, localizado na USFNC, Distrito Sanitário Oeste da cidade de Natal. O grupo é constituído por 30 usuários de diferentes religiões, sendo 20 católicos, 06 evangélicos e 04 pertencem a outras religiões.

Por solicitação da clientela, são desenvolvidas, além das atividades educativas, algumas práticas religiosas, tais como: orações, preces, leitura do evangelho, cânticos religiosos e meditação, que Larson (2000) denomina psicoterapia religiosa.

Vale ressaltar que, após a inclusão dessas práticas, os usuários apresentaram uma maior adesão ao grupo, haja vista que a assistência educativa convencional não propiciava o apoio espiritual necessário às suas vidas.

As reuniões vêm ocorrendo às terças-feiras, no horário das 14:00 às 17:00 horas, no centro de convivência da comunidade, sob a coordenação da autora deste estudo, e contando com a participação de outros membros da equipe da USFNC.

Os encontros grupais acontecem num clima favorável entre participantes e profissionais de saúde, os quais se comunicam mútua e diretamente, visando a um objetivo comum: o controle da hipertensão arterial e da diabetes, através do cuidado do corpo e da mente. As atividades são voltadas para essas pessoas, ajudando-as a terem consciência dos seus problemas e de que elas são o centro de decisão de sua própria vida.

Os componentes do grupo são avaliados periodicamente pela enfermeira e/ou pela médica, através de atendimentos individuais, no quais se constatou a utilização de outras estratégias para tratamento e cura de algumas doenças, habitus que se estabelece a partir da acessibilidade e disponibilidade em respeito aos seus anseios, tais como: ervas, chás, garrafadas, atos e cultos religiosos, entre outros.

Para Bourdieu (2005), o habitus, ao mesmo tempo em que expressa um traço cultural, também se apresenta como alternativa diversa do modo hegemônico de pensar/fazer em saúde. O habitus é, desse modo, princípio gerador de práticas distintas e distintivas das categorias sociais.

Esse conceito se refere a um conhecimento adquirido, um haver, um capital, indicando "*uma disposição incorporada, quase postural*" (Bourdieu, 1998, p. 61). Diferente da palavra "hábito", que se associa a algo cristalizado, a expressão habitus envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva. Dentro desse raciocínio, a pessoa receberia e reinventaria a "herança" para a formação do habitus (BOURDIEU, 2005).

Seguindo esse pensamento, tem-se observado, nos últimos anos, uma crescente aceitação da medicina denominada alternativa ou complementar junto às populações urbanas do país. Em consequência desse fato, inicia-se um processo de reconhecimento paulatino da capacidade resolutiva desses outros sistemas alternativos de se promover saúde, seja pelo sistema público de saúde, pelas instituições médicas e pela sociedade civil em geral. Tal fato revela uma reinserção e ressignificação de práticas em saúde, surgindo um outro habitus na resolução dos problemas de saúde das pessoas.

Verifica-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem dando atenção especial a procedimentos terapêuticos diferentes dos praticados pela terapia convencional, dentre os quais, a

homeopatia, fitoterapia, terapias espirituais, orações, preces, que possibilitam a superação do modelo puramente medicalizador.

Essa tendência foi marcada, em 1978, na Conferência de Alma Ata, na qual o diretor geral da OMS declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada na resolução dos problemas de saúde da humanidade, fazendo apelo aos governos de todos os países para investirem no desenvolvimento de formas alternativas de cura (LUZ, 2003).

Considerando o grande e contínuo desenvolvimento da tecnologia e da ciência no campo da medicina, e sua incapacidade de resolutividade, Luz (2003) destaca como ponto fundamental a adoção de uma medicina voltada para o ser humano como um todo e centrada no doente e não na doença.

Segundo a autora, o paradigma mecanicista não responde às necessidades de uma visão humanizada, ou seja, não concebe as práticas do homem no seu habitat e nas suas crenças, as quais permitem a esse ser a capacidade de se emocionar, resgatar sua sensibilidade, intuição e sentimentos tão importantes ao intelecto.

Na perspectiva do paradigma holístico, as chamadas práticas alternativas ou terapias alternativas/complementares (TAC) resgatam, de acordo com Hill (1999), as técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o em sua totalidade-corpo/mente/espírito.

Somando-se a essas práticas está a psicoterapia religiosa que vem crescendo consideravelmente nos últimos tempos, principalmente nas camadas populares (NASCIMENTO, 1997).

Conforme Rabelo (1994), existe no Brasil uma pluralidade de cultos e rituais - os mais diversos possíveis - que utilizam imagens e símbolos a serviço da cura e expressam as mais diferentes visões de mundo.

Neste estudo, foram adotados os termos terapias alternativas e terapias complementares, indicando a mesma prática, embora não sejam sinônimos.

De acordo com Bourdier (2005), as práticas ou crenças religiosas de um grupo é uma força simbólica possível de ser mobilizada por esse grupo ou classe ao legitimar as propriedades simbólicas a uma determinada posição social.

A oração é conceituada como a comunicação viva do devoto com Deus simbolizado como pessoal e experimentado como presente, uma comunicação que reflete as formas de relações

sociais.

Para Boff (2001), a religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião; ao passo que espiritualidade suscita questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a nenhum tipo de crença ou prática religiosa. Segundo o autor, o significado da vida é considerado uma condição essencial do ser humano, pois quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar esse significado sofre em função de sentimentos de vazio e desespero.

O vazio existencial, em que a civilização ocidental se encontra imerso hoje, vem exatamente do distanciamento da própria espiritualidade a que ela foi lançada pelo paradigma materialista (TEIXEIRA, 1994).

A dimensão espiritual se traduz em uma das necessidades essenciais do ser humano; é reencontrar a sua própria essência, uma explicação para sua existência e um sentido para a vida. Na direção das possibilidades de o ser humano viver sua existência, Boff (2000, p.36) afirma que “o homem é um ser em potencialidade permanente (...) é um ser de abertura (...) e sempre acrescenta algo ao real”.

O ser humano é essencialmente um ser de necessidades que devem ser satisfeitas. Um ser histórico, individual e coletivo, construtor de relações sociais, dotado de sacralidade, porque é um sujeito de direitos e deveres inalienáveis. Finalmente, o ser humano é um ser de cuidado, pois sua essência se encontra no cuidado. Pensar na sua qualidade de vida envolve fatores condicionantes de satisfação de quem recebe e satisfação de quem oferta, levando em consideração a sua singularidade, revendo a necessidade de investir esforços, no sentido de valorizar a vida (BOFF, 1999).

Assim sendo, a espiritualidade torna-se fundamental ao ser humano. Todos buscam a própria espiritualidade, a essência interior, estejam conscientes disso ou não. Todo ser humano busca um sentido para a sua vida, ato que reside a sua espiritualidade.

Desse modo, se relaciona intimamente com a religiosidade, no sentido amplo da ação originada do espírito. A religiosidade é entendida por Oliveira (1997) como a capacidade de vivenciar a experiência religiosa, que traz consigo uma outra capacidade, que é a de produzir ou mobilizar energia interior - modificadora de atitudes e comportamentos, diferente da energia de ordem física.

Essa capacidade de experiência religiosa é inerente ao homem; apesar de não ser



espontânea, imprime traços que o diferencia dos outros seres vivos e favorece a possibilidade de desenvolvimento.

Desse modo, de cada ser humano podem e devem ser esperados comportamentos próprios e formas diferenciadas de enfrentamento diante das circunstâncias que surgem no cotidiano.

Larson (2000) considera que a contribuição da religiosidade e espiritualidade para a saúde é um fator altamente significativo para grande número de pessoas em qualquer parte do mundo, e tem papel potencialmente importante para o seu bem-estar.

O autor afirma que a OMS incluiu na avaliação de qualidade de vida a religião, espiritualidade e crenças pessoais. Para muitas pessoas, religião, fé e espiritualidade são fontes de conforto, segurança e sentido.

No Oriente, a saúde é vista como o equilíbrio ou harmonia entre o indivíduo e universo. Assim, o bem-estar do homem depende de sua relação harmoniosa com a natureza. Diferentemente, no Ocidente, a medicina negligencia essa relação, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse primordial. Desse modo, a espiritualidade é considerada por muitos como questão de crenças, sem influências determinantes nos processos corporais (LOWEN, 1990, GONÇALVES; FERRAZ; GIGILIO, 2001).

Na sociedade ocidental, observa-se que a ação terapêutica permanece influenciada pela concepção cartesiana, que desconsidera os impactos dos sentimentos e do ambiente sobre o ser humano, ou seja, analisa o corpo humano de forma material, independente, sem levar em consideração as dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais (LOPES; MAGNATIVA, 2003).

De acordo com Valla (2001), o modelo biomédico tem sua origem na descoberta de como superar as doenças causadas por vírus e bactérias. Destarte, o reconhecimento dos benefícios trazidos por esta descoberta, até certo ponto, tornou-se preocupante, uma vez que a medicalização da infecção terminou sendo apontada como a solução para todas as queixas, sendo imposta essa medicalização à sociedade, sem necessariamente resolver problemas, pois a origem das doenças está mais relacionada com a subjetividade do que com os vírus e as bactérias. As soluções são pautadas em orientações para o diagnóstico e o tratamento de doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações corporais em detrimento das outras dimensões e das suas demandas.

Assim sendo, os profissionais de saúde centrados na doença não valorizam o contexto no qual os sujeitos das suas ações estão inseridos, nem consideram as relações que estes estabelecem com os outros, relevantes para a saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Diante da precariedade do trabalho e fragilidade das relações sociais, uma parcela crescente da população vem apresentando sinais de adoecimento, expressos através de um conjunto de sintomas e síndromes indefinidas, como ansiedade, depressão, estresse, dores generalizadas e alterações somáticas, denominados por alguns autores de “sofrimento difuso” (VALLA, 1999) ou “mal-estar” (LUZ, 2001).

Este mal-estar psicossocial é muitas vezes relativizado por alguns profissionais de saúde, embora seja responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo, configurando um grave e relevante problema de saúde pública (LUZ, 2001).

Esses sintomas psicossociais, difusos e inespecíficos, constituem grande parte da demanda nos serviços públicos de saúde. Porém, como não se enquadram em uma categoria diagnóstica, na lógica da biomedicina, não são reconhecidos como doença (CAMARGO Jr., 1992; LUZ, 1997).

As queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo saúde/doença não são validados pelos profissionais de saúde, que somente consideram os usuários doentes quando há uma patologia diagnosticada.

Por outro lado, com o objetivo de diagnosticar e tratar doenças, esses mesmos profissionais privilegiam os sintomas e as alterações corporais em detrimento dos fatores que interferem no processo do adoecer.

O itinerário dos usuários que buscam soluções ou alívio do seu sofrimento é marcado por várias idas aos serviços públicos de saúde, consultas com especialistas e a realização de exames complementares, visando diagnosticar uma patologia que justifique os sintomas apresentados.

No entanto, mesmo que alguns profissionais identifiquem que se trata de problemas relacionados aos fatores sociais, emocionais, culturais e psíquicos, entre outros, na prática terapêutica, estes não têm muito a oferecer, além da medicação, via de regra com psicofármacos, visando amenizar as tensões emocionais e queixas mentais.

Se, por um lado, o modelo de saúde vigente não consegue ser resolutivo nos agravos psicossociais e emocionais dos usuários, por outro, são essas as queixas mais frequentemente

relatadas pelos que procuram os serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o seu sofrimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Neste sentido, o autor adverte que o uso abusivo de psicofármacos mantém o ser humano em estado de negação permanente da emocionalidade, afastando-o do contato com os próprios desejos e necessidades.

Existe, portanto, um limite da racionalidade do modelo centrado no diagnóstico e tratamento a partir da patogênese para lidar com a complexidade do adoecimento e sofrimento humano. Neste contexto de desequilíbrio entre o que é demandado e ofertado nos serviços públicos, autores como Valla (1999) e Luz (2001) chamam a atenção para o modo como a sociedade vem se organizando, tecendo estratégias para enfrentar os problemas através das diversas atividades de saúde, como grupos de auto-ajuda, trabalhos desenvolvidos em Organizações Não Governamentais (ONGs), grupos religiosos, entre outros.

A população tem buscado sozinha soluções para o enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia, o que favorece a criatividade, porque é nesse espaço adverso que surgem as formas culturalmente apropriadas de atuar em saúde (fazer), na prevenção, cuidado e cura (VASCONCELOS, 1999).

No modelo de vigilância sobre a saúde brasileira e precisamente na atenção básica, parece ser ainda incipiente a utilização de práticas complementares no PSF, enquanto ações de promoção à saúde ou terapêuticas em outros níveis de assistência. Tal fato, que ocorre com maior frequência em países desenvolvidos, como Canadá e EUA, se não contribui para o restabelecimento completo do usuário ajuda-o a enfrentar situações cotidianas, doenças ou proporcionar motivação para determinados tratamentos.

No caso específico dos portadores de doenças crônicas, as práticas religiosas desses pacientes (oração, prece e filiação religiosa) são consideradas fatores positivos à promoção e recuperação da saúde (LARSON; KOENING, 2001; SAVIOLI 2002; ESKIN, 2003). Essa proposta da integralidade trazida pelo SUS afeta, sobremaneira, o fazer do enfermeiro e demais profissionais da saúde centrado no modelo biomédico, exigindo, assim, a reflexão e a recomposição de suas práticas.

Na enfermagem, o holismo não se conforma num único modelo, mas expressa-se em diversas iniciativas e propostas que se esforçam para atingir a integralidade do cuidar/assistir o ser humano (FREITAS, 2006).

A maneira de intervir no cuidado de enfermagem com o ser humano altera-se de acordo com a concepção de mundo de quem cuida e de quem é cuidado. Para isso, é necessária a aproximação possível da visão de mundo daquele que é cuidado, incluindo as crenças religiosas e as inúmeras formas de expressar a religiosidade na maneira de cuidar (COLLIÈRE, 2003).

Assim sendo, a dimensão religiosa foi incorporada no presente estudo, não como modelo ou estrutura pré-selecionada a ser validada, mas sim como fenômeno cujo valor simbólico permite compreender a nova aceção das múltiplas formas que as classes populares operam, produzindo saberes e práticas diferenciados e efetivos na prevenção e controle das doenças. Abre, pois, possibilidades para uma reflexão sobre aspectos, valores e lógicas invisíveis para a maior parte dos profissionais da saúde que permanecerão ignorados se não forem previamente visualizados (VALLA, 2001).

Dessa forma, a experiência de sete anos coordenando um grupo de oração na USFNC, junto a adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes, motivou a realização do presente estudo, tendo em vista que essa experiência de promoção à saúde continua até os dias atuais. Ao longo desse período vem sendo observado que os participantes têm apresentado benefícios referentes à melhoria da saúde, muitas vezes verbalizados por eles próprios, tais como: redução do estresse e da depressão, diminuição dos níveis pressóricos, aumento da auto-estima, da socialização, da interação familiar e bem-estar geral.

O propósito de investigar a percepção desse grupo, acerca da relação entre a vivência da oração e seu estado de saúde, surgiu principalmente a partir desses depoimentos, na perspectiva do cuidar fundamentado no encontro e na busca de uma assistência integral ao ser humano, respeitando as necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais.

Assim sendo, repensar a importância do resgate da religiosidade nos cuidados de saúde, haja vista que as transformações culturais ocorridas apontam para a dimensão religiosa do ser humano, pois a importância da fé e do bem-estar espiritual está cada vez mais evidente (LEVIN, 2004).

O aprofundamento da relação entre saúde e religiosidade ganha espaço no mundo da investigação, no âmbito da ciência. Trabalhar essa temática pode não ser uma tarefa simples, mas é possível e necessária. Muito embora, algumas pesquisas já abordem a importância do fator religioso nos tratamentos médicos convencionais, ainda são escassos os estudos que focalizam a

questão religiosidade em práticas de saúde dirigidas a adultos que procuram atendimento no nível de atenção básica.

Não havendo a pretensão de abrangê-la plenamente, intenta-se provocar reflexões e subsidiar novos estudos na área, haja vista serem ainda escassos tanto na área de conhecimento da prática de promoção à saúde, como também na prática assistencial do enfermeiro. Neste sentido, parte-se do seguinte questionamento:

Qual a percepção dos usuários participantes do grupo Paz e Equilíbrio, acerca da relação entre a vivência da oração e seu estado de saúde?

Espera-se encontrar algumas respostas a esse questionamento, a partir dos objetivos:

## GERAL

Analisar a percepção dos usuários participantes do grupo Paz e Equilíbrio acerca da relação entre a vivência da oração e seu estado de saúde.

## ESPECÍFICOS

- Descrever a percepção do usuário participante do grupo Paz e Equilíbrio acerca dessa vivência;
- Identificar a percepção do usuário quanto à relação entre a vivência no grupo Paz e Equilíbrio e seu estado de saúde;
- Relacionar as mudanças percebidas pelo usuário a partir de sua participação no grupo Paz e Equilíbrio.

Para possibilitar uma melhor compreensão do texto elaborado a partir dos resultados da pesquisa, utilizou-se a seguinte seqüência na sua organização.

No primeiro capítulo, apresenta-se breve introdução acerca do tema, sua relevância para a saúde, o objeto de estudo, a questão de pesquisa e os objetivos propostos.

O segundo capítulo é constituído por algumas incursões sobre: a religião e a evolução do pensamento; as práticas complementares na saúde; a religião como prática complementar em saúde.

No terceiro capítulo, discorre-se acerca da questão metodológica, eminentemente qualitativa, na qual se aplicou a técnica de grupo focal, o que facilitou a apreensão da experiência vivida no cotidiano dos participantes do grupo Paz e Equilíbrio.

No quarto capítulo, encontram-se as análises e discussões acerca da unidade analítica do estudo, denominada “percepção da vivência no grupo Paz e Equilíbrio como prática complementar de saúde”. As categorias empíricas, estabelecidas sob a orientação da primeira, denominaram-se, respectivamente, “percepção sobre a vivência no grupo Paz e Equilíbrio para a promoção a saúde”, “percepção sobre o grupo Paz e Equilíbrio como terapia complementar”, “percepção sobre as mudanças no estado de saúde a partir da vivência”.

O quinto capítulo apresenta as considerações finais, consolidando as discussões, que poderão contribuir com o repensar da atenção à saúde do indivíduo, com vistas à assistência integral do ser humano, no contexto do SUS.

**“A verdadeira viagem da descoberta não é achar novas terras, mas ver o território com novos olhos”.**

**Marcel Proust**

**CAPITULO II**

---

**DESVENDANDO CULTURAS E ARTICULANDO SABERES**

## 2 DESVENDANDO CULTURAS E ARTICULANDO SABERES

### 2.1 A RELIGIÃO E A EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO

A evolução dos tempos permite refletir-se que o desempenho, a atitude e a decisão do ser humano sempre permaneceram fortemente vinculados a costumes, hábitos e crenças. Em todos os períodos históricos da humanidade, as instituições religiosas têm tido um lugar de destaque na organização social. Os homens buscam nessas instituições maneiras de explicar a realidade natural e social ao seu redor, bem como aclamar ou solucionar seus inúmeros problemas.

De acordo com Durkheim (1989), a sociedade historicamente é norteadada pela vida religiosa. A religião desencadeia e desperta um sentimento de apoio e dependência tutelar que liga o fiel ao seu culto. Portanto, é pela ação comum que a sociedade toma consciência de si e afirma que a religião é antes de tudo uma cooperação social ativa.

Eliade (1991) acrescenta que desde as sociedades primitivas o homem tentava tornar-se um ser religioso por excelência, tecendo todas as atividades do cotidiano para construir um universo sagrado, no qual pudesse circular a vida fragmentada pela ação humana e, dessa maneira, reintegrar a unidade.

Segundo Capra (1982), a visão de mundo e o sistema de valores de nossa cultura foram fundamentados nas linhas dos séculos XVI e XVII, denominados séculos da revolução científica, transformando a noção de um universo vivo e espiritual pela visão de mundo máquina, a qual passou a ser a metáfora predominante da época moderna.

Enquanto Galileu triunfava, na Itália, com suas descobertas, combinando a experimentação científica com o uso da matemática, Bacon, na Inglaterra, desenvolvia a estratégia da experiência, através do método empírico dedutivo. O homem libertava-se do jugo teológico e buscava explicações dos fenômenos naturais pelo uso da razão. O conhecimento passava a ter como finalidade primordial servir ao homem e proporcionar-lhe poder sobre a natureza, o que foi defendido por Descartes no seu método analítico, racionalista, chamado de “cogito cartesiano”. Baseado neste cogito, Descartes faz uma separação entre mente e corpo, privilegiando a primeira em detrimento do segundo (CAPRA, 1982).



Em seguida, Newton, através da física mecânica, desenvolveu uma formulação matemática da concepção mecanicista da natureza, sintetizando as obras de Copérnico e Kepler, Bacon, Galileu e Descartes (CREMA, 1998).

Capra (1982) afirma que a teoria newtoniana foi capaz de explicar nos mínimos detalhes o movimento dos planetas, luas e cometas, assim como o fluxo de marés e vários outros fenômenos relacionados com a gravidade. O sistema matemático do mundo, elaborado por Newton, estabeleceu-se rapidamente como a teoria correta da relatividade e gerou enorme entusiasmo entre cientistas e leigos. Introduzida por Descartes, a imagem do mundo como máquina perfeita era então considerada um fato comprovado, de modo que Newton tornou-se o seu símbolo.

No decorrer do século XIX e início do século XX, a ciência não cessava de afirmar que havia encontrado o indubitável fundamento empírico-lógico de toda verdade. As teorias positivistas pareciam emanar da própria realidade, via indução. Elas legitimavam as verificações e confirmações empíricas como prova lógica e ampliavam-nas como leis gerais. Ao mesmo tempo, a armação lógica/matemática, que assegurava a coerência interna das teorias verificadas, parecia refletir as próprias estruturas do real, dividindo o fenômeno multidimensional em partes fragmentadas. Os saberes, que antes eram interligados, foram repartidos e a visão global do fenômeno ignorada (MORIN, 1999)

A visão cartesiana/newtoniana ascendia com grande relevância no mundo científico, proporcionando sucesso no desenvolvimento tecnológico, industrial e progresso material, e estabelecendo as bases do conhecimento. Entretanto, possibilitou, ao mesmo tempo, a dominação do homem sobre o homem e do homem sobre a natureza, o que gerou desigualdades e conflitos de classes e nações (VARELA, 2002).

Conforme Teixeira (1994), tudo leva a crer que a humanidade, tendo alcançado um extraordinário avanço econômico, científico e tecnológico, sofreu até o século XX um desenvolvimento marcado pela idéia de progresso técnico/industrial transformado em valor absoluto. Essa separação manifesta-se numa flagrante disparidade entre as qualificações intelectuais e o conhecimento científico, de um lado; e a sabedoria, espiritualidade e a ética, de outro.

Essa evolução unilateral atingiu um estágio alarmante, uma situação tão paradoxal que levou o indivíduo moderno à solidão e à fragilidade, pela falta de um referencial estável de valores fundamentais. Tal condição acentuou o vazio relativista cultivado por muitos, que

perderam o sentido da espiritualidade como um horizonte orientador da existência humana (BOFF, 2003).

Os progressos nos conhecimentos no âmbito das especializações, durante o século XX, levou à fragmentação entre as humanidades e as ciências, distanciando o ser humano das realidades globais e complexas e dicotomizando as dimensões psíquicas, sociais, religiosas e econômicas.

Morin (2004) afirma que o século XX suscitou avanços em todas as áreas do conhecimento e da tecnologia. Ao mesmo tempo, atrofiou a reflexão e a compreensão fundamental e complexa dos problemas globais, o que gerou inúmeros erros e ilusões, a começar por parte dos cientistas, técnicos e especialistas.

O autor adverte que um especialista que somente é especialista é um perigo para o mundo e para a humanidade. A ciência especializada não explica a vida. Esta só adquire sentido ao ser contextualizada através de todos os saberes acumulados, reconhecendo o direito de cada ser humano existir e habitar este planeta, qualquer que seja sua verdade, religião, sexo, cultura e raça, convivendo e contribuindo, respeitando e sendo respeitado pelas diferenças individuais e grupais.

Assim sendo, verifica-se que durante séculos ciência e religião, ou, como diria Santo Tomás de Aquino, “razão e fé” ocuparam posições separadas. A partir de Einstein, em 1950, surgiram os primeiros passos facilitadores dessa aproximação, a ponto de João Paulo II afirmar que religião sem ciência não é boa religião, bem como ciência sem religião não é boa ciência.

Essa tendência enfatizada na encíclica *Fides et Rati* (1998) compreende que “a fé e a razão constituem-se como duas asas pelas quais o espírito humano se eleva para a contemplação da verdade” (João Paulo II, 1998, p.5).

Portanto, no início do século XXI inaugura-se, no Ocidente, um momento histórico caracterizado pela tentativa de mudança antropológica: de uma cultura materialista, imediatista e individualista para uma cultura espiritualista, holística e solidária (LUZ, 2003).

Neste contexto, busca-se a transformação de um mundo guiado pela razão instrumental para um mundo orientado pela pluralidade, multidimensionalidade, novas formas de emergência da subjetividade e retomada da espiritualidade.

Desse modo, tem-se observado a reintrodução de práticas culturais no cotidiano das pessoas, destacando-se as religiosas, no contexto de vida e saúde da população. Tais práticas, antes irrelevantes e desqualificadas no âmbito dos serviços de saúde, ganham força a partir do

final do século XX, com as recomendações previstas na Carta de Ottawa (1986), na qual as questões sociais, comportamentais e culturais assumem o mesmo grau de correspondência que os fatores econômicos, biológicos, ambientais e políticas na determinação do processo saúde/doença, podendo, desse modo, tanto favorecer como prejudicar a saúde.

## 2.2 AS PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA SAÚDE

A história evidencia que o homem tem buscado diversas soluções para o enfrentamento da doença. Hipócrates, o pai da medicina, na Grécia antiga, muito antes da era cristã, já definia saúde como o estado de harmonia do homem com a natureza, o equilíbrio entre os diferentes componentes do organismo com o meio ambiente (LUZ, 1998). De acordo com esse pensamento, saúde e doença dependem da perfeita integração mente/corpo/meio ambiente.

Esse conceito hipocrático perdurou até a Idade Média quando os dogmas da igreja passaram a responsabilizar o comportamento do homem pelo aparecimento de enfermidades. Assim sendo, a ignorância sobre as patologias, que na época afligiam estudiosos, governo e população, contribuiu para que as pessoas acreditassem que os deuses tivessem o poder de causar as doenças e curá-las.

O período, historicamente conhecido como a Era das Trevas, caracterizava-se pelas grandes epidemias decorrentes da urbanização desorganizada, da pobreza extrema e dos problemas sanitários das cidades. Os hospitais constituíam espaços de isolamento de pobres, doentes, desvalidos e loucos, com vistas à proteção dos ricos e de outras parcelas diferenciadas da população. A doença era vista como um castigo de Deus e aqueles que cuidavam dos enfermos redimiam seus pecados (FOULCAULT, 1978; SILVA, 1989).

Com o advento da ciência, em decorrência do crescimento da cultura ocidental, no Renascimento, surgiu uma nova visão, e o paradigma cartesiano passou a ser adotado para explicar o processo saúde/doença (BOTELHO, 1991).

De acordo com esse paradigma, o corpo é composto por partes e visto como máquina, ou seja, todas as suas funções dependem do funcionamento independente de cada órgão. Neste sentido, a doença é causada por defeitos das peças da máquina humana, as quais poderão ser

consertadas ou substituídas, criando uma rigorosa dicotomia entre corpo e mente, sendo que a mente era considerada com função irrelevante (LANDMANN, 1989, CAPRA, 1982).

A prática médica, norteadada por essa divisão cartesiana, gerou um reducionismo conceitual na medicina contemporânea sobre o corpo, dividindo-o em pequenas partes, e fazendo com que o homem não seja visto em sua integralidade. Isto impede a interação efetiva dos aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais, que compõem a multidimensionalidade do homem.

Os limites do paradigma cartesiano–newtoniano induzem à procura de outras formas de responder às necessidades e questionamentos do ser humano e de reconhecer que todas as concepções são limitadas e aproximadas.

Para Santos (2005), o homem tem necessidades de perguntar pelas relações entre a ciência e a virtude, pelo valor do conhecimento que, cotidianamente, constrói e utiliza para dar sentido às suas práticas e que a ciência continua considerando irrelevante, ilusório e falso.

O autor ainda acrescenta que a racionalidade científica é um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem nos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas.

No século XX, com as teorias de Einstein, surgiu uma nova explicação científica para o fenômeno da vida: a matéria passa a ser vista como manifestação de energia e os homens, também constituídos de matéria, passam a ser considerados seres energéticos formados por vários sistemas que se interligam com o meio ambiente, formando um todo que deve sempre estar harmonizado (GERBER, 1988).

Procurava-se, antes de tudo, uma nova racionalidade, infinitamente mais rica do que aquela que legou a esperança científicista do século XIX. Procurava-se uma integração dinâmica entre as ciências exatas, as ciências humanas, a arte e a tradição.

Lück (1998) aponta que a caminhada interdisciplinar objetiva, em última instância, a concretização do ser humano, em todas as suas dimensões, superando os problemas existenciais, oriundos de uma ótica fragmentadora; a integração política e social do homem em seu meio.

Segundo essa autora, é impossível praticar a interdisciplinaridade com atitudes de individualismo, e até mesmo de comodismo, pois se trata de um trabalho cooperativo.

A complexidade crescente acerca de nossa compreensão do universo requerente de uma integração de conhecimentos obriga a transformar o sonho em realidade, apenas por necessidade, como diria Piaget (1970).

A transdisciplinaridade transgride as fronteiras epistemológicas de cada ciência disciplinar e constrói um novo conhecimento “através” das ciências, um conhecimento integrado em função da humanidade, resgatando as relações de interdependência, pois a vida se constitui nas relações mantidas pelo indivíduo com o meio ambiente (NICOLESCU, 2002).

Questionar e propor mudança de paradigma não significam abandonar o existente, porém, reconhecer que esse paradigma possui limites, sendo eficaz apenas para um grupo de questões, ampliando o horizonte para novos caminhos, dando-lhes outras dimensões, na tentativa de responder aos novos questionamentos do século XXI, que se inicia.

A necessidade dessa mudança surgiu quando a ciência moderna tornou-se incapaz de responder aos questionamentos formulados pelos positivistas. Muitos cientistas saíram à busca da re-ligação dos saberes e conhecimentos, dentre os quais se encontram religião, psicologia, antropologia, entre outras.

Portanto, é necessário o diálogo entre saberes e ciências, para o equilíbrio do conhecimento nos contextos, globalidades e complexidades que garantam o entendimento de que não há espaços nem tempos culturais privilegiados que permitam julgar e hierarquizar como mais corretos ou verdadeiros os axiomas de explicações e de convivência com a realidade (MATWIJSYN, 2003).

A transdisciplinaridade, afirma Chaves (1998), é uma nova abordagem científica e cultural, uma nova forma de ver e entender a natureza, a vida e a humanidade. Ela busca a unidade do conhecimento para encontrar um sentido para a existência do universo, da vida e da espécie humana.

De acordo com Morin (2004), unidades complexas, como o ser humano ou a sociedade, são multidimensionais. O ser humano é ao mesmo tempo biológico, social, afetivo e racional. A sociedade comporta as dimensões históricas, econômicas, sociológicas, religiosas, entre outras.

Assim, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. O conhecimento, ao buscar construir-se como referência ao contexto, ao global e ao complexo, deve valorizar o conhecimento do senso comum. Se a Ciência Moderna significou uma mudança radical no modo de pensar dos homens medievais, a transdisciplinaridade e complexidade, hoje, sugerem a superação da mentalidade fragmentária, incentivando conexões e criando uma visão contextualizada do conhecimento, da vida e do mundo.

A incorporação do espírito à tríade mente/corpo/meio ambiente passou a ser chamada de visão holística, e está intimamente ligada à compreensão da ação das terapias alternativas/complementares (SOUZA, 1992).

Conforme Pinheiro (2003), estas citadas terapias possibilitam uma redefinição dos rumos do cuidado e do tratamento, amenizando ou mesmo substituindo totalmente a intervenção medicamentosa por ações que trazem bem estar físico e mental. Seu objetivo difere da biomedicina, em que a cura da doença deve ocorrer através da intervenção direta no órgão ou parte doente.

A autora afirma que essas práticas são voltadas para a busca da vitalidade das pessoas, não apenas como indivíduos, mas também como sujeitos sociais, o que é corroborado por autores, como Savioli, 2002; Luz, 2003; Levin, 2004; Valla, 1999; entre outros que citam meditação, oração, prece, reiki, acupuntura, como exemplos dessas terapias.

Para a OMS, a medicina natural e práticas complementares são denominadas de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), e estas envolvem sistemas, recursos e abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (PINHEIRO, 2003).

Neste sentido, criou, no final da década de 70, o Programa de Medicina Alternativa, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2005).

Na Carta de Ottawa, em 1986, é ampliada a forma de se pensar as possíveis intervenções nos problemas de saúde. A promoção à saúde, como nível de atenção, se refere às ações destinadas a melhorar e aprimorar as condições sanitárias das pessoas não doentes, e tem como enfoque uma visão integral do processo saúde/doença.

A saúde é percebida, não como um objetivo em si, porém, como recurso da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

A promoção à saúde é considerada um grande auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, a promoção à saúde não é concernente apenas ao setor sanitário, mas, pelo contrário, constitui requisitos para paz, educação, habitação, alimentação, renda, meio ambiente, justiça social e equidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Dentro desse conceito positivo de saúde tem-se discutido os diversos fatores que o condicionam. São eles: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e biológicos. De acordo com esses fatores, as ações de promoção à saúde devem atuar sobre o universo dos determinantes da mesma, objetivando reduzir as diferenças no estado atual da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, proporcionando os meios que permitam a toda população desenvolver ao máximo o seu potencial de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Mendes (1993) ressalta que, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, traz de forma sistematizada as diretrizes e o ideário do novo sistema de saúde: um sistema único, embasado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Estes princípios foram depois reafirmados na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, Leis 8.080/90 e 8142/90.

Diante do exposto, verifica-se que, a partir de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil vem experimentando mudanças e inovações em aspectos de gestão, organização e financiamento de seus serviços, respondendo aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Neste contexto, destaca-se a implantação, em 1994, da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da atenção básica (MENDES, 1993).

Segundo Costa (2004), a ESF constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento. Também favorece uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil, promovendo sua participação efetiva, na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida.

Para este autor, a qualificação da atenção à saúde é um dos principais desafios colocados para a consolidação do SUS, o que requer a compreensão da saúde da família como uma estratégia essencial no âmbito da Atenção Básica e na efetivação dos princípios da

descentralização e integralidade, pois objetiva a constituição de uma ampla rede assistencial regionalizada, que se comunica e referencia os três níveis de complexidade de atenção à saúde.

Desse modo, desponta como uma estratégia catalisadora, que conforma a possibilidade de transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil e tem provocado profundas reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamentos e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (PAIM, 2003).

Portanto, a ESF apresenta-se como uma alternativa para reorganizar os serviços de saúde, a partir de uma concepção de trabalho que se notabiliza pela proposta de estabelecimento de inter-relações entre os vários setores responsáveis pela assistência à saúde, bem como o vínculo e a co-responsabilização do profissional com o usuário e a família, promovendo uma ação mais ampliada e integrada desses atores sociais.

Verifica-se que um novo modelo de saúde vem se delineando, tendo como foco o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde das pessoas e suas famílias, em seus fundamentos básicos. Afastando-se do modelo assistencial centrado na doença, no hospital e no médico, o PSF proporciona a valorização dos princípios da territorialidade, do vínculo com a população, do trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, com ênfase na promoção à saúde, prevenção de agravos, fortalecimento de ações intersetoriais e participação popular (MENDES, 1999).

Segundo a normalização vigente, a Equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Estes devem conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais estão expostas; além de promover, através da educação continuada, a qualidade de saúde e vida da comunidade (BRASIL, 2000).

Sendo assim, não pode esquecer que a promoção da saúde subsidia o desenvolvimento do potencial e das habilidades das pessoas, aumentando, por meio disto, as opções disponíveis para que a população possa exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (BRASIL, 2001).

Para tanto, as Equipes de Saúde da Família podem utilizar várias estratégias visando à promoção da saúde da população, destacando-se as visitas domiciliares, as consultas e os grupos



específicos, sendo este último uma ferramenta valiosa na qualidade da assistência (BRASIL, 2000). Vários estudos têm salientado esta influência ressaltando a importância do trabalho em grupo e da interação grupal na promoção da saúde.

Homans apud Klineberg (1967, p. 454) define grupo como

um número de pessoas, cuja comunicação recíproca realiza-se freqüentemente, durante um período de tempo, tão pouco numerosos para permitir que cada uma das pessoas se comunique com todas as outras pessoas, mais diretamente.

Beal e Bohlen (1970) afirmam que as pessoas só se mantêm participando ativamente de um grupo quando este preenche suas expectativas individuais.

Para que exista satisfação geral entre os membros, é necessário o consenso sobre os propósitos do grupo. Se as expectativas são muito diferentes, dificilmente qualquer atitude específica oferecerá motivação e satisfação para todos.

Desse modo, se os fins não estão claramente definidos, é difícil, se não impossível, medir o progresso e as realizações do grupo e dos indivíduos.

De acordo com Grillo (1977), é de fundamental importância a criação de laços de amizade, cooperação e simpatia, dando legitimidade ao grupo e fortalecendo a percepção do contexto desejável e não ameaçador.

Segundo Rodrigues (1975), existem vários motivos capazes de levar uma pessoa a pertencer a um grupo, tais como: atração pelo grupo ou por seus membros, alcançar algum objetivo, como é o caso do Grupo Paz e Equilíbrio, em estudo. Apesar de várias serem as razões condizentes com a atração despertada por um grupo em seus membros, Back apud Rodrigues (1975) afirma que as mesmas conduzem a resultados semelhantes por parte dos membros do grupo. Entretanto, o grupo facilita um relacionamento de amizade e cooperação entre profissionais e componentes.

Kelly e Thibaut (1968) mencionam que a tendência de um membro permanecer no grupo é resultante do nível de satisfação obtido por ele no grupo.

Em consonância, Coulon (1995) diz que o relacionamento humano ou a vida humana vivenciada em grupo é vista como constituída de pessoas que interagem, ou seja, pessoas em ação que desenvolvem atividades diferenciadas que as colocam em diversas situações.

As interações ocorrem predominantemente em resposta de um ao outro, tornando-se evidente que a interação não pode ser tratada meramente como meio, através do qual as determinações do comportamento passam a produzi-lo. O sentido das experiências surge fundamentalmente da maneira como é definido pelas pessoas que interagem, constituindo o meio cultural de qualquer pessoa. Assim, para ser compreendida a ação, é importante que se conheça o seu contexto cultural.

Segundo Demo (1996), a dimensão cultural faz parte da qualidade de vida, entendida como a expressão histórica palpável da competência humana, tanto como memória e patrimônio, quanto como potencialidade futura, resumidas ambas na construção da identidade, condição essencial da cidadania.

Por conseguinte, tendo a atenção à saúde esse enfoque centrado na família, abre as portas para o conhecimento de outras formas de tratamento, sobretudo as Terapias Alternativas/Complementares (TACs) e outras metodologias de atenção que diferem das convencionas. As chamadas práticas populares, caracterizam um desses métodos não convencionais, que têm sido usados pelas famílias para o cuidado de seus membros.

A família é o principal meio de divulgação dessas terapias e tem um importante papel na divulgação, na manutenção da saúde de seus membros e da comunidade. De uma forma ou de outra, é a unidade da cultura humana e da sociedade (SILVA, 1996).

De acordo com Luz (2003), as práticas populares em saúde ou a medicina popular apresenta-se como alternativa da medicina oficial, desgastada tanto pela conjuntura institucional, quanto por sua teoria pretensamente cartesiana e por sua prática fragmentada.

A referida autora afirma que a medicina popular é a expressão viva das culturas locais e constitui um dos aspectos mais dinâmicos da reprodução social dos grupos étnicos e de sua interação com as sociedades, caracterizando-se como um sistema de cura no qual a integração ou harmonia homem/natureza e natureza/cultura é sinônimo de equilíbrio para os indivíduos, e garantia de saúde para a comunidade.

Dotados de linguagem, consciência e cultura, esses indivíduos ou coletividades são capazes de decisão, escolhas, estratégias e invenções, que permitem transcender aos determinismos da natureza e a si mesmo (MORIN, 2002).

O conceito de promoção à saúde aponta, também, na direção da reorganização da atenção, visando assegurar a equidade, a articulação entre os saberes técnico e popular, para possibilitar

que as comunidades e o próprio indivíduo tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde, visando a escolhas mais saudáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Atualmente as TACs são cada vez mais buscadas por todas as camadas da população. A racionalidade própria desses sistemas é centrada na terapêutica, empiricamente baseada na observação sistemática de pacientes singulares, e orientada para a escuta de sujeitos doentes, no sentido de estabelecer seu diagnóstico, em geral considerado um processo individual de adoecimento ligado a padrões específicos, classificado de desarmonia (LUZ, 2003).

Observa-se, pois, que outra lógica orienta esse modo de pensar/fazer saúde, o que reforça a idéia de um “habitus” que surge a partir das necessidades da população. Esse crescente interesse em todo o mundo pela utilização de tais técnicas pode ser justificado por vários fatores, como: preço elevado da assistência médica privada, associada ao alto custo dos medicamentos; precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos em geral; além da própria busca por saídas para resolução desses problemas. Verifica-se que, na maioria das vezes, as TACs são tão eficazes quanto a terapêutica convencional, não ocasionam efeitos colaterais ao organismo, embora seu mecanismo não esteja totalmente esclarecido (NOGUEIRA, 1994).

No Brasil, para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) incorpora a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Essa política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pública de saúde.

A partir das experiências existentes, essa política nacional define as abordagens da MNPC no SUS, considerando a sua crescente legitimação e utilização por parcela significativa da sociedade (BRASIL, 2005).

Assim, ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde centrada na integralidade do ser humano, a MNPC contribui para o fortalecimento do SUS, na medida em que favorece, de forma efetiva, o cumprimento dos princípios e diretrizes que regem o Sistema, dando continuidade à sua implantação.

Desse modo, o usuário passa a ser visto na sua dimensão global, na explicação de seus processos de adoecimento e da saúde, o que requer também a interação das ações e serviços

existentes no SUS, e deste com outros setores da sociedade, para se alcançar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2005).

Acredita-se que, com o avanço das pesquisas científicas, a MNPC poderá vir a assumir posição de destaque frente aos demais tratamentos médicos, passando a ser considerada uma prática convencional em saúde (TEIXEIRA; LIN; MARTINS, 2003).

A esse respeito, convém salientar a criação, em 2000, da Associação de Medicina Complementar, que almeja a transdisciplinaridade, para proporcionar elementos aos órgãos oficiais na elaboração de protocolos multiprofissionais seguros para a saúde da população.

Neste contexto, o enfermeiro exerce papel fundamental, já que esse profissional está em contato direto e mais profundo com a população, tendo a oportunidade de educá-la e esclarecê-la quanto ao uso dessas práticas, seja na rede básica de saúde ou na assistência hospitalar (NOGUEIRA, 1983).

Esta conformação no perfil profissional do enfermeiro se estabelece desde 1986, a partir das novas atribuições previstas na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e estabelece as competências do enfermeiro.

Nessa perspectiva, em março de 1997, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução 197, a qual estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional enfermeiro, considerando a Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras, como exemplos de Terapias complementares em saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1997).

Desse modo, o que fundamenta a atuação do enfermeiro nessas terapias é o relacionamento e vínculo com o ser humano e a compreensão de suas múltiplas dimensões: biopsicossociais, culturais e espirituais, efetivando, assim, seu compromisso com a qualidade de saúde e vida do indivíduo, família e coletividade a qual assiste.

### 2.3 A RELIGIÃO COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR EM SAÚDE

Desde os primórdios, o ser humano tem procurado manter-se saudável, utilizando-se das mais diversas alternativas, objetivando a manutenção da saúde e a cura de doenças.

Assim sendo, o modo como os seres humanos em sociedade buscam a preservação da saúde e o enfrentamento da doença varia de acordo com o contexto cultural na qual se encontram inseridos.

O ser humano procura nos sistemas religiosos as explicações que a biomedicina não é capaz de oferecer. Ao invés das explicações reducionistas, os sistemas religiosos oferecem explicações para a aceitação da doença, que a insere no contexto sociocultural mais amplo do ser humano.

Mais do que contribuir com a causa objetiva dos estados confusos e desordenados, a interpretação religiosa organiza tais estados em um todo coerente, agindo na totalidade do ser humano, reinserindo-lhe, como sujeito, em um novo contexto de relacionamento (RABELO, 1994, OLIVEIRA, 1985a).

Assim, a transição de equilíbrio do ser humano de um estado para outro pode vir a corresponder a uma reorientação mais completa do comportamento, na medida em que se transforma a perspectiva pela qual este percebe seu mundo e relaciona-se com o outro (QUINTANA, 1999).

Para tanto, na prática religiosa pode-se perceber que é enfatizado o papel transformador, carregado de emoções, em que os participantes percebem, de forma inovadora, o universo circundante e sua posição particular nesse contexto. O sucesso das psicoterapias religiosas está na adequação à realidade do paciente, e sua relação com o meio místico. Desse modo, os sistemas religiosos têm grande sucesso porque ao invés de partirem de explicações reducionistas, como acontece na biomedicina, partem de explicações que consideram a multiplicidade de fatores que compõem um todo organizado ou caótico. As práticas religiosas atuam sobre o indivíduo, através do ritual da reza, proporcionando-lhe uma ordem na desordem construída pela patologia (OLIVEIRA, 1985b).

Assim sendo, a reinterpretação do conceito de doença produzida pelo pensamento e pela prática religiosa o transforma em uma noção mais abrangente, capaz de dotar de sentimento uma realidade que se apresenta para o ser humano de forma desordenada e incerta. Diante dessa perspectiva, fica distante a etiologia científica, que desconhece a subjetividade do ser humano (RABELO, 1994).

No pensamento religioso o que importa não é a compreensão do processo físico que se desenvolve no estado patológico, nem em sua etiologia meramente biológica. A doença se torna

significante quando se encontra associada à idéia de uma negatividade genérica, à noção de uma desordem que extrapola o corpo individual ao abranger as relações sociais e a própria organização do mundo metafísico (LEVIN, 2004).

Segundo Parker (1996), na medida em que a sociedade capitalista nega os direitos legítimos e priva o ser humano de oportunidades de trabalho e de bem-estar, não resta ao indivíduo alternativa que não seja a de recorrer a outras formas de sobrevivência. Assim, a religião popular adquire sentido pleno, como meio paralelo e complementar de sobrevivência de forma simbólica.

As pessoas não buscam na religião apenas apoio para enfrentar a angústia existencial, do sentimento de abandono, da doença, mas também justificativas sociais de existir enquanto ocupantes de uma determinada posição na estrutura social (BOURDIEU, 2005).

De acordo com Bourdieu (2005), a religião é um sistema simbólico que funciona como princípio de estruturação e contribui para a imposição dos fundamentos que constroem a experiência. Para tanto, os símbolos são extremamente importantes, porque servem de elementos estruturantes no tocante à formação de idéias, julgamentos, crenças, entre outros.

A busca da religião por segmentos da sociedade se dá para alívio dos seus sofrimentos e males, como também pelo conforto e solidariedade do apoio social. Observa-se que essa busca não ocorre apenas nas classes populares, mas também na classe média da população (VALLA, 2001).

Porém, a classe média não se restringe apenas aos espaços religiosos; procura também as técnicas orientais, as terapias, massagens. As classes populares, entretanto, não dispendo de recursos financeiros para aliviar os seus sofrimentos, limitam sua busca aos meios que não exigem investimentos financeiros. Desse modo, procuram meios de se defender do capitalismo selvagem, formas de sobrevivência e meios que lhes dêem forças para enfrentar os problemas do cotidiano (BOURDIEU, 2005).

A religião aparece como uma garantia à sobrevivência e proteção simbólica, oferecendo amparo aos que sofrem e consolo aos que choram. Em alguns lugares ainda se vê a rezadeira e o curandeiro disponíveis a atender em casos de emergência. Através da reza e dos curativos feitos com ervas, por exemplo, dizem curar as pessoas sem cobrar nada, apenas pelo fato de terem recebido o "dom de Deus" (OLIVEIRA, 1985a).

Portanto, a compreensão das racionalidades tem o nobre resultado de democratizar saberes e práticas, de problematizar experiências, tirando delas o aprendizado que os torna mais capazes de produzir saúde, ampliando a segurança e a confiança, desenvolvendo e aplicando tecnologias leves, na busca da humanização das relações entre as pessoas.

Nesse sentido, se for aceita a idéia de que os seres humanos são seres espirituais, também será admitido que a saúde está relacionada à dimensão religiosa e espiritual, constituindo, esta última, a própria essência do ser humano, traduzida em uma das necessidades fundamentais (SOUZA; LIMA, 2005).

De acordo com Cambraghi e Casteloti (2000), na década de 1950, a medicina via os interesses religiosos dos pacientes com hostilidade. A medicina acreditava que a religião era prejudicial. Em contrapartida, a Igreja desacreditava na medicina, por esta desviar as pessoas. Nos anos 1960, o sentimento religioso continuou sendo ignorado, e havia poucas tentativas de colaboração entre a medicina e líderes religiosos na ajuda aos pacientes.

As primeiras mudanças nesse cenário surgiram nos anos 1970, quando alguns pesquisadores começaram a se interessar por estudos relacionados aos aspectos religiosos e à saúde. Na década de 1980, um grupo restrito de pesquisadores começou a considerar o estudo da sobreposição entre a fé e sintomas um campo de investigação legítimo.

Entre esses pesquisadores destaca-se David B. Larson, que dedicou vinte anos à pesquisa dos efeitos que a fé exerce sobre a saúde das pessoas. Seus estudos revelaram que pacientes com fé cristã têm menos estresse, menor taxa de ataque cardíaco e são menos propensos a cometer o suicídio.

Outros pesquisadores que também vêm fazendo investigações nesse campo são: Harold G. Koenning, Levin, David, entre outros, que objetivam ampliar de forma detalhada, a compreensão a respeito da saúde e bem-estar com abordagem holística e inclusiva.

Assim, Eliade (1991) afirma que a religião popular, em suas várias manifestações, contribui para a reprodução da vida e proteção dos que a acatam, dotando um novo sentido à vida, não só para sua sobrevivência, mas também é fonte de energias na recuperação da dignidade humana, identificando as pessoas como "filhos de Deus".

Valla (2000) chama atenção para o cuidado que se deve ter com a pretensão de compreender a questão da religiosidade popular exclusivamente a partir da lógica da teoria de apoio. O autor ressalta que essa teoria tem muito a ensinar sobre diferentes maneiras de lidar com

o sofrimento e doenças crônicas, mas não responde a todas as variáveis que envolvem as classes populares e a religiosidade popular.

Já Machado (1996) acrescenta que a religião tem função terapêutica, dando a possibilidade de reforçar os laços sociais e de servir como antídoto para o sofrimento humano. “O fiel busca, em lugares diferentes, mecanismos para lidar com a sua dificuldade”.

De acordo com Lotufo Neto (1997), os tratamentos devem respeitar as crenças religiosas dos pacientes e, para isso, o profissional necessita se familiarizar com diferentes temas e atitudes religiosas dos pacientes.

Corroborando esse ponto de vista, Savioli (2002, p. 21) diz que

é muito agradável tratar de um paciente que tenha sua religiosidade aflorada no momento do atendimento. Em conjunto com o paciente, o médico pode abrir caminhos de grande intimidade da relação médico-paciente obtendo ótimos resultados terapêuticos.

Segundo Cambraghi e Casteloti (2000), muitos pesquisadores afirmam que existe uma relação positiva entre saúde e religiosidade na qualidade de vida do ser humano. A religiosidade promove e estimula um estilo de vida saudável, uma visão mais positiva da vida, com ênfase na esperança, altruísmo, bem-estar, entre outras que geram uma boa qualidade de vida. É preciso que se pense em fé e religião diante de uma postura complementar nos tratamentos médicos da ciência contemporânea. Negar a aplicação dos procedimentos médicos atuais seria assumir uma visão exacerbada da religião e, portanto, um desequilíbrio com a totalidade que se compõe.

De acordo com Levin (2004), a religiosidade e espiritualidade afetam de maneira positiva a saúde e longevidade dos seres humanos, e passam a ser responsabilidade dos profissionais de saúde estudar este fator e aprender a utilizá-lo para o benefício dos pacientes.

O autor ainda diz que deixar de cumprir com esta atribuição seria uma atitude irresponsável, assim como ignorar um antibiótico ou um procedimento cirúrgico novo. As práticas religiosas, como a prece, necessitam ser encaradas como uma nova droga. Portanto, a influência de fatores religiosos e espirituais na saúde reflete uma questão mais ampla: o papel de significado na vida. Sem um significado positivo, a vida definha e a saúde se delibera.

Koenig e Larson (2001) estudaram a afiliação religiosa associada à frequência aos serviços hospitalares. Foram examinadas a frequência de 60 pacientes idosos em atendimentos de



urgência em um período de 01 ano. Os pacientes que foram atendidos uma ou duas vezes por semana na igreja ou instituição usaram significativamente menos o hospital do que os que não freqüentavam a igreja.

Quando internados, os pacientes que freqüentavam a igreja tiveram menos dias de internação que os que não freqüentavam (25 dias versus 11 dias), sugerindo que a participação e a afiliação em um grupo religioso promove uma menor freqüência aos serviços de urgência hospitalar por idosos.

Estudo realizado na Escócia constatou que as pessoas que freqüentavam igrejas regularmente, independentes da religião, apresentavam menos sintomas físicos e mentais do que as pessoas que estavam afiliadas a uma religião, mas não freqüentavam as atividades religiosas. Assim sendo, para Levin (2004), a participação religiosa revelou-se um vigoroso elemento determinante sobre a saúde e o bem-estar psicológico. O envolvimento regular com uma igreja ou sinagoga, ou com outras buscas espirituais organizadas, tem implicações para a saúde, além dos efeitos benéficos da afiliação religiosa.

Corroborando Koenig e Larson (2001), Levin (2004) afirma que a afiliação religiosa exerce uma influência muito bem definida sobre a saúde. Quando a pessoa se identifica com uma crença ou quando se torna membro de uma instituição religiosa, fica exposta a mensagens positivas relacionadas à saúde e a uma comunidade de devotos que podem encorajar nos esforços para enfrentar as dificuldades e viver de acordo com os princípios da fé. Dessa forma, a afiliação religiosa pode influenciar, fazendo com que a pessoa desenvolva comportamentos mais saudáveis e um estilo de vida que reduza o risco da doença e promova uma saúde melhor e mais bem-estar.

Observa-se, portanto, que no século XX uma grande surpresa para a humanidade foi o ressurgimento da religião em nível mundial, manifestando-se um interesse de aproximação entre religião e ciência. Reconhecendo essa relevância, a OMS, em 1998, acrescentou a dimensão de bem-estar espiritual ao conceito multidisciplinar de saúde, contemplando a condição de saúde com a questão de bem-estar nas dimensões físicas, psíquicas e sociais (Larson, 2000).

Essa valorização que incorpora o lado espiritual/religioso, sem dúvida, veio corroborar a universalização do entrelaçamento de ciência e religião. De acordo com Santos (2005), o processo de emergência de um novo paradigma, fato que está ainda a ocorrer, é que deu sustentação para que, em lugar de distanciamento e desconfiança, surgissem proximidade e interesse recíproco entre religião e ciência.

Observa-se que, atualmente, os estudos sobre os efeitos da fé já se apresentam sustentados por algumas evidências, inclusive empíricas, porém o exame mais detalhado da relação entre religião e saúde só ocorreu depois que a cultura desatrelou-se do pensamento positivista estrito, dominante até o século XX.

Contudo, nota-se que apesar das posições a nível mundial e as pesquisas demonstrarem a viabilidade da aproximação entre religião e ciência, ainda permanece a racionalidade hegemônica desta última, reforçada nas instituições de ensino e na rede de prestação de serviços de saúde, operando quase que exclusivamente com o fenômeno biológico, em detrimento do estudo da subjetividade do ser humano, tal como aparece na vida cotidiana. Essa subjetividade fica à margem do processo assistencial, permanecendo separadas as dimensões do corpo e da alma (LUZ, 2003).

O desprezo pelo discurso do paciente e por suas opiniões, todavia, reproduz todo o funcionamento do sistema de saúde, com suas falhas no tratamento da subjetividade do doente. Reproduz também as diferenças sociais, através da articulação da violência simbólica contida nos discursos ou nos silêncios dos profissionais de saúde, violência que sutilmente delimita o espaço que cada um deve ocupar na estrutura social, dependendo da classe a que pertence (BOURDIEU, 2005).

Nas últimas décadas, o papel do paradigma religioso e espiritual da cura vem apresentando relevância na medicina ocidental. A oração pela cura na terceira idade passou a ser considerada um componente importante da intervenção médica (KOEING, 2005).

Segundo Brink; Wilking (2001), o ser humano torna-se consciente do papel da espiritualidade, e em especial da religião, como um aspecto renovador da relação entre o estilo de vida e o sistema dos valores vivenciados. Na prática as expressões espiritualidade e religiosidade são consideradas sinônimas.

Entretanto, deve ser feita uma diferença entre a espiritualidade e a religião. A espiritualidade é uma consciência da identidade pessoal em relação ao poder superior dentro do contexto cultural abrangente. A religião é o comportamento socialmente aceito em um grupo cultural, estruturado a partir de uma construção de Deus própria da organização e de uma história de reflexões espirituais escritas ou transmitidas através da tradição oral (BRINK; WILKING, 2001).

De acordo com Brink; Wilking (2001), a fé em Deus para aceitar o processo físico de cura é usada há bastante tempo por diversas culturas humanas. Mas, Benson e Friedman apud Brink; Wilking (2001), foram precursores nas pesquisas sobre o processo de cura física, induzida através de métodos mentais, geralmente na forma de oração ou de meditação. O relaxamento proporcionado influencia positivamente devido a atuar sobre a tensão e ao mesmo tempo ter capacidade restauradora.

Este efeito é expresso no paciente como uma crença no valor terapêutico de um procedimento, o qual vai favorecer um resultado positivo; ele ocorre independente de um efeito curativo conhecido, tal como a ação de um antibiótico no combate a uma infecção.

As propriedades de cura do efeito placebo são semelhantes às que ocorrem nos sistemas de crenças espirituais de várias religiões, e a prática moderna está lentamente retomando esse modo de intervenção, apesar do constante questionamento do seu valor (BRINK; WILKING, 2001).

Nesta perspectiva, as práticas de saúde necessitam resgatar, em toda a sua complexidade, a pessoa que está doente. Esse resgate situa-se, principalmente, no cuidado com o paciente e na possibilidade de enxergá-lo como um ser biopsicossocial, cultural e espiritual.

Para dar conta desse cuidado, o profissional da saúde necessita prestar uma assistência direcionada às necessidades específicas dos usuários, nas quais as crenças, sentimentos, emoções, entre outras, sejam respeitadas, o que exige uma capacidade diferenciada no olhar, a fim de que perceba essa pluralidade que desafia os sujeitos quanto à criatividade, à escuta e ao sensível.

Nesse sentido, em 2000, na décima primeira Conferência Nacional de Saúde é recomendada a incorporação, no PSF, de práticas complementares, tais como: homeopatia, reiki, tai chi chuan, meditação, e, dentro destas, a psicoterapia religiosa. Esta última, por sua vez, em consonância com a homeopatia representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na promoção à saúde, uma vez que compreende o ser humano nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais, em sua totalidade (BRASIL, 2005; OLIVEIRA, 1885a).

Na psicoterapia religiosa, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia entre as diferentes dimensões, contribuindo para o uso racional do medicamento, especialmente, dos psicofármacos. Atuando em diversas situações no lidar com o sofrimento e doenças crônicas, essa

psicoterapia pode favorecer a diminuição do fãrmacodependência e fortalecer a perspectiva da integralidade da atenção à saúde. (LARSON, 2000; VALLA, 2000).

Nesta perspectiva, a psicoterapia religiosa é uma experiência de saúde pública que oferece contribuições nos campos da educação popular, cultural e desenvolvimento social.

**“O homem é feito por suas crenças. Ele é aquilo em que acredita”.**

**Bhagavad Gita**

**CAPÍTULO III**

---

**CAMINHAR METODOLÓGICO**

### 3 CAMINHAR METODOLÓGICO

A presente pesquisa, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolveu-se como um estudo de caso que objetivou analisar a percepção dos usuários participantes do grupo Paz e Equilíbrio acerca da relação entre a vivência da oração e as mudanças que possam ter ocorrido na sua vida após ingressarem no grupo.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2000), firma-se na capacidade de incorporar os atos, as relações, as estruturas e as representações sociais construídas coletivamente ao longo da vivência entre diversos atores que compõem um determinado segmento da sociedade. Dessa maneira, trabalha com o universo de significados, valores e atitudes, submergindo mais profundamente nas relações, nos processos e nos fenômenos em estudo.

O estudo de caso é uma estratégia de conhecimento que centra sua preferência na singularidade frente ao interesse geral; permite abordar simultaneamente, diversos planos, tais como: social, cultural, religioso e histórico de indivíduos ou grupo (BLASCO, 1995). Ainda possibilita a utilização de técnicas variadas para obtenção de informações abrangentes e coerentes com os objetivos propostos.

Entende-se que essa modalidade de estudo favoreceu o entendimento das mudanças ocorridas na vida dos participantes do grupo Paz e Equilíbrio, dentro de seu contexto vivido, a partir do pressuposto de que as pessoas têm um saber acumulado e, dessa forma, produzem conhecimento, construindo um saber próprio, balizado nas suas vivências cotidianas. Tal compreensão possibilita não só conhecer essas mudanças, mas contribuir com a assistência integral dos seres humanos, respeitando a dimensão cultural em que vivem.

Nesta perspectiva, o estudo da vivência da oração aponta para a compreensão do ser humano em sua totalidade dentro de uma visão holística e multidimensional, visto como ser único no contexto geral dos aspectos biopsicossociais e culturais.

#### 3.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na USFNC. O PSF foi implantado nesta Unidade em maio de 1999, com duas Equipes de Saúde da Família. Cada equipe é composta por: 01 enfermeiro, 01 médico, 01 dentista, 02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de consultório odontológico e 06 agentes comunitário de saúde.

A USFNC é mantida pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Sua assistência é voltada para a atenção básica, visando à prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde.

A escolha do campo de estudo deveu-se à experiência de sete anos de coordenação da pesquisadora, junto ao grupo de vivência de oração, na USFNC, com adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes, e ainda pelo fato de a experiência de promoção à saúde continuar até os dias atuais.

Durante sete anos se tem acompanhado, através da consulta de enfermagem, a diminuição dos níveis pressóricos dos usuários participantes do grupo, bem como a modificação da prescrição do medicamento em relação à posologia ou suspensão do uso. Também se tem observado que esses participantes apresentaram benefícios no que se refere à melhoria da saúde, muitas vezes verbalizada por eles próprios, tais como: redução do estresse, aumento da auto-estima, redução da depressão, melhora da interação familiar, aumento da socialização, e bem-estar geral.

Outro motivo que levou à escolha da USFNC foi o atendimento às recomendações da OMS, por entender que os aspectos religiosos desempenham papel relevante na avaliação da qualidade de vida. Ainda porque o estado atual de evolução da sociedade humana, não mais comporta uma abordagem unidimensional, ou seja, de caráter estritamente biológico. O paradigma holístico é o mais adequado para as características do século XXI, onde a harmonia entre as partes com o todo integra o ser humano (material, mental, afetivo e espiritual).

Assim sendo, repensar o resgate da religiosidade nos cuidados de saúde é de fundamental importância, haja vista que as transformações culturais, ocorridas nos últimos anos, apontam para as dimensões religiosa e espiritual do ser humano, como meios que favorecem o bem-estar geral do indivíduo, cada vez mais evidente (LEVIN, 2004).

### 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo 12 (doze) usuários do grupo Paz e Equilíbrio da USFNC. Eles foram convidados através de contato pessoal, sendo-lhes explicados, na ocasião, os objetivos e a importância da pesquisa.

Foram encaminhados ofícios à direção da unidade de Saúde Nova Cidade e à gerente do Distrito Sanitário Oeste, com o objetivo de informá-las sobre a pesquisa e solicitar a devida autorização para realização do estudo e utilização do nome da Instituição. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, para aprovação.

Após a autorização da Instituição pesquisada e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer emitido em 12 de janeiro de 2007 sob registro 189/2006, foram coletados os dados através de entrevista de grupo focal, após a obtenção do consentimento dos participantes da pesquisa, manifestado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.3 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi realizada nos dias 29 de janeiro e 06 de fevereiro de 2007, no grupo Paz e Equilíbrio, da USFNC, localizada esta no Distrito Sanitário Oeste, área periférica de Natal.

Para alcançar os objetivos propostos, as informações foram coletadas através de entrevista em grupo focal, complementadas pelas observações registradas no diário de campo.

A entrevista de grupo focal é uma técnica utilizada quando a pesquisa se propõe a explicar como a pessoa considera determinada experiência, uma idéia ou mesmo um evento, visto que nas reuniões são estimuladas discussões sobre o que pensam ou sentem acerca do assunto pesquisado (MINAYO, 2000).

Morgan (1988) defende que o trabalho grupal permite que os participantes elaborem e verbalizem as suas crenças e valores, a respeito de um determinado tema, a partir das discussões e opiniões expressadas por todo o grupo. A ênfase da entrevista de grupo focal concentra-se na opinião e ponto de vista do participante.



Essa técnica, de acordo com Patton (1999), traz como vantagem trabalhar com um maior número de informantes em menor espaço de tempo, tendo em vista que, durante a reunião de grupo focal, haverá a obtenção de informações de um grupo de pessoas em oposição à informação individualizada.

A opção pelo procedimento de grupo focal, como instrumento principal no presente estudo, justifica-se pela possibilidade de uma melhor interação entre pesquisador e participantes, bem como por ser um método de eficientes resultados quando se trabalha com opiniões e questões relacionadas ao prisma da sociedade. Sem dúvida, as discussões em grupo servem como estímulo e contribuem para que os participantes possam elaborar e expressar as suas opiniões, estimulados a partir da opinião dos outros.

O número de reuniões não foi estabelecido a priori, sendo o seu término definido no momento em que as informações mostravam-se suficientes e tornavam-se repetitivas. Foram realizadas duas reuniões de grupo focal, na própria USFNC, em uma sala reservada, com cadeiras e ventiladores, com o objetivo de proporcionar conforto e privacidade.

As reuniões do grupo focal foram agendadas e programadas com a devida antecedência, após contato direto com os participantes do grupo Paz e Equilíbrio e em conformidade com as suas disponibilidades.

Como forma de preservar a identidade dos participantes do estudo, utilizou-se os pseudônimos de flores: bonina, girassol, cravo, cravina, margarida, angélica, tulipa, hortênsia, gardênia, lírio, jasmim, rosa.

O grupo focal foi precedido do preenchimento do formulário para caracterização dos entrevistados. A coleta foi, portanto, realizada utilizando-se, simultaneamente, dois instrumentos: o questionário para caracterização dos entrevistados, e entrevista em grupo focal complementada pelas observações registradas no diário de campo.

Os participantes da reunião foram recebidos ao som de música clássica. De início, foi preenchido o formulário para caracterização dos entrevistados. Em seguida, foram fornecidas as devidas informações quanto aos objetivos do estudo, ao uso do gravador, do caderno de campo e da presença de um observador que colaborou com o registro acerca do ambiente e controle de tempo. Finalmente, foi solicitada a assinatura do TCLE.

As questões norteadoras dos encontros foram: Qual o motivo do (a) senhor (a) participar semanalmente do grupo Paz e Equilíbrio? Qual a sua percepção acerca dessa vivência semanal

com o grupo Paz e Equilíbrio? O Senhor (a) percebe alguma relação entre a vivência no grupo Paz e Equilíbrio e seu estado de saúde? O (a) Senhor (a) percebe alguma mudança na sua vida depois que passou a frequentar o grupo Paz e Equilíbrio?

As reuniões ocorreram em um clima de tranquilidade e harmonia, com duração média de 1 hora e 30 minutos, sendo utilizado gravador como recurso para auxiliar no registro das falas.

Como propõe Morgan (1988), buscou-se proporcionar um ambiente permissivo, de descontração entre os participantes, para que eles se sentissem à vontade e pudessem expressar os seus pensamentos, as suas emoções, de modo a facilitar o processo de discussão com troca de experiência entre os participantes.

As reuniões transcorreram sem interrupções, com a participação de todos. No início, houve alguns momentos de silêncio, porém, quando a primeira pessoa se pronunciou, o grupo passou a compartilhar com naturalidade e espontaneidade.

A intervenção do entrevistador foi mínima, embora, em alguns momentos, tenha sido necessário à direção do mesmo reelaborar as perguntas ou partir das falas deixadas por eles para dar seqüência à discussão. Ao final das reuniões, os participantes demonstravam grande satisfação e alegria pela participação no estudo. No encerramento, ocorreu uma confraternização e o agradecimento a todos os presentes.

### 3.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para o tratamento das informações coletadas, foi utilizada a abordagem metodológica de análise de conteúdo, com base em Minayo (2000). A autora ressalta que a análise de conteúdo trata-se de um conceito historicamente construído que busca relacionar teoria e prática no campo das investigações sociais, sendo mais usada na pesquisa qualitativa.

Dentre as várias técnicas apresentadas pela autora, escolheu-se a análise temática de conteúdo, entendida como mais adequada para este estudo. Esta técnica, segundo a autora, deve evidenciar os núcleos de sentido integrantes de uma comunicação cuja presença ou frequência traga significado ao objetivo analítico e se constitui de três etapas: pré-análise, que consiste na seleção dos documentos a serem analisados; exploração do material, constituindo a operação de

codificação; e o tratamento dos resultados, realizado através da interpretação e análise das informações obtidas.

Após as reuniões de grupo focal, procedeu-se a transcrição das fitas, na íntegra. Em seguida, realizou-se uma leitura exaustiva e minuciosa dos discursos para seleção das idéias centrais e palavras-chave, em consonância com os objetivos da pesquisa; posteriormente, foram definidas as categorias analítica e empírica e as informações foram organizadas de acordo com a categoria a que pertenciam.

Assim, ao explorar o material empírico procurou-se identificar depoimentos mais significativos, pontos convergentes inseridos nas falas dos participantes do estudo, utilizando-se lápis coloridos para facilitar a seleção dos temas.

Dessa maneira, a partir do agrupamento das falas ou expressões que continham o mesmo sentido, definiu-se como dimensão analítica: percepção da vivência no grupo Paz e Equilíbrio, como prática complementar de saúde; e enquanto categorias empíricas: percepção sobre a vivência no grupo Paz e Equilíbrio para a promoção à saúde; percepção sobre o grupo Paz e Equilíbrio como terapia complementar; percepção sobre as mudanças no estado de saúde a partir da vivência. Estas foram analisadas mediante referenciais teóricos de Savioli (2002), Luz, (2003), Levin, (2004), Valla (1999), (Boff, 1999). Lopes e Maginative (2003), entre outros.

**“Cabe a nós encontrar os acordes, escrever a partitura, dar aos sons uma forma que, sem nós, não existiriam”.**

**François Jacob**

## **CAPÍTULO IV**

---

### **OS ENCONTROS: VIVÊNCIAS, SABERES E LITERATURA**

## 4 OS ENCONTROS: VIVÊNCIAS, SABERES E LITERATURA

A interpretação e análise das informações obtidas nos depoimentos dos participantes do estudo ocorreram utilizando-se a literatura encontrada sobre o tema, e o pensamento de Minayo (2000) como referência metodológica principal. Para subsidiá-las buscou-se traçar previamente o perfil dos integrantes da pesquisa, o que demonstrou ser de grande importância para o redimensionamento dos dados necessários à análise qualitativa e ao estabelecimento das categorias.

Para a caracterização dos participantes do estudo, foram considerados alguns dados pessoais, obtidos através de um instrumento específico, contendo questões fechadas e abertas, aplicado por ocasião dos encontros de grupos focais, delineando o perfil apresentado a seguir.

### 4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Verificou-se que os 12 usuários que representaram a amostra do grupo Paz e Equilíbrio participam deste grupo entre 6 e 7 anos, possuem idades que variam entre 50 e 77 anos e são majoritariamente do sexo feminino.

A maioria tem renda mensal em torno de um salário mínimo, proveniente de aposentadoria, sendo que oito são casados, dois são solteiros e dois são viúvos.

Todos residem em Nova Cidade, em casas próprias com mais de dois cômodos. Possuem família constituída com variação de um a dez filhos; apenas os dois viúvos residem com os filhos, porém, as residências lhes pertencem. As pessoas que moram no domicílio variam de três a cinco pessoas, entre familiares e outros.

Com relação à religião, identificou-se que 75% dos participantes são católicos e 25% são evangélicos. Embora no estudo não tenham sido registradas outras modalidades de práticas religiosas, convém salientar que no universo do grupo existem praticantes do espiritismo. Tal fato caracteriza uma diversidade religiosa, apesar da predominância da religião católica, o que não difere da realidade do país, cuja prevalência também se encontra no catolicismo.

De acordo com Camurça (2006), dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam, no Brasil, a existência de 125 milhões de católicos. O autor ainda ressalta que, dos dez estados com maior percentual de católicos, sete são nordestinos e o Rio Grande do Norte ocupa o sexto lugar, com um percentual de 81,7%. Coincidentemente, é a região que apresenta menor percentual de evangélicos (10,4).

O nível de escolaridade encontra-se predominantemente na educação básica, pois apenas um concluiu o ensino médio. A associação da escolaridade e as condições de saúde da clientela têm enorme significado na condução da assistência, pois fornece aos profissionais subsídios para que desenvolvam um modo de melhor transmitir as orientações necessárias ao cliente e à família.

Todos dependem do serviço público de saúde existente na comunidade e também fazem uso de outras estratégias de tratamento e cura mais acessíveis às suas disponibilidades e anseios, tais como: chás, ervas, garrafadas, práticas religiosas, entre outras. Estes hábitos, ao mesmo tempo em que expressam um traço cultural, também se apresentam como alternativas nas práticas hegemônicas de saúde (BOURDIEU, 2005).

Minayo e Souza (1989) consideram que, frente às contradições do sistema capitalista, os conhecimentos e vivências em saúde dos grupos populares expressam elementos dominantes no setor, não limitando, porém, a sua reprodução, mas abrangendo assimilações, reelaborações, recusa e oposição ao saber/fazer da medicina hegemônica.

Com base em Gramsci (1991), é preciso associar conhecimentos, valores e práticas dos segmentos populares, os quais refletem uma cultura própria, em que se encontram valores tradicionais atualizados e componentes da sua história de vida, marcados pelo lugar que ocupam no mundo de trabalho e das relações sociais.

Assim, os valores e práticas dos participantes do grupo Paz e Equilíbrio relativos aos cuidados em saúde, aqui apresentados, revelam o modo peculiar desse conjunto de usuários dos serviços de saúde, frente ao processo saúde/doença e à cura.

A consideração a esses valores e vivências é imprescindível à promoção da saúde. Ainda que a dimensão simbólica não configure diretamente a prática dos diferentes grupos, a valorização desse universo e suas especificidades são fundamentais, pois possibilita identificar, compreender e considerar, no caminho das práticas profissionais, elementos dinamizadores da realidade vivida, de conformidade, com a recusa e reelaboração de construções historicamente oficializadas no campo da saúde (HERZLICH, 1991).

Desse modo, tendo em vista o perfil identificado, tornou-se exigente um levantamento das alterações evidenciadas na terapia convencional (suspensão ou troca do medicamento ou da sua posologia), registradas nos prontuários, por ocasião das consultas médicas e de enfermagem, bem como dos depoimentos dos usuários em relação às mudanças na sua vida cotidiana. Estas informações apresentadas em quadros visam a respaldar o perfil e as análises apresentadas a seguir.

Como já foi referido anteriormente, alguns aspectos evidenciados, após análises das informações obtidas nos grupos focais, resultaram nas seguintes categorias: percepção sobre a vivência no grupo Paz e Equilíbrio para a promoção à saúde; percepção sobre o grupo Paz e Equilíbrio como terapia complementar; percepção sobre as mudanças no estado de saúde a partir da vivência.

#### 4.2 PERCEPÇÃO SOBRE A VIVÊNCIA NO GRUPO PAZ E EQUILÍBRIO PARA A PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção à saúde vem sendo estimulada desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, através da Atenção Básica, como forma de atingir todos os seres humanos, que passando a ser adotada por muitos países, desde então.

Em parte, a promoção à saúde é devida à mudança no estilo de vida e de comportamento, portanto, as ações de promoção devem considerar a família, pois é nela que as pessoas estão inseridas, sendo este o espaço responsável pela formação do caráter e do comportamento, conseqüentemente, onde se adquire os bons e os maus hábitos de saúde (GOMES, 1978).

Neste sentido, a família, como um grupo social, possui habilidades articuladoras entre os seus membros e os de outras famílias, possibilitando escolher o que consideram como sendo a melhor alternativa para o crescimento individual e do grupo.

Acreditando que a aprendizagem é um fator determinante para a promoção à saúde, a convivência no grupo estabelece uma forma saudável de encarar a vida e conviver com os problemas do dia-a-dia, inclusive, a doença, buscando uma melhor qualidade de vida.

Tal processo implica aceitar e viver com a doença crônica, no caso dos participantes do grupo com a hipertensão arterial e a diabetes, adotar novos meios de viver o dia-a-dia, socializar conhecimentos e experiências, adquirir novas habilidades e mudanças de hábitos que possibilitem um viver mais saudável. Assim, a categoria, ora apresentada, expressa a percepção dos participantes do estudo acerca do grupo Paz e Equilíbrio na promoção à saúde.

Estudos apontam que a prática da oração produz mudanças fisiológicas benéficas à saúde. Atualmente se recomenda que os usuários religiosos usem orações quando desejarem evocar a resposta de relaxamento (LEVIN, 2004).

Nas falas, a seguir, se verifica nitidamente esta afirmação do autor.

Eu participo porque, eu aprendo muito, é muito divertido para a gente. Tira os pensamentos negativos e deixa os pensamentos positivos. As orações me trazem relaxamento, tranquilidade, paz e conforto e assim a gente vai melhorando (ANGÉLICA).

Porque aqui no grupo Paz e Equilíbrio, eu me sinto muito feliz. Dou graças a Deus, por ter me dado essa dica de participar desse grupo. Às vezes venho para o grupo muito agitado, desesperado com os problemas do dia-a-dia e as orações me fazem muito bem. Saio daqui do grupo livre das agitações e desespero, isso me deixa muito feliz (GIRASSOL).

De acordo com Schneider (1985), a oração é um relacionamento amoroso e gratuito com Deus. A oração traz sensibilidade e quem vive em oração entende a dor do outro. Para Dalai Lama (2006), a paz interior é considerada de fundamental importância para o ser humano. A falta de paz interior leva ao desconforto. O autor reforça os depoimentos dos entrevistados, quando diz que o sentimento de amor e benevolência leva ao desenvolvimento da felicidade e paz interior.

Lopes e Magnavita (2003, p.13), sobre o mesmo tema, fazem o seguinte comentário:

Hoje a medicina comprova que as pessoas que vivem em harmonia consigo e com os outros, que sentem parte do ambiente que as cerca, interagindo de forma solidária, generosa e otimistas, são mais saudáveis, porque geram substâncias de alto poder imunológico no organismo.

Nota-se que a oração constitui uma forma de preservar a vida em sua totalidade, uma vez que não separa o ser humano, em sua essência, das coisas que circundam o meio ambiente. É uma



fonte geradora de paz, conforto e tranqüilidade que interfere positivamente no indivíduo proporcionando-lhe bem-estar. Está além da visão fragmentada do processo saúde-doença, constituindo-se, também, como elemento de sobrevivência no plano individual e coletivo na realização do cotidiano.

O caráter revitalizante e preventivo da oração, evidenciado nos depoimentos, está em consonância com a afirmação de Levin (2004), o qual considera que a prece ou oração praticada em grupo suscita emoções positivas, tais como: paz, alegria, confiança e amor. A fé é um fator que ajuda na prevenção de doenças e na promoção da saúde, contribuindo com o bem-estar.

Corroborando este ponto de vista, Lopes e Magnavita (2003), estudando sobre o evangelho e a saúde, afirmam que algumas evidências científicas demonstram que a fé e a esperança atuam fortemente em nosso organismo, gerando emoções positivas que estimulam a glândula pineal, sede neurológica da mente, a produzir quantidades ideais de melatonina/ - produzida pela pineal - que tem a função de integrar o processo de defesa imunológica do organismo. “A conclusão é que a fé desencadeia um processo químico que fortalece a defesa imunológica, levando o organismo a atacar rapidamente os vírus e as bactérias” (LOPES; MAGNAVITA, 2003, p.15).

Os discursos expressam a riqueza de buscar, em Deus, o amparo para se manter animado e saudável na lida de suas atividades cotidianas. O ser humano precisa sentir-se em equilíbrio, em todas as suas dimensões, para manter-se integral em seu estado de saúde e de vida.

Eu participo porque as orações me trazem tranqüilidade, paz, conforto e bem-estar. Tudo isso é bom para minha saúde (JASMIM).

Eu participo, porque aqui é bom. A gente faz orações, canta [...] é muito saudável. A gente faz amizade [...] se diverte muito. Dou graças a Deus toda semana ter a oportunidade de participar, me sinto muito bem (BONINA).

Assim sendo, a habilidade dos profissionais de perceber e de compreender a multidimensionalidade humana é de fundamental importância para atender às necessidades do usuário e possibilitar outros caminhos na promoção à saúde. Por sua vez, a rede de serviços precisa buscar uma nova orientação para a atenção à saúde, que valorize o ser humano e tenha como eixo a integralidade.

De acordo com Gomes Kell (2007), a integralidade representa, hoje, o maior desafio às práticas em saúde, não só como uma questão institucional, que ocorre no âmbito da prestação dos serviços, mas, cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e intervenções em saúde já tornadas tradição. A integralidade, neste sentido,

busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, na incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras (Gomes Kell, 2007, p. 2).

Na opinião de Lotufo Neto (1996), é importante que os profissionais da saúde estejam preparados para conversar e trabalhar os diversos temas de interesse da população, dentre estes o tema religião, visto que o último, geralmente, está presente nos episódios de estresse, desânimo e luto, causados pelos fatores sócioeconômicos, culturais, psíquicos, entre outros.

Na visão de Levin (2004), os profissionais médicos não podem mais permitir que a questão religiosa/espiritual permaneça como um fator não discutido e esquecido. É importante que esses profissionais fiquem mais próximos dos pacientes, e que o tratamento seja integral, abrangendo não somente o corpo, mas também a mente e o espírito.

#### 4.3 PERCEPÇÃO SOBRE O GRUPO PAZ E EQUILÍBRIO COMO TERAPIA COMPLEMENTAR

Para conviver num mundo como este e enfrentar os problemas da vida cotidiana, tem-se constatado que uma parcela significativa da população busca as terapias complementares, como: homeopatia, os florais de Bach, meditação, grupos de oração, entre outras, para cuidar da saúde.

De acordo com Luz (1993), as terapias complementares produzem efeitos benéficos à saúde, principalmente, no combate aos problemas cardiovasculares, estresse, insônia e ansiedade. A autora ressalta que as práticas complementares vêm obtendo resolutividade nos serviços públicos de saúde, na assistência a doenças crônicas, residindo a explicação no modelo diagnóstico dessas práticas, que leva em conta o indivíduo como um todo, considerando os diversos contextos socioeconômicas, nos quais destacam-se a renda per capita, o emprego, as atividades lucrativas, moradia, lazer, segurança. Conhecer as crenças dessas pessoas é de

importância, afirma ainda a autora, pois as mesmas têm uma forte influência na sua vida, muitas vezes, determinando-a.

A busca das terapias complementares não configura abandono ou negação dos tratamentos oficiais, mas sim, a adoção de procedimentos não convencionais, que em muitos casos são procurados simultaneamente pelo paciente (LUZ, 2003).

A busca da religião por segmentos da sociedade se dá para alívio dos sofrimentos e males, como também pelo conforto, solidariedade e apoio social. As religiões possuem uma “eficácia simbólica” diante dos problemas e dificuldades que as pessoas enfrentam diariamente (BOURDIEU, 2005). A fé oferece um significado e sentido à vida, oferece consolo, energias e orientações nas situações de angústias e de incerteza familiar.

Neste sentido, nos depoimentos dos integrantes do estudo, constatou-se a percepção em relação ao grupo Paz e Equilíbrio como terapia complementar.

Participar desse grupo é muito importante para minha saúde, porque a gente canta, reza, faz meditação, dança embalada nos lindos ritmos dos cânticos. Estou muito bem com as orações, ajuda muito o tratamento passado pelo médico (BONINA).

[...] antes eu tinha muitos problemas, só vivia preocupada, tomava remédio controlado. Depois que passei a frequentar o grupo passei a viver melhor, tenho mais segurança, e tranquilidade para enfrentar os problemas, melhorei da depressão. Sinto-me outra pessoa (CRAVINA).

Os discursos apontam que a oração é instrumento que sustenta o entrevistado. Ajuda a encarar a doença, dá motivação para o tratamento convencional e mantém a esperança. Este pensamento é confirmado por Savioli (2002) ao relatar que o paciente quando tem uma fé religiosa, uma espiritualidade consegue tolerar melhor, encarar com mais serenidade a própria dor, a própria doença, ter ânimo para ir à luta, persistir e acreditar no tratamento.

A oração ou a meditação é um recurso que pode ajudar o usuário em momentos de angústia. As orações não necessariamente deverão ser longas ou padronizadas, mas simples, contanto, que atendam a uma necessidade e ajudem a aliviar o sofrimento (DU GAS, 1998).

Nas falas, percebe-se que a crença possui importante valor, proporcionando força e compreensão aos entrevistados para lidar com os problemas cotidianos. Refletindo sobre esses relatos, observa-se que a religião também é um sistema de apoio para as pessoas que vivenciam

situações de crises, podendo trazer força e tranqüilidade para contornar problemas, uma vez que pode suscitar a sensação de ter uma identidade, de ser capaz de expressar-se e ter fé na vida (LOWER, 1983).

As falas dos entrevistados, a seguir, mostram como a medicina e a religião deveriam ser solidárias para poder atuar conjuntamente no tratamento de doenças.

Antes de participar do grupo eu só vivia no médico, tinha muitos problemas, só vivia aperreada e deprimida. Uma amiga me convidou para participar do grupo Paz e Equilíbrio, depois que passei a freqüentar esse grupo estou muito bem, não apresento mais depressão. Agora apresento bem-estar passei a ser mais feliz (ANGÉLICA).

[...] aqui eu relaxo com as orações e preces. A gente canta, medita. Tudo isso faz com que eu aceite melhor o tratamento, só o remédio não resolve, eu preciso desse tratamento do grupo Paz e Equilíbrio, porque ajuda no tratamento médico. Eu gosto muito de orar. Quando estou orando só penso em Deus, me sinto muito bem, me traz muita alegria (HORTÊNSIA).

De acordo com Narayanasamy apud Gonçalves; Ferraz; Gíglío (2001), as doenças crônicas tendem a desordenar a vida dos seus portadores e ao mesmo tempo a levam à angústia espiritual. Para evitar que o paciente chegue a tal situação, o autor recomenda incluir no cuidado com estes doentes o apoio espiritual.

Eskin (2003, p.47) acrescenta que “a crença em uma religião pode ser o melhor e mais poderoso remédio contra todo tipo de doenças, desde a simples ansiedade ou insônia até graves problemas cardíacos ou o câncer”.

Larson (2000) corrobora afirmando que exercícios religiosos realizados como adjuntos no tratamento medicamentoso são benéficos para a saúde.

De acordo com estudos conduzidos por Levin (2004), muitos pacientes relataram que a religião forneceu importante ajuda para lutar contra a doença e a favor do tratamento. Outros estudos mostraram que, entre pacientes portadores de câncer, a fé religiosa foi considerada como um apoio poderoso em sua vida.

Em consonância com esse ponto de vista, Baker (2005) afirma que a religião provê aquele vislumbre de luz quando as circunstâncias dizem que não há outros recursos; provê um futuro

quando toda evidência não aponta futuro; provê um propósito e uma direção quando tudo se mostra sem sentido, propiciando conforto, quando não há ninguém ao redor para confortar.

Vasconcelos (2006) diz que

[...] não é uma questão de ter fé ou não em Deus, mas considerar processos da realidade subjetiva e social que têm uma existência claramente objetiva. Sem entender o olhar e a elaboração religiosa não se pode compreender a perspectiva com que a maioria dos usuários de serviços de saúde e dos seus profissionais se relaciona com a realidade.

Michaelson (1997) acrescenta que os fatores econômicos impactam a saúde e os serviços de saúde. Todavia, dá-se menos atenção à dimensão espiritual da pessoa e ao impacto que essa dimensão pode ter na sua saúde e no seu bem-estar do que aos demais fatores coexistentes.

Já Morin (2002, p. 82), falando da unidualidade do cérebro/espírito, explica que “o que afeta o espírito afeta o cérebro e, através do cérebro, todo o organismo”. A dor do luto e a depressão debilitam as defesas imunológicas, provocando doenças do corpo (psicossomáticas); o condicionamento altera as atividades viscerais e humorais, assim como a auto-educação possibilita o controle dos sistemas vitais. Desse modo, afirma Morin: “O fenômeno mais intensamente psicocultural, a fé, pode provocar morte ou cura; os tabus, encantamentos; maldições, podem matar; os milagres, curar, e os placebos são eficazes num terço das doenças” (MORIN, 2002, p. 83).

No entanto, Eskin (2003) ressalta que a fé é enfatizada pela maioria dos cientistas, no processo de cura, de uma forma ainda incompreensível para os conhecimentos científicos da atualidade.

Nota-se que o pensamento e os posicionamentos dos autores trazem à tona o debate entre “fé e razão,” anteriormente citado, enquanto princípio explicativo para os fenômenos.

Assim, Morin (2002) adverte que não se pode aceitar o caminho da ciência a partir da eliminação do espírito, nem tampouco compreender o espiritualismo pela eliminação da ciência. Ambos são duas realidades inseparáveis e necessárias à compreensão e à vida do homem.

Essa contradição/harmonia também pode ser verificada nas falas dos entrevistados, os quais expressam bem-estar e melhoria da saúde, com reflexos na qualidade de vida.

Eu participo, porque, aqui eu relaxo com as orações. A gente faz oração, canta, medita. O tratamento do grupo Paz e Equilíbrio ajuda no tratamento médico (TULIPA).

É muito bom, eu faço de tudo para não perder as reuniões porque ajuda muito no meu tratamento (JASMIM).

Eu noto muita diferença depois que passei a freqüentar o grupo Paz e Equilíbrio, antes de participar eu tomava remédio controlado para dormir, diazepam, tomava três comprimidos por dia ficava tonta com o efeito do remédio. Atualmente estou muito bem, Graças a Deus deixei de fazer uso de remédio controlado, durmo bem, minha auto-estima aumentou, melhorei da depressão (HORTÊNSIA).

O depoimento de Hortênsia é corroborado nas informações obtidas através do levantamento de medicamentos que teve modificação da posologia e outros deixaram de ser prescritos no período compreendido entre 2002 e 2006. No Quadro 1, a seguir, consta que Hortênsia, em 2002, tomava diazepam, um comprimido três vezes ao dia, sendo progressivamente diminuída a posologia até 2006, quando deixou de fazer uso dessa medicação. Vale ressaltar que, embora tomando Hortênsia como exemplo, pode-se verificar no Quadro 1 outros casos semelhantes ao seu.

Cliente	Medicação/2002	Medicação/2004	Medicação/2006
Bonina	Propranolol 3xdia; Lexotan 3xdia	Propranolol 2xdia; Lexotan 2xdia	Propranolol 1xdia; <b>Lexotan sem uso</b>
Cravina	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 3xdia; Diazepam 1xdia	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 2xdia; <b>Diazepam sem uso</b>	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia
Angélica	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 3xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	<b>Hidroclorotiazida sem uso;</b> Propranolol 1xdia
Lírio	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 3xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia
Girassol	Hidroclorotiazida 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia	Hidroclorotiazida 1xdia
Rosa	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	<b>Hidroclorotiazida sem uso;</b> Propranolol 1xdia:
Margarida	Hidroclorotiazida 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia	Hidroclorotiazida 1xdia
Cravo	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 3xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 1xdia
Hortênsia	Metildopa 2xdia; Hidroclorotiazida 2xdia, Diazepam 3xdia	Captopril 2xdia; Hidroclorotiazida 1xdia, Diazepam 1xdia	Captopril 2xdia; Hidroclorotiazida 1xdia, <b>diazepam sem uso</b>
Jasmim	Hidroclorotiazida 2xdia Diazepam 1xdia	Hidroclorotiazida 1xdia <b>Diazepam sem uso</b>	Hidroclorotiazida 1xdia
Gardênia	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 1xdia
Tulipa	Hidroclorotiazida 2xdia; Propranolol 3xdia	Hidroclorotiazida 1xdia; Propranolol 2xdia	<b>Hidroclorotiazida sem uso;</b> Propranolol 1xdia

Quadro 1 - Distribuição dos entrevistados de acordo com uso da medicação 2002-2006. Nova Cidade – Natal/RN.

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir de dados coletados.

Certamente que não se deve atribuir exclusivamente este fato à participação de Hortênsia no grupo, todavia, isto representou uma importância fundamental na sua recuperação. O conjunto de fatores favoráveis, acrescido da vivência no grupo de oração, contribuiu para a melhora de sua saúde.

Assim sendo, não se trata de explicar simplesmente a relação religiosidade (oração) com melhora da saúde, enquanto fenômeno de causa e efeito, mas, resultante de uma ação recíproca de efeito mútuo em produto-produtor-produto, numa causalidade circular.

Neste sentido, a melhor compreensão dos fatores que interferem na vida do ser humano, e neste a religiosidade, está essencialmente na maneira de intervir e cuidar do ser humano. Mostrar respeito pelas crenças, valores e motivações do indivíduo é dar suporte cultural à dualidade matéria/espírito, razão, fé, e reforço àqueles comportamentos que promovem o bem-estar psicológico e a saúde mental.

Para isso, é necessária a aproximação tanto quanto possível da compreensão complexa e multidimensional de mundo de quem cuida e de quem é cuidado. O profissional de saúde urge aproximar-se dos paradigmas compreensíveis e integrativos, o que requer a reflexão contínua sobre a sua posição pessoal, em relação a estas questões, para que seja possível a mudança que se pretende implementar rumo a uma atenção integral e holística à saúde do cliente.

#### 4.4 PERCEPÇÃO SOBRE AS MUDANÇAS NO ESTADO DE SAÚDE A PARTIR DA VIVÊNCIA

O ser humano é um indivíduo que difere de outros seres vivos pela sua capacidade de pensar, sentir, decidir, perceber e refletir acerca de si mesmo, de seu ambiente e de expressar aquilo que vivencia.

É um ser que tem suas crenças e valores que lhes são próprios, que interage com os outros e com o ambiente e que tem capacidade para ensinar e aprender. Cria mecanismos de comunicação para se expressar e direciona esforços para a realização e fazer de coisas que tragam benefícios a si e aos outros.

Através dos depoimentos, os indivíduos revelam suas experiências exatamente como estão acontecendo, contendo significados da totalidade da experiência vivida. Essa categoria expressa a visão dos entrevistados sobre as mudanças percebidas a partir da vivência grupal.

De acordo com Levin (2004), a oração é a chave para se preservar a estabilidade emocional, à medida que mudanças físicas e de outra natureza ocorram na vida. Quando as pessoas se reúnem com outras para a execução de atividades de cunho espiritual, como, por exemplo, grupos para orar ou meditar, beneficiam a saúde graças aos efeitos positivos das emoções. A prece praticada em grupo de oração, em igreja ou isoladamente está associada a uma saúde melhor, bem-estar emocional e níveis mais baixos de tensão, independentemente do grupo étnico e denominação religiosa. Nos depoimentos, seguintes, verifica-se nitidamente este pensamento do autor.

Depois que passei a freqüentar o grupo Paz e Equilíbrio aconteceu mudança na minha vida, porque me sinto muito bem de saúde do corpo e da mente, a minha família está apresentando melhor interação (LÍRIO).

Sinto mudança na vida, depois que passei a participar desse grupo, primeiramente procurava emagrecer e não tinha jeito, mesmo seguindo a dieta que era passada, cada dia ficava mais gordo. Depois que passei a freqüentar o grupo, comecei a ficar confortado e tranqüilo, a minha auto-estima aumentou, o estresse diminuiu, controlei o peso e a pressão. Estou muito feliz, tenho paz e tranqüilidade (GIRASSOL).

Houve grande mudança na minha vida, minha pressão era muito alta, eu só vivia cansada, me acabando, depois que comecei a freqüentar esse grupo minha pressão está controlada, o cansaço acabou minha auto-estima aumentou, para mim foi uma mudança muito grande, por isso gosto muito desse grupo e não vou deixar esse grupo nunca (GARDÊNIA).

Nas falas, pode-se constatar, que os entrevistados referem que sentiram mudanças em relação à melhoria na pressão arterial, atribuindo esta condição à vivência no grupo, aos medicamentos, entre outros.

Diante desses discursos, percebe-se que a importância da associação do tratamento convencional à oração, ou seja, a valorização dos aspectos religiosos e espirituais. Portanto, os depoimentos clarificam a necessidade de as pessoas buscarem um equilíbrio emocional, para que alcancem o bem-estar físico, mental e espiritual. Esses entrevistados deixam aflorar através de seus sentimentos, por ocasião das vivências no grupo Paz e Equilíbrio, que sentem uma



tranquilidade mental e espiritual corroborando o bem-estar físico. Isto pode ser comprovado através da importância atribuída à participação no grupo de oração.

Nas falas, observa-se ainda a consciência dos entrevistados de que ao ser humano não basta apenas o próprio bem-estar físico, pois a saúde só é vivida em sua totalidade quando o homem se torna um todo: corpo, mente e ambiente.

O conteúdo dessas narrativas se reveste de sabedoria, sensatez e reconhecimento de um despertar, que inquieta, estimula e lança-se à busca de novos valores. O homem deixa de ser apenas sintomas físicos e passa a ser visto na totalidade, como forma de alcançar a integralidade da assistência à saúde.

Conforme os depoimentos de Girassol e Gardênia, os efeitos benéficos da oração interferem em suas vidas, favorecendo o retorno dos níveis da pressão arterial a índices de normalidade, o que pode ser constatado no Quadro 2, a seguir.

Entrevistado	Pressão Arterial (mmHg). 1999	Pressão Arterial (mmHg). 2002	Pressão Arterial (mmHg). 2004	Pressão Arterial (mmHg). 2006
Bonina	140x100	120x80	130x80	110x80
Cravina	140x90	130x80	120x80	120x70
Angélica	150x100	130x100	120x80	110x80
Lírio	140x100	120x80	120x80	110x80
Girassol	150x90	140x80	130x80	110x80
Rosa	140x90	130x80	110x80	110x80
Margarida	160x90	150x90	140x80	130x80
Cravo	150x90	140x90	120x80	110x70
Hortênsia	160x90	150x80	130x80	120x80
Jasmim	180x80	150x80	140x80	130x80
Gardênia	160x90	150x80	140x70	130x70
Tulipa	160x100	140x100	130x80	120x80

Quadro 2 – Pressão arterial dos entrevistados de 1999 a 2006. Nova Cidade – Natal/RN.

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir de dados coletados.

Os dados revelam uma melhoria da pressão arterial dos entrevistados, os quais permitem supor que a vivência da oração apresenta certa eficácia. Considerando o nível da pressão arterial um dado relevante, para a saúde do entrevistado, este achado é bastante significativo.

Para Oliveira (1985) e Rabelo (1994), o tratamento da biomedicina despersonaliza o doente; o tratamento religioso visa agir na totalidade do ser humano, reinserindo-lhe, como sujeito, em um novo contexto de relacionamento. As práticas religiosas atuam sobre o indivíduo,

através do ritual da reza, proporcionando-lhe uma ordem na desordem gerada construída pela patologia.

Levin (2004) corrobora, afirmando que no pensamento religioso o que importa não é a compreensão do processo físico que se desenvolve no estado patológico, nem em sua etiologia meramente biológica. A doença se torna significativa quando se encontra associada à idéia de uma negatividade genérica, à noção de uma desordem que extrapola o corpo individual ao abranger as relações sociais e a própria organização do mundo metafísico.

Machado (1996) acrescenta que a religião tem função terapêutica, dando a possibilidade de reforçar os laços sociais e de servir como antídoto para o sofrimento humano.

Neste sentido, a assistência ao ser humano deve estar pautada na valorização cultural, na participação, na junção do saber popular com o saber profissional, e na certeza de que todos os sujeitos desse processo podem participar ativamente no planejamento e nas decisões, pois todos têm o que ensinar e o que aprender.

Quando se adentra no mundo dos usuários, novos horizontes se abrem, se conhece sua visão de mundo, as dimensões de sua estrutura cultural e social, bem como se compreende suas práticas de cuidado em saúde. Assim, pode-se avaliar, com embasamento científico, quais dessas práticas estão sendo benéficas e levando-os a uma melhor qualidade de vida e também quais dessas que podem estar prejudicando e, através do diálogo franco e participativo, proporcionar meios para a manutenção, negociação ou repadronização dessas práticas.

No campo da saúde pública, as práticas complementares vêm sendo apontadas pelo SUS como uma estratégia promissora de enfrentamento dos problemas do processo saúde/doença e da medicalização da sociedade.

Portanto, para se organizar práticas de saúde voltadas para a integralidade na atenção e no cuidado, é preciso rever a teoria de saúde-doença que suscita essas práticas (ALMEIDA FILHO, 2001), pois, a promoção à saúde, como paradigma orientador das práticas em saúde, só será viabilizada a partir da concepção positiva de saúde.

A promoção à saúde, dentro dessa nova proposta metodológica, permite pensar e redirecionar as práticas em saúde (MENDES, 1993; ALMEIDA FILHO, 2001). Essas mudanças estão associadas às características intrínsecas da racionalidade médica, características estas que evidenciam o limite dos conceitos de saúde e doença, no que concerne à experiência concreta de viver do ser humano.

Ao trabalhar a saúde em sua positividade, a promoção à saúde abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além da racionalidade médica (LUZ, 2003). Neste contexto, as práticas complementares, como homeopatia, meditação, grupo de oração, entre outras, estão presentes, já que trabalham com o conceito ampliado de saúde e tem uma abordagem voltada para estimular a autonomia do ser humano.

Lopes e Magnavita (2003, p.17) dizem que

a oração é o grande remédio para o fortalecimento. Quando oramos com amor, estamos recebendo energias positivas que afetam todo nosso metabolismo no corpo físico e psíquico. A oração organiza ou reorganiza o equilíbrio.

Neste sentido, Levin (2004) acrescenta que a prece e o culto religioso são meios de ligação com Deus ou com o eterno, seja individualmente em casa, ou em grupos. Em ambos os casos, a prece é um meio poderoso para fortalecer os sentimentos de ligação horizontal com outras pessoas, estendendo laços de solidariedade por toda comunidade e ligando verticalmente a Deus aqueles que oram.

Nota-se, nas falas seguintes, a importância do grupo Paz e Equilíbrio na qualidade de vida dos entrevistados.

Depois que passei a frequentar o grupo Paz e Equilíbrio, passei apresentar melhora na vida e na saúde. O estresse diminuiu, a relação na família melhorou muito. Estou-me sentindo muito bem (MARGARIDA).

Houve mudança na minha vida, depois que passei a frequentar o grupo Paz e Equilíbrio, minha auto-estima aumentou, o grupo me traz conforto e tranquilidade, o estresse diminuiu, para mim foi uma mudança muito grande (TULIPA).

De acordo com os depoimentos, a oração suscita emoções que abrangem um somatório de sentimentos saudáveis tais como; paz, alegria confiança, amor, entre outros. Independente da polaridade dos sentimentos, positivos ou negativos, estudos científicos mostram que as emoções exercem grande influência sobre a saúde física e mental (BAKER, 2005).

Segundo Lopes e Magnavita (2003), as emoções estão ligadas ao sistema endócrino e imunológico. Tudo que afeta o sentimento do ser humano e o modo de sentir, do ponto de vista

fisiológico, repercute no corpo e na mente. As orações ou preces em grupo trazem sentimentos de confiança interpessoal, reciprocidade e intimidade, ativando a vinculação entre as pessoas com Deus e a idéia que têm de uma força espiritual.

Os aspectos mais pessoais da vida espiritual exercem um impacto direto sobre o funcionamento orgânico e da mente. A maneira como a pessoa se liga a Deus ou com o divino, quando, onde e com que freqüência se faz oração, estas questões têm implicações para a felicidade, satisfação da vida, bem-estar físico e para a capacidade de enfrentar as mudanças da vida, especialmente na medida em que se envelhece (BAKER, 2005).

A afirmação dos autores pode ser observada nos relatos seguintes:

Graças a Deus sinto muita felicidade participando semanalmente do grupo, levo essa felicidade para minha casa, meus amigos. Sinto-me muito bem depois que passei a freqüentar o grupo (CRAVO).

Eu participo, porque aqui é bom a gente faz orações, canta é muito saudável. A gente faz amizade se diverte muito. Dou graças a Deus toda semana ter oportunidade de participar, me sinto muito bem (BONINA).

[...] gosto muito, me sinto muito feliz junto com os meus amigos oro, canto, conheço a verdade, a palavra de Deus, fico muito satisfeito (LÍRIO).

Os depoimentos sugerem que os informantes não vivem em um mundo de irrealidade. Ao contrário, têm consciência de seus problemas e dificuldades, mas não permitem que eles se tornem impedimento à satisfação na vida.

De acordo com Boff (1999), para a resolução dos conflitos e dificuldades, pode-se supor que a prática de orar mostra a aceitação da responsabilidade pela vida, na tentativa de transcendê-la, criando significado para a própria vida e chances de escolhas para o futuro.

A ausência de discussão desse assunto, entre os profissionais de saúde, continuará contribuindo para uma assistência fragmentada à saúde, e que essa temática continue sendo vista como um tabu, uma dimensão proibida, ou desconhecida, sustentando a idéia que defende que essa ordem de conhecimento se restringe unicamente aos espaços religiosos.

Expressar a religiosidade e a espiritualidade também implica um fluir espontâneo de sentimentos, gestos e palavras que podem trazer à tona elementos extremamente positivos ou negativos para o trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2006).

O profissional deve utilizar a fé e a religião para auxiliar o indivíduo a sentir-se capaz de empreender mudanças necessárias para enfrentar o adoecimento, possibilitando a este experimentar sentimentos de satisfação consigo e com a vida (VALENTE; BACHION; MUNARI, 2004).

Segundo Baker (2005), as pessoas não buscam simplesmente a cura; elas buscam acolhimento, o que, se for bem realizado, contribui para a cura. Os seres humanos só ficam satisfeitos quando experimentam o que é autêntico. As pessoas necessitam de ser ouvidas e acolhidas com atenção.

Segundo Sena et. al (2000), o acolhimento consiste em uma ferramenta leve, com vista a garantir o acesso universal aos serviços de saúde, humanizando-os, tornando-os resolutivos e de qualidade, em que as necessidades de saúde dos usuários se tornem responsabilidades de todos os trabalhadores de saúde.

Mesmo que o profissional não tenha resolução para os problemas que lhe sejam relatados, é de essencial importância demonstrar uma disposição permanente para ouvir. Este simples componente, na relação de ajuda, processa resultados quase imediatos na pessoa escutada (BONFATTI, 2000).

Portanto, a importância da tolerância e o respeito pelas pessoas também são uma contribuição no tratamento, exigindo do profissional a consideração de suas crenças religiosas como uma abertura para essa compreensão, bem como o seu discernimento quanto ao uso dos mesmos para fins terapêuticos.

A esse respeito, durante a análise do material empírico, também foram observados alguns aspectos relevantes, que estão relacionados à fé, os quais revelam uma resistência no pensamento religioso em detrimento da sua complementaridade na saúde.

Verificou-se a presença de uma crença exagerada, que desvaloriza a terapia usual, implicando no abandono de procedimentos profissionais pela exclusividade da oração, ameaçando a compreensão da interação e da completude, o que se pode observar nos depoimentos seguintes:

A fé influencia mesmo na saúde, porque tudo depende da fé. A gente entrega tudo nas mãos de Jesus, aguarda com tranqüilidade e ele cura (ROSA).

Acredito sim, porque a fé é quem cura e dá saúde. Se a pessoa tem fé em Deus tem tudo na vida (ANGÉLICA).

A fé influencia no tratamento, na promoção e recuperação da saúde, porque a gente quando está doente vai ao médico, não é tanto o remédio que cura é a fé. Deus deixou o médico para se procurar, passar remédio, mais não é o remédio que cura é a fé (GIRASSOL).

Fazendo uma reflexão sobre estas falas, verifica-se a importância da atenção aos valores culturais das pessoas, para que estes não comprometam a sua condição de saúde. O profissional precisa estar atento para a exacerbação de determinadas crenças ou hábitos que interferem na condição de vida e saúde do usuário, buscando resgatar o equilíbrio na relação entre os aspectos que circundam o seu dia-a-dia.

Portanto, a adesão rígida a práticas religiosas, as quais perdem de vista o propósito original de desenvolvimento de uma relação de amor com o outro é uma postura negativa (BAKER, 2005).

Baker (2005) diz que o fundamentalismo religioso torna as regras mais importantes do que as pessoas e não contribui em nada para o crescimento espiritual. Quando as regras passam a ser mais importantes do que as pessoas que as seguem, a religião pode tornar-se nociva. É o lado negativo de pessoas que acreditam que somente a fé poderá curá-las e abandonam a terapêutica instituída, podendo correr um grande risco.

Koenig (2005) relata que as crenças religiosas também podem afetar negativamente a saúde física. Em relação à saúde mental, existe uma preocupação de que práticas religiosas possam ser usadas para substituir práticas médicas. Por exemplo: um religioso fanático pode interromper o tratamento medicamentoso, a fim de pôr à prova a sua fé.

Neste sentido, Pessini e Barchifontaine (1997) dizem que essa postura cede espaço ao desenvolvimento do pensar que o homem é um ser multidimensional e que suas dimensões cultural, psíquica, social, e espiritual são tão importantes quanto o aspecto técnico da assistência.

De acordo com Levin (2004), a idéia que a fé pode ser uma importante força para curar, promover a saúde e prevenir a doença não é recente. Em 1910, sir William Osler, um dos

fundadores da medicina científica moderna, publicou um ensaio no *Bristh Medical Journal* descrevendo “a fé que cura”.

O tema foi revisado em 1975 pelo psiquiatra Jerome D. Frank, em um artigo publicado no *Johns Hopkins Medical Journal*. Nesse artigo, o psiquiatra Jerome D. Frank observou que não somente a fé em Deus é saudável para a saúde, mas a fé que a pessoa tem no médico ou na medicina pode contribuir igualmente para o sucesso do tratamento.

Houve unanimidade entre os entrevistados em admitir a crença em Deus independente de religião. A força que Deus exerce nessas pessoas, conforme relatos sustentam suas vidas, tendo como sedimento a fé.

Desse modo, a fé ou crença em um ser superior, a confiança em si, na ciência, nos familiares e, amigos são requisitos indispensáveis para o tratamento, promoção e recuperação da saúde.

Portanto, a religiosidade é componente da vida humana, que influencia o modo de pensar, sentir e agir do indivíduo e, conseqüentemente, de cuidar. Porém nem sempre esse aspecto do cuidado é valorizado.

Apesar do saber popular, ser negado pela ciência, ele está presente na vida do enfermeiro e às vezes poder ser utilizado em sua prática assistencial, principalmente quando esses clientes possuem uma demanda de cuidados que valoriza a sua religiosidade e a sua espiritualidade, temas tão pouco apreciados nas discussões científicas sobre a saúde humana.

Assim sendo, estimular a reflexão sobre a posição dos profissionais da saúde, em relação a estas questões, pois compreender a fé das pessoas poderá ajudar a entender a maneira como elas compreendem e agem no mundo, para que se possa atender ao ser humano em sua totalidade.

**“A tarefa não é tanto ver o que ninguém tinha visto, mas pensar o que ninguém pensou a respeito do que todo mundo vê”.**

**Schopenhauer**

**CAPÍTULO V**

---

**REFLEXÕES FINAIS**



## 5 REFLEXÕES FINAIS

Os resultados indicam que a experiência vivenciada pelos participantes do grupo Paz e Equilíbrio na USFNC tem repercussão positiva na qualidade de vida desses usuários.

Essa vivência semanal religiosa, desenvolvida através da oração, é percebida pelos entrevistados como coadjuvante na melhoria dos níveis pressóricos e conseqüentemente pelo bem-estar, geral propiciando também uma melhor qualidade de vida.

O grupo atribui também à oração, os efeitos benéficos sobre a saúde, complementados estes efeitos pela terapia convencional, tais como: redução do estresse e da depressão; aumento da auto-estima; melhora da interação familiar e da socialização; conforto; e segurança.

Diante destes resultados, percebe-se que o conjunto de sentimentos e experiência vivenciada pelos participantes do grupo Paz e Equilíbrio tem repercussão positiva na qualidade de vida desses usuários. Também se observa que os entrevistados demonstram ter consciência de seus problemas e dificuldades cotidianas, os quais não se tornam impedimento à satisfação com a vida.

As falas dos entrevistados revelam uma outra maneira de olhar o processo saúde/doença expresso nas suas vidas; um olhar que envolve o aspecto cultural com ênfase na religiosidade.

Os entrevistados percebem a doença como uma desordem que deve ser interferida, independente da sua causa, e que nem sempre está relacionada à cura patológica, mas à reorganização de sua percepção sobre sua condição.

Os resultados encontrados reafirmam dados de pesquisas anteriores, citadas na revisão da literatura. Compreender as práticas religiosas desse grupo abriu caminhos para a expansão dos conhecimentos sobre outras formas do cuidar.

O valor simbólico da oração interfere nas múltiplas dimensões do ser humano, possibilitando o restabelecimento de um estado de equilíbrio.

A explicação simbólica faz com que se reduza a angústia e se dê esperança àqueles que procuram na oração o conforto e tranqüilidade. O corpo passa a ser um objeto compreensível, que pode falar e com o qual se pode agir, porque se tem um quadro simbólico próprio para se compreender o que se passa com ele.

A eficácia da cura está principalmente na crença, como foi visto nas falas dos entrevistados. É necessário que a pessoa acredite no tratamento e no profissional que o promove,

seja médico, enfermeiro, entre outros. Aquilo que modifica um sintoma é o símbolo que se desenvolve baseado em uma crença e que está dentro do universo simbólico de cada um.

Nessa perspectiva, para compreender o homem em sua integralidade devem ser considerados os aspectos psicológicos, biológicos, sociais e espirituais, o que exige uma maior compreensão por parte dos profissionais de saúde. Não se pode ignorar a religiosidade como dimensão importante na qualidade de vida.

Assim sendo, outras formas de tratamento agem sobre o doente e abrem espaço para modificar alguns aspectos do processo, transformando-o em uma assistência acolhedora, humanizada e holística.

O sentido da enfermagem é o cuidar, conseqüentemente, o estudo de outras tendências ou de novos redirecionamentos do contexto saúde/doença pode trazer benefícios à assistência e ao mesmo tempo proporcionar ao profissional de saúde uma visão holística que não fragmenta o ser humano.

Desse modo, é de fundamental importância somar as tecnologias e descobertas da medicina científica com os saberes tradicionais, mantendo assim os grupos unidos por laços de solidariedades e ajuda mútua.

A experiência da oração vivenciada pelos usuários participantes do grupo Paz e Equilíbrio é uma riqueza humana que poderia se unir a medicalização da sociedade e aos profissionais da saúde formados pelas universidades, que muitas vezes têm a competência e a tecnologia a seu favor, mas não possuem a capacidade do acolhimento e da escuta qualificada.

Portanto, entende-se que as práticas alternativas/complementares encontradas pela população podem indicar caminhos possíveis, pois não exigem muitos recursos financeiros para o estabelecimento de políticas públicas que realmente venham ao encontro ao que a população precisa e tem direito.

É imprescindível fomentar o debate sobre o tema (a importância da religiosidade na vida e na saúde das pessoas) entre os diversos segmentos da sociedade, como: profissionais de saúde e de educação, lideranças religiosas, grupos organizados, entre outros.

Assim sendo, é necessário que se continue realizando pesquisas para sedimentar uma base científica sobre a oração, como forma de promover a saúde nas dimensões biopsicossociais e espirituais, pois Razão e Fé devem caminhar juntas a fim de que o ser humano atinja a sua integralidade.



**“Tenho apenas duas mãos e o sentimento do mundo”.**

**Carlos Drummond de Andrade**

---

**REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Holopatogênese: uma teoria geral de saúde-doença como base para a integralidade das práticas de saúde. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 2., 2001, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2001.

BACKER, M.W. **Jesus, o maior psicólogo que já existiu**. 13. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

BADIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1998.

BARBOSA, M.A. **A fitoterapia como prática de saúde**: o caso do Hospital de Terapia Ayurvédica de Goiânia. 1990. 257 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

BARRIOS, P. C. **Plan de salud personal**: uma via para reapropriarmos de nuestros espacios internos. In: CURSO NACIONAL TEÓRICO PRACTICO DE APLICACION CLINICA Y SOCIAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA, 2. Caracas, 1999.

BEAL, G.; BOHLEN, J. **Liderança e dinâmica de grupos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M.T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Rio Grande do Sul: Pallotti, 2001, p. 257-281.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**: a saúde global. Brasília: UNB, 2004.

BLASCO, J. S. Estudio de casos. In: BAZTÁN, A. A. **Etinografía**: metodologia cualitativa en la investigación sociocultural. Barcelona: Marcombo, 1995, p. 203-208.

BOFF, Leonardo. **Ética da vida**. 2. ed. Brasília: Letra viva, 2001a.

\_\_\_\_\_. **A oração de São Francisco**: uma mensagem de paz para o mundo atual. Rio de Janeiro: Sextante, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Saber cuidar:** ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Tempo de transcendência:** o ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P., 1998. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel.

\_\_\_\_\_. **Contrafogos 2:** por um movimento social europeu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_. **A economia das trocas simbólicas:** sobre a teoria da ação. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. 7. ed. São Paulo: Papirus, 2005.

BONFATTI, P. **A expressão popular do sagrado:** uma análise psico-antropológica da igreja universal do reino de Deus. São Paulo: Paulinas, 2000.

BONILLA, J.A. **Abordagem Holística:** Fundamentos e Aplicações. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

BOTELHO, J. B. **Medicina e religião:** conflitos de competências. Manaus: Metro, 1991.

BRINK, J. J; WILKING, S. V. B. Aspectos espirituais do envelhecimento. In: REICHEL, W. **Assistência do idoso:** aspecto do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 62. p. 563-589.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de medicina natural e práticas complementares (PMNPC).** Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsm.saude.gov.br/bvs/publicações/resumo>>. Acesso em: 23 out. 2006.

\_\_\_\_\_. **Projeto de promoção de saúde.** Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Atenção Básica:** Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

CAMBRAGHI, A. S.; CASTELOTI, D.S. **Fé e religiosidade.** São Paulo: Levida Press, 2000.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Revista de saúde coletiva**, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

CAMURÇA, M. A. A realidade das religiões no Censo do IBGE- 2000. In: TEIXEIRA, F.; MENEZES, R. **As religiões no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTEL, R. Da indignância à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LACETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura.** São Paulo: Hucitec, 1993, p. 21- 48.

CHAVES, M. Complexidade e Transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, 1998, v.22, n. 1, p. 7-18.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar...** a primeira arte da vida. Portugal: Lusociência, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 197, 19 de março de 1997.** Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidades e ou qualificação profissional de enfermagem. Rio de Janeiro, 1997.

COSTA, H. Projeto de desenvolvimento de Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de saúde da família.** Brasília, n. 7, p. 9-20, Edição especial, 2004.

CREMA, R. **Introdução à visão holística:** breve relato de viagem do velho ao novo paradigma. São Paulo: Summus, 1989.

\_\_\_\_\_. **Saúde e plenitude:** um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1998.

COLUN, A. **Etnometodologia e educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

CARVALHO, R. J. de. The Humanistic ethics of Rollo May. **Journal of Humanistic Psychology**, Newbury Park. v. 32, n. 1, p. 7-18, 1992.

DURKHEIM, Émile. **As forças elementares da vida religiosa**. São Paulo: Paulinas, 1989.

DU GAS, B. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

DALAI LAMA. **A prática da benevolência e da compaixão**: 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.

\_\_\_\_\_. **Amor, verdade, felicidade**: reflexões para transformar a mente. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2006.

DAVID, Darlena. Cura tradicional. **Contact**, n. 102, p. 3-5, 1996.

DEMO, P. **Educação e Qualidade**. 3. ed. São Paulo: Papirus, 1996.

DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; MINAYO, M.C. S. (Orgs.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 17. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

DILTS, R.; HALLBON, T.; SMITH, S. **Crenças**: caminhos para a saúde e o bem estar. São Paulo: Summus, 1993.

ELIADE, Mircea. **Mito e realidade**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1991.

ESKIN, P. **A Medicina na Bíblia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

FELIPPE JUNIOR, J. **Medicina complementar e estratégia em saúde**.  
<<http://www.medicinacomplementar.com.br/conceitos>>. Acesso em: 29 dez. 2006.



FREITAS, R.A.M.M. **Sociedade contemporânea, conhecimento em saúde e em enfermagem: desafios para a formação profissional.** Disponível em: <<http://www.redadultosmaiores.com.ar/buscador/files/BRASI009.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2006.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

GERBER, R. **Medicina vibracional: uma medicina para o futuro.** São Paulo: Cultrix, 1988.

GOMES, k. **Integralidade da atenção à saúde.** 2007 <<http://www.opas.org/observatorio/arquivo/destaque69.doc>>. Acesso em: 06 de janeiro 2007.

GONÇALVES, M; FERRAZ. M. P. T.; GILIO, J. S. Religiosidade e saúde: perspectivas de continência conjunta. **Psychiatry on Line Brasil**, v. 6, p.1-16, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.med.br/artigo0201.htm>>. Acesso em: 21 dez. 2003.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história.** 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GOMES, J. C. **Manual de psicoterapia da família.** Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

GRILLO, M. **Dimensão social do ensino: interação na sala de aula.** Porto Alegre (RS): Sagra, 1977.

HERZLICH, V. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 23-36, 1991.

HILL, A. **Guia das medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural.** São Paulo: Hemus, 1999.

KELLEY, H.H.; THIBAUT, J. W. **Group problem solving.** 2. ed. Addison- Wesley, 1968.

KLINEBERG, O. **Psicologia social.** Rio de Janeiro: Vozes, 1967.

KOINIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com paciente: por quê, como, quando e o quê.** São Paulo: FE Editora Jornalística L.T.D.A., 2005.

KOLLER, E.M.P.; MACHADO, H.B. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.45, n.1, p. 74-79, jan./mar., 1992.

LACERDA, A; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, Roseli; MATOS, Ruben. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

LARSON, D. A busca de “shalon”. **Contact**, n. 120, p. 3-9, 2000.

LANDMANN, J. **As medicinas alternativas**: mito, embuste ou ciências? Homeopatia, medicina herbal, acupuntura, meditação, ioga, biofeedback e cura pela fé. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

LARSON, D.; KOENIG, H. G. **Manual de religião e saúde**. Oxford: Universitária, 2001.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Cultrix, 2004.

LOPES, W.; MAGNATIVA, M. Evangelho e saúde. **Planeta**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 12-17, dez. 2003.

\_\_\_\_\_. **Evangelho e saúde**: fundamentos científicos para uma melhor qualidade de vida. São Paulo: Mercury, 2003.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e religião**: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. 1997. 119 f. Tese (Livre Docência) - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

LOWER, A. **O corpo em depressão**: as bases biológicas de fé e de realidade. 3. ed. São Paulo: Sumos, 1983.

LÜCK, Heloísa. **Pedagogia interdisciplinar**: fundamentos teórico-metodológicos. 4. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1998.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas: a medicina homeopática. Rio de Janeiro: **Série Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 64, 1993.

\_\_\_\_\_. **Natural, racionalidade, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

\_\_\_\_\_. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 13-14, 1997.

\_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 17-37.

LOWEN, A. L. **A espiritualidade do corpo**: bioenergética para a beleza e a harmonia. São Paulo: Cultrix, 1990.

MACHADO, M. D. C. **Carismáticos e pentecostais**: adesão religiosa na esfera familiar. São Paulo: Anpocs, 1996.

MATZWIJSZYN, M. M. **Noções de meio ambiente através da Web, para ensino fundamental numa perspectiva holística e humanizadora do uso das tecnologias informacionais**. 2003. 150f. Monografia (Especialização em Informação na Educação) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças nas práticas do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MICHAELSON, Karin Graberg. Boa saúde: sua dimensão espiritual. **Contact**, n. 106, p. 3-5, jul./ago. 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, H. O. na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde: movimentos sociais e cidadania**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1989, p. 75-101.

MORGAN, E. L. **Focus groups as qualitative research**. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

MORIN, E. **O método - 3: o conhecimento do conhecimento**. Portugal: Seuil, 2002.

\_\_\_\_\_. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

NASCIMENTO, M. C. A década de 80 - de panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escuta. **Série estudos em saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 155, p. 8-12, jun. 1997.

NICOLESCU, B. et al. **Educação e Transdisciplinaridade**. São Paulo: TRIOM, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, M.J.C. **Recursos naturais nas práticas caseiras de cuidados à saúde: utilização pela enfermeira**. Rio de Janeiro, 1983.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril/Brasiliense, 1985b.

\_\_\_\_\_. **O que é benzeção**. São Paulo: Abril/Brasiliense, 1985a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud - Promoción de la salud: uma antologia**. Washington: OPS, 1986.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p.568-585.

PAULO II, João. **Carta encíclica: fides et ratio do sumo pontífice João Paulo II aos bispos da Igreja Católica sobre as relações entre fé e razões**. 6. ed. São Paulo: Paulinas, 1998.

PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista**: uma lógica na América Latina. Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research method**. 2. ed. London: Saze, 1999.

PESSINI, L.; BARCHIFONTANE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1997.

PIAGET, J. **A epistemologia genética**: sabedoria e ilusões. São Paulo: Abril Cultural, 1970.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2003.

QUINTANA, A. M. **A ciência da benzedura**: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. São Paulo: EDUSC, 1999.

\_\_\_\_\_. Entre chás e benzimentos: a cura como outorgação de sentido. In: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 48, 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1996. p.132.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 9, p. 363-381, 1994.

RODRIGUES, A. **Psicologia social**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

SANTOS, B. S. **Crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2005.

SAVIOLI, R.M. **Milagres que a medicina não contou**. São Paulo: Ágape, 2002.

SENA, C. et al. **O acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, G. B. **A enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, Y. F. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FLORENÇO, M, C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural em enfermagem**. Florianópolis: Papa Livros, 1996. p. 75-96

SOARES, M. S.; LIMA, C. B. **Grito de dor e canção de amor: visão humanista da AIDS na perspectiva da espiritualidade**. João Pessoa (PB): Universitária, 2005.

SOUSA, P. L. R.; TILLMANN, I. A.; HORTA, C. L.; OLIVEIRA, F.M. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. **Psiquiatria Prática Médica**, n. 34, p. 112-17, 2001.

SOUZA, D.; SILVA, M. J. P. O holismo espiritualista com referencial teórico para o enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 26, n. 2. p. 235-242, ago. 1992.

SCHNEIDER, R. **O valor das pequenas coisas**. São Paulo: Paulinas, 1985.

TEIXEIRA, F. L. C. **A espiritualidade do seguimento**. São Paulo: Paulino, 1994.

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A.; MARTINS, M.A. **O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras**. 2003. Disponível <[http://www.Abem\\_educmed.org.br/rbem/pdf/volume\\_28\\_1/ensinos\\_de\\_praticas.pdf](http://www.Abem_educmed.org.br/rbem/pdf/volume_28_1/ensinos_de_praticas.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2006.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção e saúde no SUS. **Revista Brasileira de saúde da família**, Brasília, n. 7. p. 10-21, Edição especial, 2004.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 7-14, 1999.

\_\_\_\_\_. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação Popular Hoje**. São Paulo: Loyola, 2000. p. 151-179.

\_\_\_\_\_. **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VARELA, Z. M. V. Contexto, cenário e falas na saúde da família. In: BARROSO, M. G. T. **Saúde da família uma abordagem multirreferencial em pesquisa**. Sobral (CE): UVA, 2002. p. 15-17.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

\_\_\_\_\_. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**, n. 50, p. 101-106, dez. 1996.

\_\_\_\_\_. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

VALENTE, N.M.L.M.; Bachion M.M.; Munari D.B.; A religiosidade dos Idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro. v.12, n. 1, p. 11-17, jan./ abr. 2004.

VASCONCELOS, M. P. viver os valores: o exercício nosso de cada dia. **Mundo jovem**: um jornal de idéias, Porto Alegre, v. 61, n. 341, p.16, out. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS/IEC, 1986. p.11-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

WATSON, J. **Nursing**: human science and human care - a theory of nursing. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.

**“A função primordial da mitologia e do rito sempre foi oferecer os símbolos que fazem progredir o espírito humano”.**

**Joseph Campbell**



**APÊNDICE – A**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.  
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Natal /RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

À Senhora  
Josineide Barbosa de Lira  
Gerente do Distrito Sanitário Oeste

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem e com 03 Bases de Pesquisa, entre elas “Educação em Enfermagem”. Dentro deste contexto, a mestranda Vera Lúcia Siqueira, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, orientanda da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timóteo, está desenvolvendo uma pesquisa intitulada “GRUPO DE ORAÇÃO COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR NA PROMOÇÃO À SAÚDE: um estudo de caso Nova Cidade Natal-RN”.

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, solicitamos a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados desta investigação junto aos participantes do grupo de oração, Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta Unidade possa constar no relatório final.

Outrossim, salientamos que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que trata da Pesquisa em Seres Humanos e que estes serão utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta direção agradecemos antecipadamente e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timóteo  
Orientadora da pesquisa

**APÊNDICE – B**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.  
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: [pgenf@pgenf.ufrn.br](mailto:pgenf@pgenf.ufrn.br)

**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** “GRUPO DE ORAÇÃO COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR NA PROMOÇÃO À SAÚDE: um estudo de caso Nova Cidade Natal-RN”.

**RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup> Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo

**PESQUISADORA:** Enfa. Sanitarista Vera Lúcia Siqueira

**Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:**

\_\_\_\_\_ Autorizamos a coleta de dados na instituição.

\_\_\_\_\_ Não autorizamos a coleta dados na instituição.

**Quanto à divulgação:**

\_\_\_\_\_ Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

\_\_\_\_\_ Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

**Quanto ao relatório técnico-científico:**

\_\_\_\_\_ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

\_\_\_\_\_ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

**Comentário:**

\_\_\_\_\_

Natal, RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE – C**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.  
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Natal /RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Prezado (a) Sr. (a),

Solicito sua colaboração no sentido de participar do estudo “A ORAÇÃO COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR NA PROMOÇÃO À SAÚDE: um estudo de caso Nova Cidade Natal-RN”, tem como objetivos: Analisar e descrever a percepção dos usuários participantes, do grupo Paz e Equilíbrio acerca da relação entre a vivência da oração e seu estado de saúde; identificar a percepção dos usuários quanto à relação entre a vivência do grupo Paz e Equilíbrio com e seu estado de saúde, como também identificar as mudanças percebidas pelo usuário a partir de sua participação no grupo Paz e equilíbrio.

Assim sendo, gostaria de lhe prestar os seguintes esclarecimentos:

Será solicitada a sua permissão para participar de entrevista realizada em grupo, que será gravada em fitas cassete, em local tranquilo e privado. Para assegurar o anonimato do entrevistado será utilizado pseudônimo.

O senhor (a), não será obrigado (a) a participar do estudo, sua decisão é voluntária dando-lhe liberdade de retirar-se do mesmo no momento que julgar oportuno.

Não há previsão de gasto financeiro e ou ressarcimento de despesas para os participantes da pesquisa. O pesquisador se responsabilizará pelo ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação no estudo, caso ocorra.

Todas as informações obtidas são confidenciais e serão apenas usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante.

**APÊNDICE – C****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e/ou ouvido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa realizada pela enfermeira sanitária Vera Lúcia Siqueira, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.

Autorizo o uso dos dados obtidos através das observações, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa e que os riscos decorrentes da minha participação são mínimos, cabendo ao pesquisador proceder à devida indenização dos danos caso estes ocorram.

Declaro ter ciência que as entrevistas do grupo focal serão registradas através de gravador em fitas cassete e caderno de campo.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo, estando ciente que minha participação é voluntária e que posso a qualquer momento me desligar da pesquisa sem nenhum constrangimento ou penalização.

Pesquisadora Responsável: Prof<sup>a</sup> Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timóteo

Fone: 32052925 – E-mail: [rpstimoteo@bol.com.br](mailto:rpstimoteo@bol.com.br)

Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail [cepufnr@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufnr@reitoria.ufrn.br), <http://www.etica.ufrn.br>

Natal /RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE – D

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Formulário para caracterização dos entrevistados.

Pesquisa “A oração como prática complementar na promoção á saúde: um estudo de caso Nova Cidade Natal-RN”.

Mestranda: Vera Lúcia Siqueira.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timóteo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- 1- Sexo: ( ) feminino            ( ) masculino
- 2- Idade: \_\_\_\_\_
- 3- Profissão: \_\_\_\_\_
- 4- Estado civil: ( ) casado;        ( ) viúvo;        ( ) solteiro;        ( ) separado;        ( ) outros
- 5- Filhos: sim ( );        não ( );        outros ( ) \_\_\_\_\_ número de filhos:
- 6- Grupo familiar composto de: ( ) pai;        ( ) mãe;        ( )filhos;        ( ) nora;        ( )  
genro;        ( ) netos;        ( )outros \_\_\_\_\_
- 7- Relacionamento familiar: Bom ( B )        Regular ( R )        Difícil ( D )  
( ) entre pai e mãe;        ( ) entre pai e filho;        ( ) entre irmãos;        ( ) entre outros  
membros.
- 8- Renda familiar: \_\_\_\_\_ Quantos trabalham: \_\_\_\_\_
- 9- Pratica alguma religião? ( ) sim;        ( ) não        Qual? \_\_\_\_\_
- 10- Fuma? ( ) sim;        ( ) não.
- 11- Bebe? ( ) sim;        ( ) não.
- 12- Faz alguma atividade de lazer? ( ) sim;        ( ) não.        Qual? \_\_\_\_\_
- 13- Escolaridade: ( ) não alfabetizado;        ( ) alfabetizado. Grau \_\_\_\_\_
- 14- Habitação: ( ) própria;        ( ) cedida;        ( ) alugada;        ( ) financiada;
- 15- Quanto tempo reside no bairro? \_\_\_\_\_
- 16- Quanto tem alguém doente, procura: ( ) o curandeiro;        ( ) rezadeira;        ( ) farmácia;        ( )  
) a unidade de saúde;        ( ) o pronto socorro/hospital;        ( ) não procura ninguém;        ( ) se  
trata em casa;        ( ) outros \_\_\_\_\_
- 17- De que você mais adoecer? \_\_\_\_\_
- 18- Quanto tempo faz que participa do grupo Paz e Equilíbrio? \_\_\_\_\_

-----  
Assinatura do participante

## APÊNDICE - E

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE  
ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa “A oração como prática complementar na promoção á saúde: um estudo de caso Nova Cidade Natal-RN”.

Mestranda: Vera Lúcia Siqueira.

Orientadora: Profi. Dra Rosalba Pessoa de Souza Timoteo.

#### Questões norteadoras

Qual o motivo do (a) senhor (a) participar semanalmente do grupo Paz e Equilíbrio?

Qual a sua percepção acerca da vivência semanal do grupo Paz e Equilíbrio?

O (a) senhor (a) percebe alguma relação entre a vivência no grupo Paz e Equilíbrio e seu estado de saúde?

O (a) senhor (a) percebe alguma mudança na sua vida depois que passou a freqüentar o grupo Paz e Equilíbrio?

## ANEXO-A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Parecer Consubstanciado  
(Final)

Protocolo nO	189/06 - CEP-UFRN
CAAE	0171.0.051.000-06
Projeto de Pesquisa	A religiosidade como prática complementar na promoção à saúde
Área de Conhecimento Pesquisador	Ciências da Saúde - Enfermagem - Grupo III
Responsável Instituição Onde Será	Rosalba Pessoa de Souza Timóteo
Realizado Finalidade	UFRN - Departamento de Enfermagem
Revisão Ética em	Pós-Graduação 12 de janeiro de 2007

Relato

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 - CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 - entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 - CNS - item IV.2d);
- 2 - desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 - CNS - item 111.3z);
- 3 - apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 p.41 );
- 4 - apresentar ao CEPIUFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.65);

O formulário para relatório final encontra-se na página do CEP. ([www.ética.ufrn.br](http://www.ética.ufrn.br))

Natal 18 de janeiro de 2007

*Liliane Almeida*

Vice-Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)