

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Gina Corsi

MEDICINA E RELIGIÃO

A presença da religiosidade/espiritualidade na prática clínica

São Paulo

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Gina Corsi

MEDICINA E RELIGIÃO:

A presença da religiosidade/espiritualidade na prática clínica

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Ciência da Religião e área de concentração Estudos Empíricos da Religião, sob a orientação da Profa. Dra. Maria José Fontelas Rosado-Nunes.

São Paulo

2021

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos científicos, a reprodução total ou parcial dessa Tese de Doutorado foi processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura _____

Data _____

Email _____

Corsi, Gina.

Medicina e Religião: a Presença da religiosidade/espiritualidade na prática clínica. Gina Corsi. – São Paulo: [s.n.] 30/04/2021

Paginação. : il. (se houver); Dimensão.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Fontelas Rosado-Nunes.

Tese (Doutorado em Ciência da Religião) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião, 30 de abril de 2021

Estudos Empíricos da Religião

1. Religião. Medicina. Prática de fé. I. Rosado-Nunes, Maria José Fontelas. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião. III. Medicina e Religião: Religiosidade de médicos (as) atuantes na prática clínica.

CDD

Nome e nº do CRB do bibliotecário responsável

Gina Corsi

MEDICINA E RELIGIÃO:

A presença da religiosidade/espiritualidade na prática clínica

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Ciência da Religião e área de concentração Estudos Empíricos da Religião, sob a orientação da Profa. Dra. Maria José Fontelas Rosado-Nunes.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria José Fontelas Rosado-Nunes (Presidente da Banca)

Dra Ana Maria Costa

Dr. Marcelo Saad-

Dra Denise Gimenez Ramos

Dr. Everton Maraldi –

A presente pesquisa contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Processo NºPROSUC
88887.473496/2020-00

AGRADECIMENTOS

Essa tese poderia ser um grande agradecimento. Eu agradeço com todo o meu coração :

À minha orientadora, Profa. Zeca, que me fez acreditar que eu era capaz de realizar esta tese e me deu a honra de me orientar, assim como fez no mestrado.

Aos membros da banca examinadora da qualificação, Prof. Dr. Everton Maraldi e Prof. Dr. Marcelo Saad, pela paciência e carinho que me atenderam e me orientaram. Ao professor Everton a gratidão especial pelas análises estatísticas e ao Dr Marcelo por todo apoio e ensinamentos.

Aos membros da banca de defesa, Prof. Dr. Everton Maraldi, Prof. Dr. Marcelo Saad professora Denise Ramos, por aceitarem participar de minha banca de defesa e contribuírem para o desenvolvimento e fechamento da pesquisa.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa NEO um especial agradecimento ao professor Silas Guerriero pela parceria e aprendizado coletivo sobre pesquisas na área das Novas Religiões na área da Saúde.

Aos docentes e aos meus colegas do Programa de Pós-Graduados em Ciência da Religião, que possibilitaram e contribuíram, cada um à sua maneira para a realização de minha tese. Um especial agradecimento a Andreia Bisuli de Souza por toda a paciência e ajuda em vários momentos.

Aos meus amigos e amigas médicas em especial Dr Fabrizio Ricci Romano, Dr Luiz Fernando Teochi, Dr Rodrigo Vitale, Dr Marcelo Saad, Dra Patricia Tome Hernandes Vitale, Dra Adriana Cassaro. Dra Vanessa Franco (que é também terapeuta ocupacional) . Aos meus tios queridos, médicos, Dr Paulo Roberto Corsi e Dra Rosangeli Corsi e a todos os respondentes que colaboraram e confiaram no meu trabalho compartilhando o questionário e/ou respondendo-o. A minha amiga e mestre Carmem Silva Figliolia, que também compartilhou o questionário com amigos médicos. Sem a confiança e a contribuição de vocês nada disso seria possível.

Ao apoio de toda a minha família, em especial aos meus irmãos Giulio e Giuseppe que me ajudaram muito com toda a tese, desde o início até o final com análise dos dados .

Aos meus filhos, Roberta, Marco e Helena que me deram coragem, amor e ânimo necessário para continuar todos os dias e chegar até o fim.

Ao meu pai, Romeu José Corsi, por não me abandonar em um momento tão especial da minha vida e por sempre acreditar em mim.

**Dedico este estudo a todos os médicos e
médicas com minha eterna e imensa admiração
por sua nobre profissão.**

“ Eu cuidei dele, Deus o curou”

Ambroise Paré 1510-1590 cirurgião

RESUMO

A pesquisa parte da hipótese que a religiosidade/espiritualidade do(a) médico(a) está presente na atuação clínica e pode ser um recurso importante para enfrentar desafios profissionais. Assim, o objetivo geral consiste em investigar como a religiosidade/espiritualidade se relaciona com a prática da clínica entre os médicos(as) brasileiros(as). Para atingir esse objetivo, o estudo foi orientado pelas seguintes questões investigativas: (a) A religiosidade do(a) médico(a) influencia na sua maneira de tratar seu paciente? (b) Pode o(a) médico(a) através do exercício da medicina vivenciar a sua religiosidade? (c) Os médicos acreditam que disciplinas com o tema relacionado à religião deveria fazer parte do currículo médico. ? Trata-se de um estudo transversal descritivo quali-quantitativo. O recrutamento ocorreu no formato online (google forms), tipo bola de neve, autogeradas por conveniência. A amostra contou 471 médicos(as) brasileiros(as); 304 mulheres e 164 homens, respondentes a um questionário que utilizou como base o Questionário SBAME (Spirituality and Brazilian Medical Education) criado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Os dados levantados foram cruzados e analisados estatisticamente e apresentados em forma de gráficos, tabelas e depoimentos. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas. Para se testar a homogeneidade entre as proporções foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste exato de Fischer. O software utilizado para os cálculos foi o SPSS 17.0 for windows . O estudo conclui que a religiosidade do médico presente na prática clínica e é utilizada como força auxiliadora para tomadas de decisões, quanto para vencer dificuldades encontradas na prática médica. Muitos se interessam pela religiosidade do(a) paciente, mas não abordam este tema por questões éticas. Se a educação médica incluísse temas relacionados a religião e a saúde na graduação poderia colaborar para que este assunto deixasse de ser tabu entre os estudantes e os profissionais de medicina trazendo ganhos humanitários à profissão.

ABSTRACT

The research starts from the hypothesis that the doctor's religiosity is present in clinical practice and it can be an important resource to face professional challenges. Thus, the general objective of the research is to investigate how religiosity is related to clinical practice among Brazilian doctors. To achieve this goal, the study was guided by the following investigative questions: (a) Does the doctor's religiosity influence the way he or she treats his patient? (b) Can the doctor, through the practice of medicine, experience his or her religiosity? (c) Do doctors believe that subjects related to religion should be part of the medical curriculum? This is a qualitative and quantitative descriptive cross-sectional study. Recruitment took place in the online format (google forms), like snowball, self-generated for convenience. The sample included 471 Brazilian doctors; 304 women and 164 men, responding to the SBAME Questionnaire (Spirituality and Brazilian Medical Education) created by the Federal University of São Paulo (Unifesp). The treatment ensued with the crossing of the data with statistical analysis. For qualitative variables, absolute and relative frequencies were calculated. To test the homogeneity between the proportions, the chi-square test and the Fisher's exact test were used. The software used for the calculations was SPSS 17.0 for Windows. All variables were analyzed descriptively with an exploratory character. The study concludes that doctor's religiosity is alive and present in clinical practice, used as an auxiliary force for decision making and to face difficulties found in medical practice. Many are interested in the religiosity of the patient but do not approach this subject for ethical issues. If medical education includes topics related to health and spirituality in the undergraduate courses, it will ensure that this issue is no longer taboo between students and medical professionals, bringing humanitarian benefits to the profession.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição de médicos especialistas, generalistas segundo sexo. .	59
Tabela 2 - Tabulação cruzada entre frequência de prática e impacto da medicina na espiritualidade.	130
Tabela 3 - Tabulação cruzada entre frequência de visita aos templos e o impacto da medicina na espiritualidade.	131
Tabela 4 - Distribuição em porcentagem dos respondentes sobre a medicina é uma maneira de vivencia a própria religiosidade.	140
Tabela 5 - Média da questão sobre a medicina como vivência de religiosidade segundo os grupos de religião.	141
Tabela 6 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo a especialidade.....	142
Tabela 7 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo “Sente a presença de seres espirituais no trabalho”.	142
Tabela 8 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo “Faz prática religiosa no trabalho/intervenção”.....	143
Tabela 9 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo o tempo de formado.....	143
Tabela 10 - Distribuição em porcentagem dos respondentes sobre como a religião influencia o tratamento.....	143
Tabela 11- Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo a religião.....	145
Tabela 12 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo a religião.....	146
Tabela 1- Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo a especialidade.	
Tabela 14 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo “Sente a presença de seres espirituais no trabalho”.	146
Tabela 15 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo “Faz prática religiosa no trabalho/intervenção”.....	147

Tabela 16 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo o tempo de formado.	147
Tabela 17 - Frequências absolutas e relativas dos motivos de não conversar sobre religião com o paciente sobre religião, segundo o tempo de formado.	149
Tabela 18 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo os motivos de desencorajamento.	150
Tabela 19 -Valores descritivos do escore para a questão “O quanto sua religiosidade influencia o tratamento do seu paciente, segundo os motivos de desencorajamento para falar sobre religião.....	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição de médicos especialistas, generalistas segundo sexo. ..	60
Figura 2 Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo o estado civil.	106
Figura 3- Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a presença de filhos.	106
Figura 4 - Distribuição de frequências respondentes segundo ter filhos e por sexo.	107
Figura 5 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a faixa etária.	107
Figura 6 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a especialidade.	108
Figura 7 - Total de respondentes segundo a especialidade.	109
Figura 8 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a especialidade.	109
Figura 9 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo tempo de formatura.	110
Figura 10 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo os(as) médicos(as) que lecionam.	111
Figura 11 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo os(as) médicos(as) que lecionam segundo o sexo.	111
Figura 12 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo local de trabalho.	112
Figura 13- Distribuição de frequências dos respondentes segundo a renda..	112
Figura 14 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a renda segundo o sexo.	113
Figura 15 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo horas trabalhadas por semana.	113
Figura 16 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo horas trabalhadas por semana segundo o sexo..	114
Figura 17 - Porcentagens da renda do entrevistado segundo o tempo de formado.	114
Figura 18 - Porcentagens da renda do entrevistado segundo o tempo de formado por horas trabalhadas por semana.	115
Figura 19 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo afiliação religiosa.	116
Figura 20 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo com que frequência visitas aos templos religiosos.	117
Figura 21 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo prática orações ou meditações individuais.	117

Figura 22- Distribuição de frequências dos respondentes segundo afiliação religiosa e sexo.	118
Figura 23 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo afiliação religiosa e sexo.	118
Figura 24 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma após a morte.....	119
Figura 25 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma após a morte segundo sexo.	119
Figura 26 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma segundo as especialidades.	120
Figura 27 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma segundo frequência de visitas.	120
Figura 30 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma segundo prática individual de oração ou meditação.....	120
Figura 31 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a crença na existência de doenças espirituais.....	121
Figura 32 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre a crença em doença espiritual segundo as especialidades.	122
Figura 33 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre a crença em doença espiritual segundo a prática individual de oração e meditação.....	122
Figura 34 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre a crença em doença espiritual segundo a frequência de visita.....	123
Figura 35 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo sentir a presença de seres espirituais no trabalho.	123
Figura 36 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres espirituais no trabalho segundo sexo.	124
Figura 37 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres espirituais no trabalho segundo especialidades.	124
Figura 38 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres espirituais no trabalho segundo participa de celebrações.	125
Figura 39 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres no trabalho segundo prática individual de oração ou meditação.	125
Figura 40 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho.	126
Figura 41 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho segundo especialidades.	126
Figura 42 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho segundo prática individual.	127
Figura 43 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho segundo frequência de visita.....	127

Figura 44 - - Distribuição de frequências dos respondentes segundo local de atendimento e prática individual de oração ou meditação.**Error! Bookmark not defined.**

Figura 45 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo carga horária e prática individual de oração ou meditação.**Error! Bookmark not defined.**

Figura 46 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo horas semanais de trabalho por frequência em celebrações no local de trabalho.....

Figura 47 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o impacto da medicina sobre a espiritualidade 129

Figura 48 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o impacto da medicina segundo a prática individual de religiosidade..... 130

Figura 49 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o impacto da medicina segundo a frequência de participação em celebrações religiosas. . 131

Figura 50 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo o interesse pela espiritualidade do paciente. 132

Figura 51 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo o sexo..... 132

Figura 52 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo ter ou não filhos..... 133

Figura 53 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo estado civil. 133

Figura 54 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a participação em celebrações no local de trabalho. 134

Figura 55 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a prática individual de oração ou meditação. 134

Figura 56 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a crença na existência da alma..... 135

Figura 57 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a existência de doença espiritual. 135

Figura 58 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a crença na presença de seres espirituais no local de trabalho. 136

Figura 59 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a prática no trabalho. 136

Figura 60- Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo o impacto da medicina na sua espiritualidade. 137

Figura 61 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo as horas semanais de trabalho. 137

Figura 62 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo local de atendimento.	138
Figura 63- Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo se leciona ou não.	138
Figura 64 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a faxia de renda.	138
Figura 65 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a especialidade.	139
Figura 66 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a medicina é uma maneira de vivencia a própria religiosidade.	139
Figura 67 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a medicina é uma maneira de vivenciar a própria religiosidade segundo o sexo	140
Figura 68 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a religiosidade influencia no tratamento do paciente	144
Figura 69 – Histograma da influência da R/E no trato do paciente	144
Figura 70 - Distribuição dos respondentes segundo a questão sobre o que desencoraja a conversa sobre religião com seu paciente.	147
Figura 71 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto ao motivo que desencoraja a conversa sobre com paciente segundo o sexo.	149
Figura 72 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto tiveram religião em sua grade curricular.	152
Figura 73 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a religiosidade deveria fazer parte do currículo médico segundo o sexo.	153

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Motivação.....	17
Justificativa do estudo	18
Quadro teórico	23
Estrutura geral da tese	24
Contextualização do objeto de estudo	24
Objetivos	24
Método	24
Garantias éticas	29
1. MEDICINA	31
1.1 O saber médico ao longo da história.....	31
1.2 O ser médico(a)	35
1.2.1 Desafios da profissão.....	39
1.2.2 A exploração do trabalho médico	43
1.3 Relação médico x paciente	45
1.4 Enfrentando a morte.....	50
1.5 Ética médica/ bioética	54
1.6. Mulheres na medicina.....	
2 RELIGIÃO E MEDICINA.....	66
2.1 Religião e medicina na história	66
2.2 O retorno da religião na graduação da medicina	71
2.3 Religião/Religiosidade/Espiritualidade e a relação com a saúde	76
2.4 A religião na modernidade	81
2.5 Religiões e visões do corpo humano.....	85
2.6 Visões religiosas sobre doença.....	92
2.7 A bíblia e doença	96

2.8	Médicos e aspectos religiosos	98
3.	PESQUISA DE CAMPO.....	105
3.1	Perfil Sociodemográfico	105
3.2	Afiliação Religiosa.....	115
3.3	Prática Clínica e Religiosidade/ espiritualidade.....	105
3.4	Paciente e Religiosidade/ espiritualidade.....	131
3.5	Formação Acadêmica e Religiosidade/ espiritualidade	151
3.6	Depoimentos	154
3.6.1	Relatos de cura	159
3.6.2	Ajudas espirituais na profissão.....	161
3.6.3	Ajuda na saúde do(a) médico(a)	163
3.6.4	Situações vivenciadas inexplicáveis	163
3.6.5	Sentimento de ser usado(a) por Deus	166
3.6.6	Incômodo com o tema.....	166
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO	169
4.1	Crença religiosa na prática clínica	169
4.2	Crença e prática clínica segundo sexo.....	170
4.3	Medicina como sacerdócio.....	172
4.4	Relação médico(a) e paciente.....	173
4.5	Educação médica.....	178
5	CONCLUSÃO	181
	REFERÊNCIAS.....	184
	ANEXOS	196

INTRODUÇÃO

Motivação

Quando eu entrei na faculdade de terapia ocupacional da USP São Paulo, em 1992, minha aula inaugural foi no auditório da Faculdade de Medicina, afinal meu curso fazia parte da Medicina, porém como graduação independente. Tive aulas na Faculdade de Medicina, frequentei o mesmo centro acadêmico, a Atletica, fui nas mesmas festas e assim fiz amizades. O engraçado era meu sentimento de pertença e não pertença, naquela faculdade pois eu não era aluna da medicina e sim da terapia ocupacional.

Tudo começou no trote. Os calouros de fono,fisio e T.O já tinham sido levados do auditorio mas eu e uma colega passamos despercebidas e fomos pegadas pelos veteranos de medicina

. Lembro bem quando foram escrever MED na minha testa eu falei.

-Nao! MED não! Escreve TO (terapia ocupacional)!

Ninguém acreditou no que ouviu! Descobriram que eu estava ali por engano, mas era tarde demais, havia passado a manhã inteira com eles. Durante o trote fiquei impressionada com os gritos de guerra e a dominação que veteranos impunham aos calouros, provocando medo e humilhação.

Depois que me formei trabalhei em um centro de reabilitação da mesma Faculdade de Medicina e lá conviviam com vários médicos(as). Eram sempre os(as) chefes da equipe, decidiam mais do que qualquer outro profissional em relação a conduta final, dar alta ou deixar o/a paciente permanecer mais um pouco no serviço. Entre eles haviam os que se relacionavam de uma maneira mais humana com a equipe e com os pacientes e aqueles que tinham uma certa dificuldade em enxergar o ser humano por detras da patologia.

Em 2007 participei do I Simpósio de Saúde e espiritualidade promovido por médicos da Unifesp e vi com alegria que este assunto estava começando a ter espaço pois questões religiosas, espirituais poderiam interferir no tratamento clinico em geral e nas respostas de pacientes a tratamentos diversos.

Em 2016 convidei duas colegas terapeutas ocupacional para elaborarmos um workshop com o título: *O Terapeuta diante da Espiritualidade*, o público alvo foi profissionais da área de saúde em geral. Para minha surpresa dois fatos relevantes ocorreram que serviram para refletir que este tema era um desafio. Uma colega desistiu de participar do workshop na última hora e apenas uma pessoa apareceu para o evento, mesmo tendo sido entregue muitos convites.

Para este workshop estudei histórias de vida de 3 médicos: Giuseppe Moscatti, Hunter Doherty (“Pacht” Adams) e Nise da Silveira. Todos movidos por compaixão aos seus pacientes. Por terem este dom tiveram que lutar contra um sistema de regras enraizadas, sendo muitas vezes perseguidos pelos colegas porque incomodavam a maioria por serem especiais.

Atualmente sinto e observo tanto na minha profissão quanto na minha vida pessoal que existem diferenças na maneira de “ser” médico/a, principalmente na relação médico-paciente e na escolha pelo tipo de tratamento, isto me motivou a desenvolver esta tese.

Justificativa do estudo

O aprofundamento da relação entre saúde e religião é de suma importância. A medicina está cada vez mais fragmentada devido aos avanços tecnológicos e ao excesso de especificação das especialidades que obriga o(a) médico(a) a tratar apenas uma parte do corpo. As especializações permitem que se saiba mais de uma determinada parte, gerando segurança do(a) profissional; contudo, afastando-o(a) do todo. Apesar do distanciamento entre ciência e religião, existe uma minoria que ainda busca a aliança entre a fé e razão. (KOENING, 2012)

A justificativa para realizar uma investigação sobre religiosidade/ espiritualidade de médicos(as) na prática clínica consiste na oportunidade de compreender a complexidade dessa relação que, por vezes, até poderia evitar erros de diagnóstico e terapêutica, ainda muito comuns na clínica psiquiátrica. Isso porque até recentemente a vivência de “experiências anômalas”, como, por exemplo, ouvir vozes era tido como necessariamente sinal de transtornos mentais como esquizofrenia ou outras psicoses. “Atualmente se sabe que

experiências similares podem ter etiologias diversas, e o fato de ouvir vozes, por exemplo, não é suficiente para o diagnóstico de uma psicose.” (NETTO; ALMEIDA, 2010, p.2).

Além do que quase não há estudos no Brasil sobre este tema sendo visto como tabu e tratado com preconceitos negativos por muitos da área da saúde principalmente médicos. A ampliação do debate sobre a influência da religião e espiritualidade no contexto da saúde e da prática clínica é importante, uma vez que não restam mais dúvidas sobre a associação entre esses elementos. “Embora o debate seja antigo, as perspectivas são novas e promissoras”. (TAVARES, 2016).

Quadro teórico

As disciplinas escolhidas como lente são a medicina, ciência da religião, antropologia médica e a bioética.

A religião é considerada através da religiosidade e tem seu ponto de encontro com a medicina ao enfrentar as doença e buscar a cura. A pesquisa adota a o conceito de Koenig (2001, 2012a, 2012b) que define a religião como um sistema organizado de mitos, ritos, crenças e símbolos que trazem um modelo de relação do ser humano com o transcendente. A religiosidade faz parte do sistema religioso como maneira de colocar em prática crenças religiosas (KOENING, 2001). A espiritualidade está ligada ao “Espírito” que na origem de sua expressão em hebraico e grego significa “ar em movimento”, “hálito” ou “vento”. Por isso é sinal ou princípio de vida, é força vital. Pode ser compreendida como a busca de significado e sentido para a vida em dimensões que elevam o coração e o sentir humanos à experiência com algo maior que o seu existencial e que pode ou não estar relacionada a uma prática religiosa formal (TEIXEIRA, 2016)

A religião faz parte do imaginário, é uma realidade construída pelo social, algo que permite construir um sentido a toda existência, formando uma totalidade de um cosmo. (GUERRIERO, 2001). O autor (2001, p. 103 e 111) defende que a “crença é perceber a orientação dos valores que aceitamos. Uma coisa só vale mais do que a outra pois assim estabelecemos e desejamos”, mais adiante, “ao

elaborar seus deuses, o ser humano toma uma realidade específica, transformando-a e recriando-a”.

Antropologia Médica traz a preocupação com o social quando se toma como objeto a medicina, a trajetória da reflexão parte do que é considerado mais espiritual, psicológico ou moral (a loucura, a homossexualidade) para o mais orgânico, físico e material (doenças como AIDS). Esta questiona o saber médico e a eficácia de sua prática, leva em consideração a ciência da medicina e os aspectos sociais envolvidos (CARRARA, 1994). A antropologia possibilita relacionar a saúde com a religião, pois compreende e interpreta o jogo social em que diferentes concepções de corpo, saúde e doença interferem nas relações dos pacientes e dos médicos com as condutas terapêuticas e estuda o imaginário humano e suas representações de mundo.

A cultura ocidental é permeada pela coexistência de quadros diferentes de representações da doença. Ao mesmo tempo que se procura a medicina busca-se nas religiões rituais o conforto. A experiência deixa espaço para um imaginário de crenças que corresponde a uma dimensão do adoecimento, “distinguimos claramente a cura do corpo da cura espiritual, procuramos tratamentos distintos em espaços diferenciados”. (KEMP,2001)

A literatura questiona onde e quando teria surgido a bioética: na França ou na Alemanha. Porém, duas etapas foram importantes o Colóquio de Asilomar, em 1974, e o primeiro congresso do Movimento Internacional da Responsabilidade Científica, em Paris no ano 1976. O primeiro foi suscitado pelos avanços da engenharia genética e a necessidade de ter que lidar com o poder que esta trazia para os cientistas. (BERNARD,1994)

A partir dos anos 60, com o avanço da tecnologia, os médicos começaram a enfrentar muitos conflitos com a ética médica.

A ética médica tradicional começou a ser deixada de lado quando se tinha algo para se decidir que fosse complexo e permanente. Nos anos 70, começou a se desenvolver a teoria de princípios que priorizavam a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça. Esta teoria não era suficiente para responder as questões práticas como, por exemplo, nos casos de aborto, a eutanásia, doações de órgãos. A teoria de princípios precisaria levar em

considerações certas particularidades como, por exemplo, sexo, idade, cultura, história pessoal. Sendo assim, passou-se a pensar na virtude, no cuidado solícito e na casuística. (FRANÇA, 2010, p 75)

A bioética ocupa um espaço importante da reflexão humana. As formas adotadas variam de país para país, comissões, associações, movimentos, congressos, colóquios, “mas a aliança é necessária entre médicos e biólogos, de um lado, os filósofos, teólogos, sociólogos e juristas, de outro; os cidadãos não especializados, mas, todavia, fortemente preocupados.” (BERNARD, 1994, p 23)

As questões bioéticas não devem ignorar a dimensão religiosa. Quando o faz perde de vista o fato de que os substitutos para a linguagem religiosa falham em capturar a importância da contribuição da religião para o discurso bioético. A rejeição da reflexão teológica empobrece a bioética porque as questões centrais da bioética (relacionadas com a morte e o morrer, início de vida, pesquisa com células-tronco embrionárias, abortamento, questões de genética que lidam com a natureza de nós humanos) são essencialmente questões religiosas. As ideias que estão na fundamentação desses tópicos são aquelas pelas quais a religião está fundamentalmente preocupada. Ignorar os milhares de anos desse insight religioso nessas questões seria empobrecer a discussão. (PESSINI; HOSSNE, 2013)

Estrutura geral da tese

A fim de oferecer uma ideia de como o presente trabalho encontra-se estruturado, segue o esquema com os subtítulos de cada capítulo.

Cap 1) Medicina: este capítulo apresenta um breve histórico da medicina, passando para uma reflexão do papel do médico(a) com aspectos positivos e negativos da profissão e finaliza com as mulheres na medicina, com suas lutas contra desigualdades.

Cap 2) Religião e Medicina: evidencia o diálogo entre Religião e Medicina que continua presente em vários setores da sociedade. O capítulo também mostra a importância da universidade oferecer disciplinas específicas

para capacitar os futuros profissionais área médica a lidar com a aspectos religiosos de seus pacientes.

Cap 3) Pesquisa de Campo: o capítulo apresenta o universo analisado composto por 304 médicas e 164 médicos. Os dados coletados são distribuídos em forma de gráficos e tabelas.

Cap 4) Análise e Discussão: este capítulo analisa e discute a partir da literatura levantada os dados coletados a fim de compreender a religiosidade/ espiritualidade e a crença religiosa das médicas e médicos atuantes na prática clínica.

Contextualização do objeto de estudo

A ligação entre religião e ciência suportou impactos e rupturas importantes ao longo da história, sobretudo a partir do final do século XVI, quando as bases religiosas do pensamento europeu iniciaram os questionamentos à luz das grandes navegações e descobertas de Copérnico e Galileu.

No século XIX, novos questionamentos e rupturas surgiram a partir do evolucionismo de Darwin, do inconsciente de Freud, das análises sociais de Weber, Marx e Durkheim. Cada um à sua maneira contribuiu para o distanciamento entre o conhecimento científico e aqueles ligados à religião e às práticas de espiritualidade. (TAVARES et al, 2016, p. 86)

Na primeira metade do século XX, o acelerado desenvolvimento tecnológico somado à valorização dos aspectos científicos criou oposição ao interesse da experiência religiosa e das diferentes vivências diante do sagrado ao longo da formação e prática dos(as) profissionais de saúde.

A conexão entre religião e medicina, enriquecida pelo diálogo inter-religioso, é um tema digno de discussão tanto no espaço acadêmico quanto na sociedade. Por intermédio da religião, os sujeitos criam valores transcendentais, constroem símbolos, doutrinas e tradições que possuem o poder de influenciar as estruturas sociais através de sua organização em vista às transformações e mudanças de conjunturas sociopolíticas. Estes valores dão significado, sentido, conforto, orientação e satisfação emocional diante das grandes dificuldades da vida. (KOENING, 2012)

Presume-se que a desumanização da medicina moderna cause sofrimentos ao(a) médico(a). Ao comparar a prevalência de suicídios entre os(as) médicos(as) e estudante de medicina, percebe-se que o índice entre esta população é superior da geral (SCHERNHAMMER e COLDITZ, 2004). Não se pode garantir as causas, todavia é um dado preocupante. Para Wekstein (1979 apud MELEIRO, 1998) os elevados índices de suicídios estão relacionados com a perda da “onipotência”, “onisciência” e virilidade idealizados por muitos aspirantes a carreira médica e a crescente ansiedade pelo temor em falhar.

Martins (1990) destaca alguns fatores estressantes associados ao exercício profissional: sobrecarga horária, privação do sono, comportamento idealizado, contato intenso e frequente com a dor e o sofrimento, lidar com intimidade corporal e emocional do outro, contato frequente com a morte e o morrer, com pacientes difíceis, incertezas e limitações do conhecimento médico e o medo de errar. Acrescentam-se a estes dados a realidade vivida por aqueles que trabalham na rede pública de saúde onde há falta de recursos, equipamentos, leitos, materiais tornando a prática clínica ainda sofrida.

O estudo de Santa e Cantilino (2016) apresenta uma revisão integrativa de literatura sobre o suicídio em médicos(as) e estudantes de Medicina com base em uma análise de artigos científicos sobre o tema. Os resultados indicaram que as taxas de suicídio nessa população são maiores do que as da população geral e de outros grupos acadêmicos. As principais causas apontadas nos estudos foram maior incidência de transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão, como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações. (SANTA; CANTILINO, 2016)

Hipótese

Esta pesquisa parte da hipótese que a religiosidade do(a) médico(a) está presente na atuação clínica de diversas formas. Pode ser um recurso importante para enfrentar desafios profissionais, como na tomada de decisões, na maneira de cuidar do(a) seu paciente. Além disto o próprio exercício da medicina poderia ser, para alguns, uma forma de se relacionar com o ser superior, principalmente para aqueles que se sentem usado por este.

Neste sentido, a presente pesquisa adota como objeto de estudo a religiosidade/espiritualidade de médicos(as) em sua prática clínica e levanta as seguintes questões investigativas:

- a) Influencia na sua maneira de tratar seu paciente?
- b) Pode o(a) médico(a) através do exercício da medicina vivenciar a sua religiosidade/espiritualidade (R/E)?
- c) Os(as) médicos(as) acreditam que disciplinas com o tema relacionado à religião deveria fazer parte do currículo médico?

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa consiste em investigar como a religiosidade/espiritualidade se relaciona com a prática da clínica entre os médicos(as) brasileiros(as). A fim de atingir o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Investigar se há associação entre a religiosidade/espiritualidade do(a) médico(a) e o número de horas trabalhadas, em sua renda, no público que atende, na especialidade médica e na maneira de atender seu paciente.
- b) Questionar se a medicina pode ser para alguns uma maneira de vivenciar a religiosidade/espiritualidade no ambiente de trabalho.
- c) Descobrir quais barreiras que interferem um(a) médico(a) a não falar sobre religião com o seu paciente.
- d) Verificar se o(a) médico(a) acha válido ter uma disciplina com o tema religião/religiosidade/espiritualidade na graduação

Método

Trata-se de um estudo trasnversal descritivo. Quali-quantitativo. Os dados coletados foram analisados estatisticamente e apresentados em porcentagem através de gráficos e tabelas.

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores

mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e quartis. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas. Para se testar a homogeneidade entre as proporções foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher.

Para a comparação de dois grupos em relação ao escore foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e para três ou mais grupos o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas realizadas pelo teste de Dunn.

O software utilizado para os cálculos foi o SPSS 17.0 for windows.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

O recrutamento ocorreu no formato online (google forms), tipo bola de neve, autogeradas por conveniência, não probabilística intencional a fim de possibilitar a análise exploratória.

Para as análises as diversas especialidades médicas foram agrupadas como clínico, cirurgião, ginecologista obstetra e pediatra. As outras especialidades foram classificadas como diagnósticos e intervenções.

Foram utilizados como critérios de inclusão profissionais da saúde formados em medicina com alguma especialidade.

Foram utilizados como critérios de exclusão: profissionais da saúde que não fossem formados em medicina e aqueles que não atuavam em território brasileiro.

Participaram desta pesquisa médicos(as) de diferentes especialidades. Para as análises estatística as diversas especialidades médicas foram agrupadas em clínico, cirurgião, ginecologista obstetra e pediatra, diagnósticos e intervenções. (JATENE, 2007)

Os questionários foram aplicados no período de 09/08/2019 a 02/05/2020. Mesmo os questionários incompletos foram considerados

Os dados foram obtidos pelo preenchimento do questionário adaptado por 471 (quatrocentos e setenta e um) profissionais formados(as) na área médica em todo o Brasil. Contudo, a concentração ocorreu na região Sudeste, em

especial, no estado de São Paulo. Outros(as) respondentes adicionais foram acrescentados a partir de uma rede de contatos da própria pesquisadora¹.

Para a elaboração do questionário foi utilizado como base o questionário SBrame do estudo Multicêntrico (Spirituality and Brazilian Medical Education), coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Juiz de Fora e pela Associação Médico Espírita do Brasil. (ANEXO A). É composto por dados sociodemográficos (sexo, idade, tempo de serviço, região de atuação, estado civil, atuação na educação, faixa de renda familiar; tempo semanal de prática clínica); afiliação religiosa (frequência de presença em templo e em práticas religiosas, experiências espirituais); paciente e espiritualidade (conhecimentos e opiniões acerca da relação entre espiritualidade e saúde na prática clínica); prática clínica e religiosidade e, por fim formação acadêmica e a espiritualidade (disciplinas relacionadas à saúde e à espiritualidade). Tem o objetivo de avaliar aspectos da espiritualidade do(a) médico(a). Seus itens refletem quanto o(a) profissional considera importante questões sobre sua dimensão espiritual, como (e se) esteve presente em sua formação (graduação), como ela se aplica em sua vida cotidiana, ou seja, na sua prática clínica e se pensa ser importante essa dimensão estar presente na grade curricular enquanto disciplina de graduação.

O SBrame é utilizado em pesquisas relevantes sobre a temática religião/espiritualidade/saúde algumas destas são citadas nesta tese com os seguintes os autores Avila, Lucchetti G, Damiano, Oliveira, Menegatti-Chequini, Biaggi, Conde, Santos, Silva.

Por ser extenso foram retiradas 14 questões, levando em consideração a falta de tempo e a disponibilidade da classe pesquisada, adaptando as 26 mais relevantes . A renda familiar foi substituída por renda individual, foi acrescentado duas questões com possibilidade contar a respeito gerando os depoimentos e uma questões com pontuações de 0 a 5 e de 0 a 10

¹ No projeto inicial o questionário seria entregue em mãos. Senti grande dificuldade para realizar um estudo piloto pois muitos não queriam preenchê-lo. Segui, então, o conselho do marido de uma amiga, ambos médicos, que me sugeriu que passasse o questionário para o Google Forms assim poderia mandar para os meus conhecidos por whatsapp e pedir que os mesmos passassem adiante. Assim eu fiz e para minha surpresa a adesão foi grande.

QUESTIONÁRIO**1-Sexo**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

2-Idade

- ☐ 25 a 30
- ☐ 31 a 35
- ☐ 36 a 45
- ☐ 46 a 55
- ☐ acima de 55

3-Ano de formatura

- ☐ Até 1970
- ☐ de 1971 a 1980
- ☐ de 1981 a 1990
- ☐ de 1990 a 2000
- ☐ de 2000 a 2010
- ☐ após de 2011

Especialidade

Sua resposta

4-Região de Atuação

- ☐ Norte
- ☐ Nordeste
- ☐ Centro-oeste
- ☐ Sudeste
- ☐ Sul

5-Estado Civil

- ☐ Solteira (o)
- ☐ Casada(o)
- ☐ Divorciada(o)
- ☐ Outros
- ☐ Outro:

6-Filhos

- ☐ Sim
- ☐ Não

7-Leciona

- ☐ Sim
- ☐ Não

8-Instituição (local de atendimento)

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Ambos

9-Faixa de renda (R\$)

- ☐ Até 10mil
- ☐ de 10 a 20mil
- ☐ acima de 20mil

10-Horas semanais de trabalho

- ☐ até 20h semanais
- ☐ de 20 a 30h semanais
- ☐ de 30 a 40h semanais
- ☐ 40 a 50h semanais
- ☐ acima de 50h semanais

11-Afiliação religiosa

- ☐ Ateu
- ☐ Nenhuma mas acredita em Deus
- ☐ Evangélico
- ☐ Católico
- ☐ Budista
- ☐ Hindu
- ☐ Mulçumano
- ☐ Judeu
- ☐ Umbandista
- ☐ Espiritualista
- ☐ Espirita

Outra Afiliação religiosa

Sua resposta

12-Frequência de presença em templo, igreja ou outro encontro religioso?

- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Mais de uma vez por semana
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Mais de uma vez por mês
- ☐ Mais ou menos uma vez por ano
- ☐ Não frequenta

13-Com que frequência pratica atividades religiosas/espirituais individuais / (preces, meditações, leitura religiosa, etc)

- ☐ Diariamente
- ☐ Duas ou mais vezes por semana
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Poucas vezes ao mês
- ☐ Raramente ou nunca

14-Você sente a presença de seres espirituais no trabalho ? (anjos, santos, espíritos, Deus, entidades, outros)

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

15-Já vivenciou essa presença ? Conte-nos

Sua resposta

16-Faz pratica religiosa ou ritual no trabalho, ou antes de alguma intervenção ?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Somente em casos graves

17-Já vivenciou alguma situação inexplicável no trabalho ? Pode nos contar ?

Sua resposta

18. Você acredita que apesar da morte do corpo a alma/espírito preserva-se viva?

Sim

Não

Sem opinião formada

19- De 0 a 10 quanto a sua religiosidade/espiritualidade influencia em seu tratamento com o paciente. Onde zero significa “ não influencia” e 10 “ totalmente influenciado”

20- Acredita que a medicina é uma forma de praticar sua religiosidade/espiritualidade? Sendo 0 nada e 5 totalmente.

21- Você acredita que existam doenças causadas por fatores espirituais ?

Sim

Não

Sem opinião formada

22- Você se interessa sobre a religião/espiritualidade dos seus pacientes?

Sim

Não

23-Alguma das afirmações seguintes desencoraja você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes? (Marque todas que couberem)

1. Falta de conhecimento
2. Falta de treinamento
3. Falta de tempo
4. Desconforto com o tema
5. Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes
6. Conhecimento sobre religião não é relevante no tratamento médico
7. Não faz parte do meu trabalho
8. Medo de ofender os pacientes
9. Medo de que meus colegas não aprovem
10. Outros _____

24- Os docentes da sua faculdade já abordaram temas sobre crenças religiosas e espiritualidades nas atividades escolares?

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Comumente

Frequentemente

25. Você acredita que temas relacionados à religiosidade e medicina deveriam fazer parte dos currículos do currículo médico?

1. Sim

2. Não

26- Após sua entrada na carreira médica suas crenças ou condutas em relação a religiosidade/espiritualidade se modificaram ?

Aumentaram

Diminuíram

Não alterou

Garantias éticas

O objetivo desta pesquisa consiste em investigar a relação medicina e religião na concepção de médicos(as) brasileiros(as). Muitos se predispuseram

responder ao questionário, ou seja, colaborar com a presente pesquisa relacionada à presença da crença religiosa na atuação clínica e a importância de validar no currículo de medicina uma disciplina de religião.

A pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, pautada nos princípios básicos da bioética.

Após aprovação do Comitê de Ética e recebimento do Parecer de Aprovação (n. 4.455.093), deu-se início à coleta de dados por meio do questionário especializado. (ANEXO B)

Aqueles que aceitaram participar, deram sua permissão através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (ANEXO C)

MEDICINA

Neste capítulo são apresentando os elementos históricos da medicina, relacionados ao tema deste trabalho. Para isto dois autores principais foram utilizados Dra Rosele Maria Branco e Dr Adib Jatene. Logo após aflora uma reflexão do papel social do médico(a), a relação com seu paciente, com sentimentos que a morte desperta e outros aspectos positivos e negativos da profissão. Em sequência são apresentadas questões sobre ética médica e bioética. Como nesta pesquisa de campo o número de mulheres participantes foi maior do que dos homens este capítulo finaliza trazendo dados e considerações relevantes sobre elas na medicina e suas lutas contra desigualdades.

1.1 O saber médico ao longo da história

Entre os séculos XVIII e XIX ocorrem transformações no saber médico principalmente na forma de compreender doenças. (JATENE, 2007)

A pesquisadora, Rosele Maria Branco (2018) descreve que, até o século XIX, o aluno aprendia acompanhando um médico(a) mais experiente durante 2 ou 3 anos e se tornava médico que o raciocínio médico não se desenvolvia no corpo do(a) paciente, mas em um espaço ideal em que estavam representadas as afecções. Havia uma dissociação entre doença e doente; em outras palavras, o corpo era espaço secundário onde a doença se personalizava. Elas eram compreendidas com suas características naturais próprias e classificadas pelo(a) médico(a) que chegava a um diagnóstico através de um quadro de suas espécies. Dirigia sua atenção “a uma rede de combinações que ficava diante dele e ao seu histórico para reconhecer a configuração essencial da doença e saber a hora certa de agir” (BRANCO, 2018, p. 46).

O nascimento da medicina clínica esteve associado ao pensamento iluminista do fim do século XVIII. Laplace trouxe, com raciocínio matemático, um saber probabilístico com investigações baseadas em comparação de fatos isolados e estudos de convergências e divergências. Este conhecimento matemático trouxe segurança para definir um diagnóstico, seu tratamento e

serviu para formalizar a aplicação da lógica com uma linguagem descritiva, fiel, firme e rigorosa; pois até aquele momento a medicina era considerada um conhecimento incerto. (BRANCO, 2018)

Uma nova técnica foi sendo constituída para trazer ciência e refinar a percepção dos casos e consolidar o discurso médico. Portanto, era importante levar em conta “a complexidade de combinação, princípio da analogia, percepção das frequências e cálculo dos graus da certeza.” (BRANCO, 2018, p 61.)

Surge um olhar diferente, uma nova percepção médica. Um olhar que pretendia perceber no corpo os sinais da doença de forma clara, visível e fiel. Esse olhar intervencionista, minucioso e calculador trouxe uma nova forma de atuação para a medicina e a linguagem descritiva e formal organizaria o pensamento científico através da percepção dos sintomas. O silêncio também era outra característica importante da medicina objetiva. O(a) médico(a) observava seu paciente em silêncio e exercitava a observação. (BRANCO, 2018, p 61-62)

No século XIX a medicina passa a reconhecer a doença no corpo com auxílio das novas técnicas de exame físico e com o apoio da clínica hospitalar que lhe deu poder de decisão e intervenção. O hospital se torna um local homogêneo apropriado que possibilita ao médico exercer uma observação constante dos fenômenos patológicos. A “experiência médica vai se constituindo a partir de um grupo de pacientes e de um número alto de repetições, bem como, da ação coletiva do olhar médico.” (BRANCO, 2018, p. 63).

Os poderes do olhar clínico fundiram signos com sintomas a fim de tratar a doença que se tornou uma “coleção de sintomas” que compõe o corpo do(a) doente. O diagnóstico era dado após ordenação lógica de dados obtidos das observações e dos experimentos possibilitando o possível prognóstico e a escolha do tratamento.

Nas palavras de Roselene Maria Branco, o “clínico deveria observar, descrever, colecionar, decompor, recompor e comparar as impressões obtidas ao examinar os doentes”. (2018, p. 50)

Por sua vez, Branco utiliza Foucault que suscita duas críticas à medicina clássica: reducionismo da visibilidade e a ausência de linguagem do(a) doente o que causava uma compreensão unilateral. Assim sendo, a medicina clássica desconsiderou outros tipos de experiências que não seriam visíveis e nem ditas. Portanto, a relação entre médico(a) e paciente passa a ser não recíproca e desequilibrada. (BRANCO, 2018, p. 71)

Após alguns anos, o olhar do(a) médico(a) passa a se aprofundar no volume interno do corpo. Assim nasce a medicina moderna, denominada como anatomoclínica, ao estudar nos cadáveres as lesões teciduais que justificavam os sintomas das doenças. Este estudo passou a ser realizado como um princípio de descobrimento do espaço corporal em que a observação da superfície dos tecidos que se destacava nos órgãos doentes evidenciava que cada camada de tecido revelava uma forma distinta de adoecer. (BRANCO, 2018, p. 76). A doença não seria mais seus sintomas, nem a reunião de probabilidades, o fato patológico teria localização espacial no corpo, uma lesão tecidual a qual poderia se ramificar e se intensificar.

Com o avanço da tecnologia, a medicina oficial se fortalece e começa a se impor. À título de exemplo, houve a descoberta do Raio X, o desenvolvimento das vacinas, aperfeiçoamento de técnicas de controle sanitário e aumento significativos de medicamentos para o combate de doenças contagiosas.

Na segunda metade do século XX surgiram os equipamentos modernos que possibilitaram exames mais minuciosos do(a) paciente, tendo como exemplo, o ultrassom²; a tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, enfim uma série de aparelhos de imagens que facilitaram muito os diagnósticos e tratamentos. Esta tecnologia modificou a profissão médica à medida que permitiu a criação de várias especialidades (JATENE, 2007)

As especialidades e subespecialidades se multiplicaram com formação de especialistas voltados especificamente para diagnóstico e tratamento de partes do corpo humano acometidas por doenças. Nos cuidados médicos modernos, a tecnologia passou a ocupar lugar central promovendo, cada vez mais, a especialização; por conseguinte, enfraqueceu o olhar do(a) médico(a) para o(a)

² Decorreu de uma adaptação do sonar desenvolvido na segunda guerra. (JATENE, 2007)

paciente como um todo; ou seja, como integração entre corpo, espírito e mente em seu ambiente social e natural. Assim, causou-se a degradação da relação médico-paciente dificultando cada vez mais o diálogo entre ambos.

O(a) médico(a) passa a ser visto como um técnico cuja relação com o(a) paciente é contratual, regida por limites éticos e legais estabelecidos de forma impessoal. (PUCHALSKI; LARSON, 1998)

Este modelo histórico de formação médica mecanicista é fragmentado e reducionista,

“Separou o corpo da mente, o sentimento da razão, a ciência da ética, refletindo em uma prática médica com vínculos superficiais, falta de reforços positivos, pressa, ações corporais ofensivas entre colegas, falhas de comunicação e pouca responsabilização na condução das histórias de vida e registro dos pacientes”. (BINZ; MENEZES FILHO; SAUPE, 2010, p. 12)

O modelo pedagógico baseado no racionalismo científico está educando os(as) estudantes de medicina para interpretar a doença como fenômeno estritamente biológico, subestimando os aspectos psicossociais e espirituais dos(as) pacientes. A intensa valorização dos aspectos tecnológicos e científicos acabou por afastar o(a) estudante de medicina da formação ética e humanística. O desafio a ser enfrentado pelas faculdades de medicina consiste em formar um(a) profissional que saiba compreender e integrar todos os determinantes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das doenças (SIQUEIRA; 2007, JATENE; 2007)

Em 1912, o médico psiquiatra suíço, Carl Gustav Jung tentou romper com o cartesianismo e com o mecanicismo atuante de sua época. Ao apresentar um novo conceito de psiquiatria baseado no filósofo William James, o médico rompe com o universalismo categórico de teor reducionista que enquadra o ser humano como uma máquina e apresenta a pessoa que sente e que é regido pelas emoções na busca de sua plenitude. (SILVEIRA, 2000)

Jung foi contra as hiper especialidades e a tendência de compartimentalizar a ciência em partes. Ele também abriu a discussão da transdisciplinaridade buscando, em toda sua obra, a horizontalidade da ciência por meio de diálogos entre áreas distintas do saber. Jung aproximou da psiquiatria diversos conhecimentos oriundos da física, da filosofia, da

matemática, da religião, da história, da literatura, das artes e da educação. Certamente, tal abordagem gerou críticas de outros estudiosos e evidenciou a necessidade de comportar cultura e erudição para entender os desdobramentos teóricos apresentados. Além de estudar os esquemas de cognição e pensamento, o psiquiatra também mergulhou no estudo sobre os aspectos culturais, antropológicos, sociológicos a fim de conhecer a complexidade da existência humana. (SILVEIRA,2000)

Assim, em 1900, a obra de Jung anteciparia a idéia de individualidade, de sujeito, de pessoa chamando atenção para a forma como cada um vivencia os elementos culturais de sua patologia. Jung traz uma ciência capaz de analisar a espiritualidade humana e ao mesmo tempo propõe novas formas de tratamento para o sofrimento humano. (LIMA, 2015)

Por sua maleabilidade, a obra de C. G. Jung foi apropriada por vários teóricos estudiosos e leigos de várias áreas. Para muitos(as) médicos(as), Jung se torna facilmente um herege da ciência. Porém, sua obra ampliou a pesquisa qualitativa nos estudos da área de saúde ao evidenciar a influência da mente sobre o corpo físico ressaltando o teor subjetivo necessário a todas as áreas da saúde, inclusive a medicina. (LIMA, 2015)

1.2 O ser médico(a)

Para o médico a doença é um apelo a ser respondido com curiosidade, com paixão, com raiva, com enfado, com cobiça, não importa, ser médico é ser responsável. Responder a voz do sofrimento é a primeira manifestação da vocação médica “Esta emoção precisa completar-se pelo pensamento e depois pela ação. (SCLIAR,1996, p.12).

A escolha da profissão médica pode vir de estímulos e admiração na família por ter pais ou avós médicos(as); possibilidade de prestígio social; independência financeira, atração pelo desafio de desvendar o mistério de algumas doenças; o desejo de servir ao próximo e ser capaz de aliviar o sofrimento alheio perante a expectativa de curar. Seja qual for a motivação “o jovem que escolhe a carreira médica deve ser um idealista que acalenta a ideia de servir, ser útil ao próximo, ajudar as pessoas que sofrem a se sentir melhor.” Para ser médico, tem que gostar de pessoas, e a compaixão é o principal

referencial do cuidar na relação do(a) médico(a) com o doente (JATENE, 2007, p.7)

No dizer de Bennett e Plum (1996, p. 1-2),

Não há profissionais de meio expediente; tendo atendido ao chamado, fica-se obrigado a vivê-lo ou deixá-lo. É possível que tal 'chamado' venha a ocorrer após a escolha inicial, com o passar do tempo, já no exercício da profissão, no encontro com o sofrimento humano e com a grandeza e o privilégio de acudi-lo. Nos espíritos sensíveis esse 'chamado' ocorrerá inevitavelmente.

Nas situações de sofrimento intenso o(a) médico(a) pode se tornar conhecedor dos pensamentos mais profundos, dos temores e até segredos de pacientes. Assim, exige-se desse profissional atributos humanos, tais como, solidariedade, sensibilidade e compaixão e algumas qualidades morais como a vocação, dignidade, honestidade e coragem, além de um verdadeiro espírito de sacrifício. (REZENDE, 2003)

Estas qualidades não são alcançadas unicamente pelo aprendizado, mas aprimorado por ele. O indivíduo nasce com estas qualidades e a capacidade de sentir compaixão. O caráter do(a) estudante de medicina não vem da educação médica. "Compaixão, entrega, sensibilidade e compromisso não são qualidades eminentemente adquiridas. Podem ser despertados e aprimorados, mas não criados pela cultura." (BARBOSA, 2007)

No Brasil, para ser médico(a) é necessário ter uma capacidade cognitiva excelente, entretanto nenhuma exigência é feita no plano moral. Os concursos vestibulares só exigem memorização e raciocínio. Não existe qualquer garantia de que todos os(as) aprovados(as) sejam susceptíveis à doutrinação moral e ética proporcionada pelo curso de medicina. Os diplomas não demonstram o verdadeiro valor do médico(a). Para alguns autores, seria necessário que atestem não apenas os conhecimentos de ordem intelectual como também os resultados morais e psicológicos". (BARBOSA, 2007)

Alguns estilos de personalidade como perfeccionismo, querer ter o controle de tudo e obsessão estão presentes em alguns(as) estudante de medicina. (KAPLAN; SABOCK, 1999, p. 2)

Talvez o estímulo quase exclusivo à capacidade de recordar, deduzir, imaginar, descobrir, de arquitetar construções lógicas,

tenha ajudado sobremaneira a separar a inteligência do sentimento e a carência de estimulação das atividades não intelectuais do espírito, como a coragem, a audácia, a veracidade, a fidelidade, a abnegação, o heroísmo e o amor. Em tais circunstâncias, as pessoas de boa índole não aprimoram suas potencialidades mais virtuosas, enquanto os psicopatas constantes e circunstanciais encontram terreno propício para o sucesso (MEALEY, 1995, p.102).

A cultura intelectual aumenta o poder que têm as emoções de manifestar-se e de alcançar satisfação. Também a educação, intensificando a força de todas as emoções, ajuda a predominância das piores, e as disciplinas impostas pelos melhores podem ser mais facilmente infringidas. (MEALEY, 1995, p. 103).

Se o equilíbrio não existe os(as) médicos(a) tendem desenvolver falta de compaixão às custas da solidariedade humana, aumentar a disposição para o controle e menor capacidade de tolerar limites para o que podem conquistar realística e honestamente. (KAPLAN; SABOCK, 1999, p. 3)

Pesquisas identificaram uma correlação entre o rigor do treinamento das escolas de medicina com o aumento do cinismo dos médicos e a falta de humanidade (ERON, 1955; CHRISTIE; MERTON, 1958 apud BALBONI, 2015).

O estresse e a fadiga e o esgotamento ocupacional são conhecidos como Síndrome de burnout. O livro organizado por Barbosa et al (2007) para Conselho Federal de Medicina procurou conhecer inicialmente o quanto este desgaste profissional afeta os(as) médicos(as) brasileiros. Vários outros estudos sobre o burnout entre os profissionais da medicina demonstram que essa síndrome está correlacionada com exaustão e despersonalização (GUNDERSEN, 2001; CHOPRA; SOTILE; SOTILE, 2001 apud BALBONI et al, 2015) associado aos pensamentos de abandonar a medicina, diminuição de empatia, depressão e até mesmo ideação suicida. (DYRBYE, THOMAS; POWER, 2010; BELLINI; SHEA, 2005, DYRBYE; THOMAS; HUNTINGTON, 2006 apud BALBONI et al, 2015) Incluindo comportamentos inadequados que levam à desvalorização do paciente, com exercício de relação autoritária (até mesmo com abuso de poder) baseando-se apenas em tecnologia para tratar. (DYRBYE; THOMAS; MASSIE, 2008, TYSEN et al, 2001 apud BALBONI et al, 2015)

Essas observações são fundamentais para que se possam compreender, sem surpreender-se, os desvios comportamentais de alguns médicos(as) e os delitos graves que ocasionalmente cometem.

Foi sobejamente argumentado acerca da impossibilidade de que a educação médica venha a corrigir desvios de caráter. Mesmo que nada fosse dito acerca da moral e da ética médicas, a experiência extraordinariamente rica propiciada pelas relações com os pacientes, desde as suas revelações mais íntimas até os sofrimentos mais aterradores dos quais muitas vezes padecem, faria dobrar os espíritos afetivamente mais inflexíveis, oriundos dos lares mais indiferentes, os desacostumados de afetos, os carentes de educação amorosa, fazendo-os compreender o sentido da solidariedade. Nem mesmo a realidade hostil de um mercado de trabalho que covardemente avilta, provoca, diminui, prevalece sobre a imensa grandeza das profícuas relações com seus pacientes e surge dessa extraordinária experiência o homem sofrido, mas amplo, culto, sensível, fraterno, competente, *querendo amar o mundo inteiro, tentando amar o mundo inteiro*. Mas a educação não pode tudo. (BARBOSA, 2007, p.193)

Os resultados da pesquisa de Balboni et al (2015) apontam que a religião/espiritualidade apresentam desafios e benefícios únicos em alunos de medicina do internato. Os entrevistados que eram mais religiosos relataram ter dificuldades com questões de identidade pessoal e percepção de inadequação do conhecimento médico; entretanto, descreveram vivenciar menos conflitos de relacionamento dentro da equipe médica, mais equilíbrio entre vida profissional e pessoal e menos estresse emocional decorrente do sofrimento do paciente quanto comparados aos menos religiosos. O estudo também revela que a religião pode influenciar as estratégias de enfrentamento durante os encontros com o sofrimento do paciente, pois para alguns internos a prática da oração, a fé e a compaixão auxiliam o enfrentamento de situações difíceis. Enquanto que, os não religiosos utilizam técnicas para repressão emocional para lidar com as mesmas situações.

O(a) médico(a) se compromete a passar toda a vida estudando para acompanhar os avanços da medicina, por isso são treinados como cientistas. O método científico, segundo Popper (1974 apud BARBOSA, 2007, p. 17), é “carrasco e implacável; porém, sistemático, objetivo e pautado em evidências empíricas refutáveis”. A atitude científica exige uma mente ágil. Assim, a cada instante da sua ação, mesmo obedecendo o rigor do método, a mente do

médico(a) defronta-se com a indagação que põe em dúvida sua conduta, sua conclusão; portanto, há uma enorme complexidade envolvida. Além disto, não basta ter todo o conhecimento médico, é preciso saber lidar com o(a) seu(a) paciente. É inegável o fato de que seja imensamente importante o(a) médico(a) demonstrar empatia, compaixão e sensibilidade para tratar de uma pessoa doente. A competência técnica isolada não basta; embora seja parte essencial do processo. (BARBOSA, 2007, p. 17).

Arantes (2019) compara a empatia com a compaixão. Explica que a empatia é a habilidade de se colocar no lugar do outro, um dom valorizado nos profissionais da saúde. Contudo, também pode ser um risco ao se envolver demais com o sofrimento do outro e esquecer de si mesmo. A compaixão permite “compreender o sofrimento do outro sem ser contaminado por ele.” (ARANTES, 2019, p. 54) Assim, pode-se transformar o sofrimento, ao cuidar do outro, em algo que faça sentido.

1.2.1 Desafios da profissão

Ser médico(a) é dignificante e exige sacrifícios. Esses profissionais recebem o reconhecimento da população, bem como a cobrança para nunca errar.

A literatura também mostra que os problemas da saúde dos(as) médicos(as) têm sido discutidos, principalmente, em relação ao abuso de substâncias psicoativas e aos distúrbios psiquiátricos. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, há um paradoxo no contexto médico que expressa, os(as) médicos tem muito conhecimento sobre saúde e cuidados, porém não aplicam em si mesmos. (BARBOSA, 2007). O risco do adoecimento mental entre profissionais de saúde e sua imersão em processos psicopatológicos já era alertado por Jung ao mencionar a obrigatoriedade da Análise como parte do treinamento de novos psicanalistas. Praticar o autoconhecimento e manter a sanidade é uma obrigatoriedade para se atuar de forma profunda e apropriada nesta profissão. Jung, no início do século XX, alertou sobre a importância de todo(a) médico(a) cuidar e manter o próprio equilíbrio. (SILVEIRA, 2000)

Por conta disso, também precisam se reconhecer (e serem reconhecidos) como pessoas que carregam sentimentos, memórias, histórias, famílias. Assim

sendo, uma pessoa que também comete erros e que possui um corpo que deve ser cuidado como qualquer outro ser humano.

A prática da medicina exige do(a) médico(a) um relacionamento pessoal com o seu paciente propiciando questões significativas para lidar com o sofrimento do outro. “A enorme demanda por trás do caráter profundamente humano de suas ações médicas os impulsiona à uma transumanidade. Por isto nunca se consegue abstrair totalmente deles o papel de sacerdotes” (STANZIANI, 2002, p.192)

Estes profissionais reclamam a sua precária condição de saúde e, nas conversas informais, denunciam o pleno esgotamento e o limite das suas capacidades de suportar a dor, não somente física, mas emocional, e a perda, em sentido amplo (prestígio, status, confiança etc.) o que potencializa o surgimento ou a acentuação de quadros orgânicos e psiquiátricos. (BARBOSA, 2007)

Os(as) médicos(as) sofrem com formação deficiente, má remuneração, relacionamento despersonalizado, demanda e volume exagerado impostos pelos convênios e sistema público de saúde sucateado. Tudo isso acarreta insegurança na conduta profissional que os leva a recorrerem a exames complementares desnecessários para se proteger de questões judiciais sobre possíveis erros médicos. (JATENE,2007)

Por um lado, é essencial que o(a) médico(a) saiba lidar com as dificuldades para que possa suportar de modo calmo e gratificante seu trabalho; que possa vencer momentos de dor, tristeza, medo, sofrimento e vulnerabilidade; que não se sinta sobrecarregado, deprimido e esgotado. Senso de futilidade e fracasso quando permeia sua atitude pode levar esse profissional ao sentimento de raiva, impotência e frustração pela profissão, pelos pacientes e por si mesmo. (BARBOSA 2007)

Poucos médicos têm um clínico geral ou médico da família de referência, e a maioria não tem ideia clara do papel do Serviço de Saúde Ocupacional no auxílio de doenças relacionadas ao trabalho. Este cenário é visto como inadequado, especialmente em casos de doença mental. (DANILA, 2017)

Por outro, Rosele Maria Branco expõe que temas existenciais, como a morte, não são mais possíveis para o “médico moderno” porque a medicina atual

se afastou da filosofia do século XVIII e se funda no positivismo dos cálculos. Nas palavras da autora,

A cada dia, o momento da morte acontece inumeravelmente, e os médicos fazem silêncio. Eles não têm outros instrumentos porque a relação com o doente não é mais o suporte do seu discurso, é a rede lógica e exterior a ela, no cruzamento bioológico, histórico e geográfico das informações, que dignostica ou antecipa a doença. (BRANCO, 2018, p. 131-132)³

Em 1903, o edital do *Journal American Association* expõe que médicos com uma predisposição mórbida e sem princípios elevados ou inibições morais optavam pelo suicídio como uma maneira direta e efetiva de eliminar seus problemas, além do fato da morte lhe serem familiar e terem em mãos métodos eficazes para o êxito. (BARBOSA, 2007) Em entrevista para Associação Paulista de Medicina, Arthur Danila⁴ demonstra sua preocupação frente aos dados sobre suicídio entre médicas que é mais frequentes do que entre médicos sendo 4 vezes maior a taxa de suicídio do que as mulheres da população geral com mais de 25 anos. Segundo Danila, atribui-se a alta incidência de suicídio nas mulheres pela personalidade que as levam a escolher a carreira médica; seriam competitivas, ambiciosas, compulsivas, individualistas e inteligentes.

As circunstâncias que levam os médicos ao suicídio são, na maior parte das vezes, quadros depressivos, que podem estar associados ao abuso de álcool ou outras drogas. O uso de substâncias psicoativas afetou de 20% a 40% dos médicos que se suicidaram. O stress diário da profissão, a relação muito perto com a morte e condições não adequadas nos locais de trabalho, contribuem para o ato. (DANILA, 2017)

³ Pesquisas recentes já demonstram que cenário atual de epidemia no Brasil interferiu de forma abrupta na formação médica e de outros cursos da saúde, exigindo um remodelamento emergencial e demandando atenção e diálogo ágil entre educadores, gestores e sociedade. O artigo de Oliveira; Postal e Afonso (2020) defende como “oportuna a atuação das instituições de ensino promovendo o acompanhamento dos impactos destas atividades no aprendizado profissional e pessoal dos alunos”. As gerações médicas estão aptas a atender às necessidades de saúde da atual população? Essas e outras perguntas expressam o desafio atual dos(as) profissionais de saúde.

⁴ Arthur H. Danila é médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) com Residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). É especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Membro da Câmara Temática Interdisciplinar sobre Violência nas Escolas Médicas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Atua como Médico Preceptor do Programa de Residência Médica de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria do HCFMUSP.

O médico psiquiatra também ressalta que, desde a faculdade, o contato com a doença e com a morte exigem maturidade do(a) futuro médico(a) e entre os(as) alunos(as) de medicina o alto risco para adoecimento mental se concentra nos grupos de estudantes que demonstram “melhor performance escolar, são mais exigentes, têm pouca tolerância a falhas, sentem mais culpa pelo que não sabem e ficam paralisados pelo medo de errar”.

Temos que repensar o estímulo subliminar para o estoicismo, distanciamento emocional e impermeabilidade ao adoecimento psíquico na população médica. Se isto é um fenômeno cultural desenvolvido durante a graduação ou residência médica, ou simplesmente devido à pressão do trabalho e à falta de estrutura para abordagem física e psíquica dos médicos, há que se priorizar essa discussão. Não fazer isso é colocar em risco a saúde dos próprios médicos, o bem-estar de seus colegas e familiares e, sobretudo, o cuidado ao paciente. (DANILA, 2017)

Em contrapartida Kaplan e Sabock (1992, p.50) explanam sobre a satisfação do trabalho médico.

A satisfação do médico é o acerto diagnóstico seguido de uma terapêutica adequada e bem-sucedida. Constitui um prazer curar, aliviar, acalmar. Somente no âmbito da psicopatologia se pode conceber que o ato médico, exercido na sua plenitude, não satisfaça, enobreça, exalte, acalente e encha de satisfação o espírito de qualquer médico. Assim, constitui uma imensa fonte de desprazer e de sentimentos de inutilidade e impotência o trabalho incompleto, fragmentado em face da carência de recursos. (por exemplo, escassez de exames, leitos, medicamentos) para atender adequadamente seus pacientes. Essa carência, quase sempre tida como um ato de negligência criminosa dos governos, é coisa devastadora para quem necessita desses recursos para exercer o seu trabalho e, evidentemente, para os enfermos.

Considera-se que o papel desempenhado pelo trabalho, em geral, transcende o aspecto material. Na relação com o trabalho, o indivíduo pode se transformar em virtude do desenvolvimento da inteligência, da subjetividade, da identidade e da saúde. O trabalho viabiliza o compartilhamento de experiências possibilitando criar um lugar social, estabelecer vínculos de parcerias e pertencer a um determinado grupo. O ser humano tem estratégias criativas para resolver os constrangimentos vividos no trabalho através do pensamento, da inteligência e da convivência transformando sofrimento em prazer para lutar contra um possível adoecimento. Para Juliana Barros, “a construção de laços com os colegas de trabalho é arma valiosa nesta luta”. (BARROS, 2015)

1.2.2 A exploração do trabalho médico

Adib Jatene (2007) argumenta que o(a) médico(a) perdeu o poder e a posição que desfrutava na sociedade. Atualmente, precisa aprender a lidar com vários outros profissionais da saúde e com o fato de que a maioria das pessoas tem convenio médico e busca por ser atendida através deste.

Seu poder se deslocou para a indústria de medicamentos, de equipamentos, para os sistemas de convênios e para o governo que decidem o quanto vale seu trabalho, como ele vai ser remunerado. O governo ao oferecer assistência gratuita a população carente sem oferecer os recursos necessários distorcem o exercício da profissão. (JATENE, 2007, p. 27).

Grande maioria dos(as) médicos(as) brasileiros(as) não recebe financeiramente de acordo com o sacrifício e investimento realizado ao longo de sua formação⁵. Quando entram no mercado de trabalho, muitos são obrigados a exercer suas funções em várias instituições, trabalham muitas horas seguidas e cumprem plantões prolongados.

O estudo Demografia Médica no Brasil 2020, resultado de uma colaboração entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Universidade de São Paulo (USP), mostra que o Brasil tem hoje mais do que o dobro de médicos(as) que tinha no início do século. Em 2000, eram 230.110 médicos(as). Em 2020, eles somam 502.475 profissionais. Nesse período, a relação de médico(a) por mil habitantes também aumentou significativamente, na média nacional. Passou de 1,41 para 2,4. Para o coordenador do estudo, Mário Scheffer, o crescimento inédito da força de trabalho médico foi impulsionado pela abertura de novas escolas médicas e pela expansão de vagas em cursos de Medicina já existentes.

Os dados também apontam que a proporção de médicos(as) por habitantes no Brasil é superior à do Japão e se aproxima dos índices dos Estados Unidos (2,6), Canadá (2,7) e Reino Unido (2,8). Existe um número suficiente de médicos(as) para atender a população brasileira, o problema está na distribuição. “Assim como outros profissionais, os médicos estão

⁵ No Brasil, o vestibular para o curso de Medicina é o mais concorrido do país com cursos preparatórios mais altos também. O curso dura, em média, seis anos e com currículo muito rigoroso dividido em ciclos básico, clínico e o internato. Para seguir uma especialização, soma-se pelo menos dois anos. portanto, são necessários pelo menos 8 anos de estudo para se tornar um(a) médico(a) especialista, além de cursos e livros com preços elevados.

concentrados nos grandes centros”, argumenta o presidente do CFM, Mauro Ribeiro.

Segundo mostra o estudo, em estados das regiões Sudeste e Sul, a proporção é muito maior do que a razão de 3,5 médicos por mil habitantes. Nas capitais brasileiras, essa média fica em 5,65 médicos por grupo de mil habitantes, sendo que as maiores concentrações foram registradas em Vitória (13,71), Florianópolis (10,68) e Porto Alegre (9,94). Entre as capitais, Porto Velho (3,28), Rio Branco (1,99), Manaus (2,30), Boa Vista (2,32) e Macapá (1,77), todas na região Norte, têm menos médicos registrados.

Além das desigualdades regionais, a Demografia Médica também mostra que há uma concentração de médicos na iniciativa privada, que geralmente oferece melhores condições de trabalho. De acordo com o estudo da USP, 50,2% dos médicos atuam na iniciativa privada e no serviço público, 28,3% trabalham apenas na iniciativa privada, seja por meio dos planos de saúde, ou em consultórios particulares, e 21,5% atendem apenas no serviço público.

É evidente que tais números revelam a sobrecarga do trabalho médico no setor público, demandando esforços sem limites e dedicação mais do que incondicional; tornando penoso o exercício da profissão no Brasil. Dos respondentes, desta tese, 13% atuam no espaço público, 40% no setor privado e 47% em ambos (dados apresentados no capítulo 3)

Na maioria dos Estados brasileiros as condições de assistência à saúde da população dependente do setor público e são deficitárias, associadas à baixa remuneração, a plantões seguidos em ambientes carentes de recursos tecnológicos imprescindíveis pondo em risco a saúde de ambos, médicos(as) e pacientes. Para muitos(as), o trabalho excessivo gera isolamento, angústia e aborrecimento. (BARBOSA, 2007). É essencial ter condições adequadas de trabalho; disponibilidade de recursos tecnológicos mínimos para que uma medicina moderna viável possa ser exercida. Os recursos materiais são fundamentais e quando faltam qualquer satisfação se torna inviável com consequências sérias à saúde desses profissionais e seus pacientes. (BARBOSA, 2007)

A exploração do trabalho médico também se dá pelo fato da medicina ser considerada a mais sublime das profissões, com exigências técnicas e humanitárias proporcionais a essa soberania e vista como uma profissão sacerdotal, no sentido de missão elevada, quase divina.

A prática médica comporta um caráter de moralidade, de desinteresse, de abnegação e de sacrifício que merece ser identificada a um sacerdócio religioso. Mas, este é também um sentimento popular, das pessoas que compreendem que essa atividade não pode ser exercida sem nobreza de caráter e sem sacrifícios. **Essa concepção sacerdotal é utilizada para a prática da exploração do trabalho médico.** (Barbosa, 2007) (grifo nosso)

Por outro lado há aqueles que não se importam em cobrar valores altíssimos pelos seus atendimentos. Em seu livro, Jatene (2007, p.34) tece a seguinte crítica:

A medicina tornou-se uma profissão cuja única finalidade é cuidar de pessoas no meio de uma sociedade que não está interessada nas pessoas. **Numa sociedade onde a ciência médica tornou-se partidária do capitalismo, o importante não é a pessoa, mas o que ela tem, e o cuidar da pessoa enferma é substituído pelo que se pode ganhar dela.** Há uma onda crescente de descrédito na sociedade sobre médicos e medicina. E o pior, um desencontro entre os próprios profissionais.⁶ (grifo nosso)

Para Jatene esta é uma fase e não um estado permanente, afinal, a medicina é uma profissão que enobrece o ser humano, pois não há nada mais nobre do que cuidar daquele que sofre. (JATENE, 2007)

1.3 Relação médico x paciente

A ciência trouxe progressos e contribuições importantes para a medicina, entretanto a relação humanizada do médico com o paciente baseada na propedêutica clínica tradicional foi transferida para a dependência de exames laboratoriais e complementares, desde a década de 50. Hoje em dia, “o arsenal, cada vez maior, à disposição do médico torna-o menos próximo ao paciente; frio

⁶ O trecho grifado nos leva ao contexto atual em que um a crise sanitária global força a humanidade desenvolver novas modalidades de interação social, cultural, de comércio e produtividade industrial. No Brasil, a pandemia estimou uma crise política dividindo opiniões, entre a população e os próprios médicos(as). A politização da pandemia tem gerado conflitos entre profissionais da saúde gerando, cada vez, mais insegurança para a população.

e técnico, o que altera a relação médico-paciente e interfere na confiança, no vínculo e na responsabilidade. (JATENE,2007)

Independente da sua posição social a pessoa doente sente-se, antes de tudo insegura, aflita, angustiada e com medo. Por isso precisa acreditar que seu(sua) médico(a) vai fazer o possível para ajudá-la, escutando-a, compreendendo-a e demonstrando interesse por ela.

Os(as) pacientes trazem para o relacionamento com seu médico fatores biológicos, sociais e psicológicos. Compreendem e perdoam os limites da medicina quando se sentem respeitados por seu(sua) médico(a). O comportamento do(a) médico(a) tem impacto direto sobre as reações emocionais e físicas do paciente (KAPLAN; SABOCK, 1993).

O médico precisa saber que a pessoa que ele atende geralmente está fragilizada, física, psíquica e socialmente, uma pessoa com medo, mas “animada por uma fé, uma confiança que lhe empresta esperança. Por isto o profissional médico tem algo peculiar, um idealismo de não trair a confiança, de buscar o melhor para o seu paciente. Afinal a Medicina é um ofício especializado em curar, aliviar, confortar e compreender as pessoas.” (JATENE,2007. pg 11)

Rosele Maria Branco (2018, p.140) relata que Foucault reconhece que o saber médico é formado por vários discursos, por uma rede de enunciados científicos, matemáticos, econômicos, políticos, sociais e estratégicos. Portanto, trata-se de um discurso heterogêneo e disperso. A autora argumenta que é necessário pensar em novas estratégias de saber para a relação entre médico e paciente, com novas linguagens e enunciados que envolveria o reconhecimento da fala do(a) paciente. Assim levaria em conta o seu sofrimento, suas dúvidas, desejos, valores, conhecimentos, escolhas e decisões. Para que isso se efetive, Rosele Branco infere sobre a necessidade de jovens médicos em formação terem contato com campos de saberes que das áreas humanas que promovam percepção de outras linguagens.

É preciso também que os jovens médicos tenham lucidez sobre as estratégias de poder que suam a medicina como instrumento, é preciso estar alertas para os excessos de poder. Existem experiências sendo desenvolvidas para colaborar com a introdução do pensamento crítico nos cursos de medicina através do ensino da filosofia. (...) para que os médicos não se tornem apenas especialistas, mas desenvolvam uma atitude crítica em geral. (BRANCO, 2018, p.140)

A medicina tem como finalidade cuidar de pessoas e, nesse contexto, a relação médico paciente representa o sentido, o significado e a identidade da profissão. (SOUZA,2010) Fazem parte desta relação a personalidade, a expectativa e as necessidades tanto do médico quanto do paciente.

O modo como cada participante exerce seu respectivo papel está baseado em diferentes expectativas que podem formar a base para um relacionamento satisfatório e produtivo ou pleno de suspeita, frustração e desapontamento. (KAPLAN; SABOCK, 1993, p. 1)

“A relação médico paciente traz em si várias impressões conflitantes, desde o idealismo romântico até o animismo descarado.” (KAPLAN; SABOCK, 1993, p. 1)

Kaplan e Sabock (1993) chamam a atenção para a existência de “transferências” e “contratransferências” na relação médico(a) e paciente.

A transferência é definida como o conjunto de crenças e respostas emocionais que o paciente traz para a relação com o médico. Essas respostas se baseiam em experiências persistentes que o paciente teve durante sua vida, com figuras importantes representantes de autoridade que podem ser de confiança, superidealização ou até mesmo “uma fantasia plena de erotismo ou de desconfiança básica com a expectativa de que o(a) médico(a) despreze ou abuse de seus pacientes”. Neste sentido, o papel do paciente é passivo e o do médico é de um provedor eficaz. Se o médico não fizer o que ele quer ou espera pode sentir desconforto ou frustrações ou pode querer participar e o médico não permitir. Logo, as palavras e os atos do(a) médico(a) apresentam poder por causa da autoridade e da dependência do paciente. (KAPLAN; SABOCK, 1993).

Com relação à prática médica, seria relevante se os profissionais tivessem oportunidades de refletir sobre seus sentimentos em relação ao trabalho e à vivência com alguns pacientes específicos. Poderiam ter um espaço que pudessem conversar a respeito, caso fosse necessário. Muitas vezes, é necessário que os sentimentos e emoções estejam claros durante a relação com o(a) paciente. O(a) médico(a) sente diretamente os efeitos das atuações e transferências do seu(sua) paciente e precisa estar muito consciente de seus afetos para não os deixar “atuarem” inapropriadamente. Certamente, é importante que todos desenvolvam a capacidade de reconhecer os próprios

sentimentos contratransferenciais que os outros lhe despertam. Somente assim, é possível diferenciar o que é seu, o que é do outro e o que desperta no outro. A partir da figura do(a) médico(a), é preciso pensar nos sentimentos deste em relação ao paciente, ou seja, a contratransferência.

Os médicos desenvolvem reações de contratransferência, muitas vezes, através de expectativas inconscientes com seus pacientes que podem tomar a forma de sentimentos negativos perturbadores para o relacionamento ou positivos idealizadores ou até mesmo erotizadas. Contudo, se o médico tiver consciente de suas próprias carências, capacidades e limitações, esses pacientes serão menos ameaçadores.

O(a) paciente ideal é aquela pessoa que demonstra confiança, adere ao tratamento, encontra-se emocionalmente controlada e agradecida. Caso as expectativas não sejam cumpridas, pode ser visto como antipático, difícil ou mau. (KAPLAN; SABOCK, 1993).

Há médicos que têm fortes necessidades inconscientes de serem oniscientes e onipotentes. Estes podem ter maiores problemas com certos tipos de pacientes, especialmente com aqueles que colhem informações sobre o que estão sentindo na internet. Muitos médicos “brincam” dizendo que “os pacientes passam em consulta com o Dr Google” antes de vê-los e assim acreditam ter conhecimento sobre o próprio diagnóstico e o tratamento necessário, buscam o médico apenas para terem uma assinatura da receita.

Atualmente, para ser considerado um bom profissional, o médico deve conhecer profundamente os aspectos científicos da medicina, dominar o uso de equipamentos terapêuticos e diagnósticos e não se envolver emocionalmente com os seus pacientes e familiares. Também não deve se preocupar com qualquer outro aspecto que não seja científico. A relação médico e paciente passou para segundo plano e, muitas vezes, é desprivilegiada e até ridicularizada, passando a ser objeto de atenção de outros profissionais da equipe de saúde. (DANTAS; SÁ, 2007)

A dissociação da doença e do doente é o prejuízo que a tecnologia e os avanços científicos provocam. Jatene (2007) reforça que o profissional da saúde deve lutar contra esta separação e sempre enxergar a pessoa doente. A lógica da produtividade tomou conta da relação paciente-médico e a medicina tornou-

se impessoal, excessivamente técnica, fria e distante. O tratamento do(a) paciente transformou-se, quase que exclusivamente, em uma intervenção exterior, dirigida à anormalidade biológica através de drogas de todos os tipos e ações. A relação médica(a) e paciente tem que ser repensada. (JATENE, 2007).

Nesse sentido, é importante que, desde a sua formação, o(a) profissional aprenda a olhar para seu(sua) paciente e se permita escutar o outro dentro de si. Para alcançar esse objetivo na relação médico(a)-paciente, será necessário introduzir mudanças na formação acadêmica, para que estimule uma prática clínica mais dialógica. Cutait (2000) alega a importância na relação médico(a)-paciente além dos preceitos da competência e da confiança, é a maneira afetuosa de se tratar os(as) doentes com espírito de solidariedade. Deve sempre pensar que cada paciente é único e se perguntar: “qual é a melhor conduta, nesse momento, para esse indivíduo?”. A arte do cuidar é extremamente complexa e exige compreensão, compaixão e confiança. A compreensão advém da capacidade do(a) médico(a) em se colocar na posição do(a) doente que sofre; a confiança advém da postura que o(a) médico(a) adquire perante o paciente, por sua competência como profissional e pela ética. A compaixão é o zelo do cuidar em que o médico vai encontrar.

A humanização da área de saúde é meta no Ministério da Saúde e desejada pelos(as) pacientes. Não existe mais o(a) médico(a) da família que conhece não somente a saúde do(a) seu(sua) paciente, mas seus valores. Hoje com os planos de saúde dificilmente a pessoa volta no mesmo(a) médico(a), o que não se permite criar um prontuário contendo o histórico do(a) doente. Mediante as superespecializações, o(a) doente precisa ter vários médicos(as) para cuidar de sua saúde não tendo mais o seu(sua) médico(a) de confiança. (PESSINI; HOSSNE, 2013; JATENE, 2007). Os(as) profissionais da área da saúde se queixam quando não há abertura para a formação de um vínculo, quanto não existe a colaboração e adesão dos(as) pacientes às orientações necessárias para o bom andamento do tratamento gerando tristeza e frustração para quem cuida. (ESPINDULA; VALLE; BELLO, 2010)

Na assistência, os(as) profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores, carências que se confundem e extravasam os limites da doença

orgânica. Nesse momento, o sofrimento extrapola a relação física e convida o profissional a colocar em ação a sua compaixão. Ao sentir empatia, o(a) médico(a) precisa evitar de usar seus pacientes para preencherem algo que lhe faltam em seus relacionamentos pessoais. Podem assumir posturas inadequadas defensivas tomando uma atitude de rigidez querendo transparecer competência e profissionalismo. Deve aprender que nem tudo é controlável e que a morte pode ser inevitável. (KAPLAN:SABOCK, 1993)

1.4 Enfrentando a morte

No mundo contemporâneo, o grande avanço da tecnologia na medicina transferiu o local da morte tornando o morrer algo mais sofrido. Já não se admite que se morra em casa e, sim, nas dependências dos hospitais, longe da família e de pessoas queridas. Muitas vezes, não permitindo que o(a) paciente se despesa da vida como gostaria. No hospital, apesar de rodeado de pessoas, o ato de morrer é frequentemente solitário.

Para os profissionais da saúde, a morte passou a ser controlada, medicalizada e monitorizada. A morte faz parte do cotidiano do(a) médico(a) e pode se tornar sua companheira de trabalho diário. Um dos aspectos mais difíceis do aprendizado sobre medicina clínica é experimentar a morte de um(a) paciente. Além de aprender a lidar com a perda de seu(sua) paciente é preciso aprender também a comunicar a triste notícia aos familiares. (VIANNA; PICCELLI, 1998; MARTA et al, 2009; (MENEZES, 2004)

Sentimentos como incapacidade, impotência, culpa e raiva podem surgir diante de um quadro irreversível. Também podem ressurgir sentimentos como medos infantis de separação, abandono e medo da sua própria mortalidade. Estes sentimentos, muitas vezes, são reprimidos como se o(a) médico(a) se anestesiasse contra eles. (KOVACS, 1992).

Os(as) médicos(as) são formados(as) para salvar vidas e pouco preparados para lidar com a morte e o morrer de pacientes (MARTA et al, 2009). A idéia que é passada na faculdade que enfatiza o(a) médico(a) como herói que derrota a morte pode ser prejudicial e traz sentimentos que resultam em mecanismos de defesa como negação e distanciamento, por conseguinte,

dificultam o relacionamento com os(as) pacientes e familiares. (SOUSA; LUSTOSA; CARVALHO, 2019)

Sem dúvida, faz-se necessário trabalhar com os(as) estudantes a elaboração destes mecanismos de defesa protetores para o desempenho da função de médico. Todavia, é preciso encontrar um meio termo para que os(as) estudantes desenvolvam mecanismos essenciais para um distanciamento que os(as) permita exercer suas atividades sem anular a capacidade de empatia com o sofrimento e a dor do(a) paciente (LIMA, 2017)

É preciso desvincular a idéia da morte do(a) paciente como fracasso médico. Combater a morte pode dar a ideia de força e controle; entretanto, demonstra que o(a) profissional está na defensiva e que curar é sua prioridade. Quando perdas não são elaboradas há maior possibilidade do adoecimento psíquico (CASTRO, 2004). Muitos(as) médicos(as) não falam sobre a morte com medo de serem interpretados(as) como seu insucesso de tratamento, ou seja, seu fracasso. Portanto, preferem sempre animar o(a) paciente trazendo esperanças falsas ou, pior, podendo em alguns casos submeter seu(sua) paciente a procedimentos dolorosos e desnecessários. Alguns(as) podem até abandonar o(a) doente e seus familiares por não saberem como lidar com a situação (ARANTES 2019; AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011)

Segundo Barbosa (2007), os(as) médicos(as) padecem de estigmas e expectativas sociais. Do mesmo modo que são objeto de adoração e reconhecimento são também cobrados a não permitir que alguém morra, como se estivesse ao alcance deles o próprio dom da vida.

O primeiro encontro com a morte do(a) médico(a) ocorre na aula de anatomia, para muitos estudantes pode ser uma atividade muito sofrida. Como a demonstração de sentimentos não é permitida recursos contra fóbicos podem ser utilizados como piadinhas, gozação ou a indiferença. É preciso tirar qualquer identidade humana do cadáver para que o estudante de medicina possa encarar grandes desafios de desvendar os segredos do corpo, seu funcionamento e recuperação. (KOVACS, 1992)

A seguir, o estudo apresenta dois depoimentos extraídos do prefácio do livro de Kovacs (1992), escrito por um médico, Roosevelt Moises Smeke Cassorla ilustrando sua vivência da morte

Quando eu vi meu primeiro cadáver não senti nada a não ser curiosidade, senti o formol, não senti a morte. Depois vinham as piadas e a coragem que havíamos de ter para lidar com os cadáveres. Era necessária muita vida para conviver com a morte, ou melhor, negá-la. Mas não éramos desumanos, erámos apenas jovens, moleques aterrorizados que tínhamos que estudar anatomia para que depois, médicos, pudéssemos combater a morte e ficar do lado da vida. Mas, havíamos de passar por essa iniciação: demonstrar a nós mesmos que desprezávamos a morte – e por isto, ousávamos enfrentá-la.

Até que um dia este médico, até então “anestesiado”, encontrou morta uma moça que havia atendido e se encantado com ela, a poucos dias atrás. “Nesse dia chorei: o choro que 4 anos havia contido. Mas tive de chorar escondido, envergonhado por ser humano”.

Outro depoimento destacado é de Ana Claudia Quintana Arantes (2019, p.26), em suas palavras,

Durante a faculdade, quando via alguém morrendo em grande sofrimento (e, num hospital isto acontece quase sempre) eu perguntava o que era possível fazer e todos diziam: “nada”. Isso não descia. Esse “nada” ficava engasgado no meu peito chegava até doer fisicamente, sabe? Eu chorava quase sempre. Chorava de raiva, de frustração, de compaixão. Como assim nada? Não me conformava que os médicos não se importassem com tamanha incompetência. Não em relação em evitar a morte porque ninguém vive eternamente, mas porque abandonavam o paciente e a família? Por que o sedavam deixando-o incomunicável? Havia uma distância muito grande do que eu precisava aprender e do que eu aprendia.

A falta de diálogo durante a graduação sobre a morte cria vulnerabilidade nos(as) estudantes trazendo medo, angústia, frustração, insegurança, tristeza e sensação de fracasso em lidar com perdas. (MEIRELES et al, 2019)

Silva e Ayres (2010) relatam que as experiências de ensino-aprendizagem em relação a lidar com o(a) paciente perante a morte são bastante escassas. Mudanças devem ser feitas a fim de enfatizar o sentimento e incluir aspectos subjetivos, sociais e culturais para que se formem mais que médicos(as) tecnicamente competentes. É preciso que o curso de medicina forme pessoas sensíveis e aptas para lidar com as dores e sofrimento humanos. (CAMARGO et al 2015); MARTA et al, 2009; SILVA; AYRES, 2010; LIMA, 2019)

Geralmente, o tema da morte é abordado durante uma aula ou módulo, não tendo uma disciplina própria; portanto, sem tempo suficiente para o preparo adequado. Seria necessário a criação de cursos específicos de Tanatologia (estudo científico da morte) com duração que favoreça a possibilidade de entrar em contato com valores e sentimentos mais profundos do profissional e suas vivências com a temática (BELLATO et al, 2005)

Essa falta de formação impossibilita o futuro médico(a) ajudar àqueles que estarão sob seus cuidados e, esperam mais do que técnicas médicas oferecidas, tal como, medicação ou um rápido exame clínico. Ora o(a) paciente necessita falar e ser ouvido com atenção acolhimento ora de um aperto de mão ou uma simples palavra de conforto (KOVACS, 2008; KÜBLER-ROSS; COELHO, 1978)

O reconhecimento dessa necessidade fez com que surgissem médicos(as) especializados(as) para trabalhar justamente com essa fase complexa quando se atinge o limite terapêutico e se adentram nos cuidados paliativos (VIANNA; PICCELLI, 1998, ARANTES 2019). Alguns(as) autores defendem que a dignidade humana começa pelo acolhimento e reconhecimento do outro como pessoa com sentimentos e não apenas com um corpo físico doente. Quando o(a) paciente é ouvido e seu desejo respeitado, uma morte digna é favorecida e o(a) médico(a) pode experimentar sentimentos de felicidade e sensação de missão cumprida. (KOVÁCS, 2015, ARANTES, 2019)

Os(as) médicos(as) assim como outros profissionais de saúde podem e devem buscar apoio de uma religião para melhor conviverem com a morte de uma forma suave e digna. (ESPINDULA, 2010; TAMADA et al 2017)

A morte está presente na natureza. Uma criança pode começar a aprender a lidar com ela quando utiliza exemplos encontrados nos ciclos naturais que ajudam nesta tarefa: uma flor que murcha, um animal que morre, uma lagarta que vira borboleta. A contemplação da natureza e da inteligência do corpo humano podem levar à crença que exista um Criador que conheceremos após a morte. Esta idéia é passada por algumas religiões e trazem consolo e coragem. Reencarnação ou Ressurreição, o que importa é que a morte não é o fim. Os símbolos religiosos têm um caráter de revelação e de criação espontânea e se ligam a uma sabedoria mais completa que não pode ser abrangida apenas pela razão mas sentida.

Nesta tese a grande maioria dos médicos(as) acredita haver uma alma que permanece viva mesmo com a morte do corpo. Esta crença pode aliviar o sofrimento do médico(a) e auxiliá-lo(a) a tranquilizar seu(sua) paciente possibilitando a compreensão da morte como algo natural. No capítulo 3 serão apresentados depoimentos de médicos(as) que ilustram essa relação da morte com a religião, quando em momentos difíceis do cotidiano laboral se apresenta como uma ameaça.

1.5 Ética médica/ bioética

A ética estuda a moralidade do comportamento humano. A ética médica analisa a moral médica. Bioética é a ética da vida, em outras palavras, a ética de todas as ciências que pesquisam, manipulam e curam os seres vivos.

A ética médica está relacionada ao agir corretamente (ética aplicada) e a Bioética se relaciona com a ética aplicada porque incorpora e destaca os valores identificados pela análise reflexiva das normas e condutas preconizadas. Integra essa ética a prática para resolver os problemas relacionados com a saúde, com a ênfase, principalmente, na responsabilidade do cuidar e no respeito à dignidade do ser humano perante a vida. (ZANCHI; ZUGNO, 2012)

Um dos princípios mais antigos da ética médica é o da beneficência, melhor dizendo, o ato de fazer o bem sem causar dano. A ética tem sido essencial para auxiliar o progresso da medicina e estudos baseados em evidências. Esse princípio, por sua vez, protege o paciente de ser submetido a procedimentos não sancionados por um conhecimento já validado.

Questões éticas são relacionadas à condição humana, sua finitude envolve incertezas e transitoriedade. Fazem parte dos dilemas éticos dizer ou ocultar a verdade ao paciente, honorários, questões de raça e gênero e experimentação em humanos. Sobre os limites da vida e morte questionam-se: “até quando prolongar a vida?” “Qual o objetivo da medicina: cuidar de índices fisiológicos ou de pessoas?” “Este tratamento causa mais sofrimento do que benefício?” As condições que fazem parte destes questionamentos são: os transplantes de órgãos, a morte cerebral, manipulação dos códigos genéticos, a fertilização *in vitro* e o prolongamento artificial da vida. (ZANCHI; ZUGNO, 2012)

A investigação científica, muitas vezes, coloca os(as) médicos(as) em conflito entre a finalidade primária da prática da medicina de propor ao paciente a melhor das terapias disponíveis e a finalidade de gerar conhecimento científico. Portanto, precisa agir sempre de acordo com a ética profissional que se aprimora ao longo do tempo. Em muitas situações, o(a) médico(a) pode sentir ameaças a estes valores, assim como terá continuamente que refletir sobre o real significado da palavra sucesso para si próprio.

Se o sucesso estiver relacionado com patrimônio acumulado e posição social conquistada e menos com o reconhecimento dos doentes e de seus colegas, é sinal de que algo está errado. (JATENE, 2007, p.28)

Entre 1945 e 1946, foram julgadas atrocidades resultantes de experiências médicas em nome da ciência no Tribunal de Nuremberg. Em 1947, surge o Código de Nuremberg estabelecendo normas básicas de pesquisas em seres humanos, entre elas: consentimento voluntário, necessidade de estudos prévios em laboratórios e em animais, análise de riscos e benefícios, liberdade do sujeito de se retirar da pesquisa e qualificação científica do pesquisador(a).

Em 1964, foi redigida a Declaração de Helsinque que estabelece regras éticas que devem ser seguidas pelas pesquisas médicas.

A dimensão da religião/espiritualidade na vida do(a) paciente e dos(as) profissionais de saúde também interfere nos desfechos e ações clínicas. Crenças e conceitos influenciam na tomada de decisões em saúde, onde podem ocorrer situações conflitantes, como procedimentos clínicos que podem ir contra os princípios religiosos e morais dos(as) paciente; tendo como exemplo, o aborto, o uso de anticoncepcionais e transfusão de sangue. Evidentemente, a relação Espiritualidade/Religião/Religiosidade na saúde não está afinada demonstrando a necessidade do diálogo e discussão diante de questões existenciais, tais como, morte, luto, bioética relacionada à eutanásia, ortotanásia e distanásia⁷, entre outras ações que geram momentos difíceis vivenciados.

⁷ Eutanásia é definida como o ato de "antecipar a morte". A distanásia caracteriza uma "morte lenta, com sofrimento" enquanto a ortotanásia representa a "morte natural, sem antecipação ou prolongamento". FELIX, Z.C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900029&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Jan 2021.

Pesquisa feita com profissionais intensivistas demonstra que a bioética foi identificada como difícil, complicada e complexa. As questões relacionadas ao cuidado do paciente nem sempre tem respostas imediatas, sendo necessário entrar em contato com princípios e valores pessoais para respondê-las cujas crenças religiosas fazem parte. Para enfrentar dilemas críticos, alguns médicos intensivistas se baseiam em valores religiosos podendo gerar instabilidade emocional e inseguranças em relação às condutas. Sentimentos diversos foram relatados como esperança, medo, frustração, insegurança, angústia, felicidade e tristeza. (SOUZA; LUSTOSA; CARVALHO, 2019)

A bioética, por sua interdisciplinaridade e pelo referencial da espiritualidade, aflora como um balizador na relação médico-paciente onde a compaixão traduzida em atitude de solidariedade está a gênese das religiões.

O desenvolvimento científico e tecnológico pode levar a insensibilidade ao sofrimento humano. Esse é o papel da Bioética que de forma interdisciplinar com a Antropologia, Filosofia, Ciência e Teologia questionar o sentido que tem esse progresso senão para o benefício do ser humano?

Um médico deve confrontar, resolver e incorporar várias questões significativas relativas a atitudes envolvidas em se tornar um médico habilidoso e eficaz. Essas questões abrangem os ideais de equilibrar preocupações humanitárias com objetividade imparcial, o desejo de aliviar a dor e o sofrimento com a capacidade de tomar decisões difíceis e as vezes dolorosa e o desejo de curar ou controlar com a aceitação dos limites do que se pode realisticamente conquistar. (FRANÇA, 2012, p. 75)

A literatura mostra que muito precisa ser mudado no atual modelo de ensino para que efetivamente se ofereça uma adequada formação ética aos estudantes de Medicina. Siqueira (2004, p. 40) ressalta que a mudança tão necessária não pode ocorrer mediante “simples alterações programáticas, mas sim por mudanças paradigmáticas que envolvam a incorporação pelos professores e alunos de novas atitudes frente ao conhecimento e transmissão de valores”. Porém, a tarefa de remolar o currículo para adequar a formação sobre ética/bioética aos estudantes de medicina torna-se muito complexa frente à dificuldade em encontrar docentes preparados para essa empreitada, pois é pequena (ou quase nula) a tradição em estudos transdisciplinares. Neste sentido, Siqueira (2004, p. 41) faz vários questionamentos pertinentes:

Como formar docentes para ensinar Bioética sem que lhes seja proporcionada sólida formação filosófica? Onde encontrar, na Academia, um ambiente que facilite o atendimento dessa postulação? Como sensibilizar os administradores universitários para atender a este novo desiderato, se os compromissos institucionais se voltam quase que unicamente para formar profissionais em quantidade, não considerando sua qualidade? Como comover o frio aparelho estatal, que prefere técnicos que contabilizem elevados números de atendimentos ambulatoriais para fins estatísticos, e fazê-lo compreender a necessidade de formar profissionais preparados para atender o ser humano integral? Como fazer com que todas essas instâncias petrificadas do poder se convençam da imperiosidade de formar médicos que saibam melhor acolher a pessoa enferma, e não meros “gerentes de biotecnologias complexas” que apenas detêm habilidades para reconhecer órgãos doentes?

Evidentemente, todas essas inquietações do autor obrigam a escolas de formação em medicina a encararem as inúmeras ações transformadoras com urgência.

1.6 Mulheres na Medicina

As mulheres conseguiram seu espaço na medicina, após muita luta ao longo da história. Há registros antigos da atuação de mulheres em partos, no Egito, e em procedimentos cirúrgicos na Babilônia, Grécia e Roma. Apesar da presença significativa delas apenas médicos homens tiveram seus feitos destacados historicamente. (PANKE; PANKE, 2019).

Durante séculos, mulheres foram impedidas de tratarem de doenças sendo perseguidas e consideradas “bruxas”. Até o início do século XIX, cirurgiãs eram obrigadas a trabalharem no anonimato ou escondidas, se descobertas, corriam risco de serem mortas.

Miranda Barry (1797-1865), conhecida como James Barry, durante quarenta anos foi considerada o principal oficial médico e cirurgião da Armada Britânica. Somente após sua morte, descobriram que se tratava de uma mulher. Mesmo assim foi enterrada como homem. (GARZA, 1994 apud FRANCO; SANTOS, 2010)

Em diversas partes do mundo, as mulheres só puderam ingressar em universidades a partir do século XIX; sendo, décadas de 1850 nos Estados Unidos e 1870 na Inglaterra, França e Brasil. Após a Segunda Guerra Mundial,

houve uma forte pressão do governo para que universidades abrissem cotas para as mulheres ingressarem na graduação de medicina.

Pesquisa realizada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro mostrou que, entre 1900 e 1938, 76 mulheres se formaram na Faculdade de Medicina da UFRJ, média de duas por ano. Em 1969, este número aumentou de 16,48% para 38,53%. Entre, 1982 e 1993, chegou aos 50%, aproximando-se dos 60% a partir de 1994, e alcançando 63,51%, em 1999. Em 2007, confirmou-se o discreto predomínio de mulheres (51%) (FRANCO; SANTOS, 2010)

A Demografia Médica no Brasil 2020, ao analisar os novos registros de médicos nos CRMs entre 2000 e 2019⁸, percebe-se a evolução mais recente da participação das mulheres na Medicina. No ano de 2000, 4.572 homens registraram-se nos conselhos, contra 3.594 mulheres (56% e 44%). Em 2009, as médicas passaram a ser maioria. Do total de inscritos naquele ano, 50,4% eram mulheres e 49,6%, homens. Em 2019, 21.941 novos médicos fizeram suas inscrições, dos quais 57,5% eram mulheres e 42,5%, homens.

Os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil, mas a diferença em relação às mulheres vem diminuindo ano a ano. O estudo Demografia Médica no Brasil 2020, publicado em dezembro de 2020 no portal do Conselho Federal de Medicina mostra que os homens representam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%.

Nos grupos com idades até 34 anos, as mulheres médicas já são maioria, em 2020. Elas representam 58,5% entre os médicos com até 29 anos e são 55,3% na faixa etária de 30 a 34 anos. No grupo com idade entre 35 e 39 anos, há um equilíbrio numérico, sendo 49,7% de mulheres. A presença masculina na profissão médica aumenta nas faixas etárias mais elevadas, atingindo o percentual máximo de 79% no grupo acima dos 70 anos. (CFM, 2020, p.41)

O censo demográfico do CFM (2020) também analisou a distribuição de médicos e médicas no Brasil por unidade da Federação e constatou que não é homogênea. Em 2020, os homens corresponderam a 53,4% e as mulheres, 46,6%, sendo a participação das mulheres de 37,7% no Amapá; 51,6% em Alagoas; Rio de Janeiro com 50,9% e Pernambuco com 50,2%. Estes

⁸ Os dados são apresentados na Tabelas 10 e Figura 7 da p. 43 do Censo Demográfico (CFM, 2020). A fim de preservar o limite de quantidade de páginas desta pesquisa, optou-se por não apresentar algumas figuras do Censo, somente seus resultados ou análise.

são os estados onde as mulheres já são mais da metade da força de trabalho. Dos 9 estados, 6 do Norte e Nordeste, têm menos que 42% de mulheres. Em São Paulo, onde está cerca de um quarto dos médicos do país, 46,5% são mulheres. (CFM, 2020, p.45)

Com relação à média de idade, o censo revela que a média de idade dos(as) médicos(as) em atividade no Brasil é de 45 anos, mas ela vem caindo ao longo do tempo o que aponta para o juvenescimento da Medicina no Brasil, resultado do crescimento do número de cursos e vagas de graduação de Medicina e, conseqüentemente, da entrada de muitos novos médicos(as) no mercado de trabalho. Com relação ao sexo, para os homens, a idade média (em 2020) foi de 48 anos (desvio padrão igual a 15) e, para as mulheres é de 42 anos (desvio padrão igual a 14). Os médicos em atividade têm 6,8 anos, em média, a mais do que as médicas. A mediana de idade do homem médico é de 45 anos, sendo seu intervalo interquartil de 34 a 61 anos. No caso das mulheres, a mediana observada é de 38 anos, com intervalo interquartil de 31 a 52 anos de idade.

O número de mulheres em especialidades cirúrgicas, muito baixo nas décadas de 1950 e 1960 (três em cada década), subiu exponencialmente na década de 1970, coincidindo com o aumento do número delas cursando as faculdades de Medicina, que atingiram 50%. O número de registros cresceu de 79, em 1970, para 112, em 1980, para 164. Curiosamente, a década de 2000 apresentou diminuição em 50%, baixando para 87 registros. (FRANCO; SANTOS, 2010)

De acordo com o Censo Demográfico do CFM (2020), entre os homens, 62,9% são especialistas e, entre as médicas, 59,5% têm título de especialista, conforme demonstra a Tabela 1.

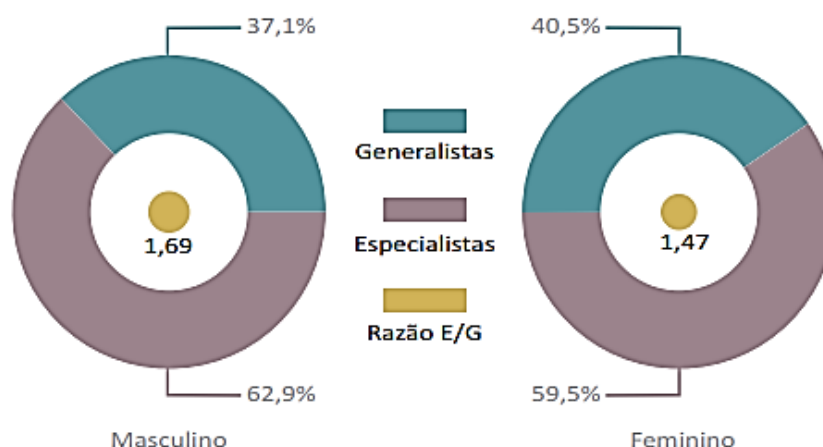
Tabela 2 Distribuição de médicos especialistas, generalistas segundo sexo.

Sexo	Generalista		Especialista		Total	Razão E/G
	Nº	(%)	Nº	(%)		
Masculino	94.715	37,1	160.325	62,9	255.040	1,69
Feminino	90.203	40,5	132.739	59,5	222.942	1,47
Total	184.918	38,7	293.064	61,3	477.982	1,58

Nota: nesta análise foi utilizado o número de médicos (indivíduos), e 28 desses registros estavam com informações incompletas. **Fonte:** Scheffer M. *et al.*, *Demografia Médica no Brasil 2020*.

Fonte: CFM, 2020, p. 69.

Figura 1 Distribuição de médicos especialistas, generalistas segundo sexo.



Nota: nesta análise foi utilizado o número de médicos (indivíduos), e 28 desses registros estavam com informações incompletas. **Fonte:** Scheffer M. *et al.*, *Demografia Médica no Brasil 2020*.

Fonte: CFM, 2020, p. 69.

Ao considerar as 55 especialidades, os homens são maioria em 36 delas e as mulheres, em 19. Ou seja, 65,4% das especialidades têm maioria de homens. A Tabela 2 mostra o número e a porcentagem de especialistas homens e mulheres em cada especialidade e a razão especialista/generalista entre médicos e médicas. A tabela adota uma ordem decrescente, que parte da especialidade “mais feminina” para a “mais masculina”.

A especialidade com maior número de mulheres é a Dermatologia; a com maior número de homens é a Urologia. Na Dermatologia, elas correspondem a 77,9% dos especialistas. Ou seja, há mais que três mulheres para cada homem

nessa especialidade. Outras especialidades com grande proporção de mulheres são Pediatria (74,4%), Endocrinologia e Metabologia (70,6%) e Alergia e Imunologia (67,4%). O aumento da presença feminina é notável em quatro especialidades: em Pediatria, elas são três quartos dos profissionais; em Medicina de Família e Comunidade, são 58,7%; em Ginecologia e Obstetrícia já somam 57,7%; e em Clínica Médica, 53%.

Entre as especialidades com maior proporção de homens, destaca-se a Urologia, na qual representam 97,7% dos especialistas. Ou seja, há 42,27 urologistas homens para cada urologista mulher. Outras especialidades são fortemente representadas por homens, como Ortopedia e Traumatologia (93,5%), Neurocirurgia (91,2%) e Cirurgia Torácica (89,6%).

Figura 2: Distribuição de médicos especialistas segundo o sexo.

Especialidade	Masculino		Feminino		Total	Razão M/F
	Nº	(%)	Nº	(%)		
Dermatologia	2.006	22,1	7.072	77,9	9.078	0,28
Pediatria	10.482	23,6	30.499	74,4	40.981	0,34
Endocrinologia e Metabolismo	1.638	29,4	3.938	70,6	5.576	0,42
Alergia e Imunologia	586	32,6	1.210	67,4	1.796	0,48
Genética Médica	103	34,0	200	66,0	303	0,52
Hematologia e Hemoterapia	1.027	37,2	1.733	62,8	2.760	0,59
Reumatologia	1.043	40,9	1.509	59,1	2.552	0,69
Geriatría	830	41,3	1.180	58,7	2.010	0,70
Medicina de Família e Comunidade	2.747	41,3	3.901	58,7	6.648	0,70
Ginecologia e Obstetrícia	13.097	42,3	17.839	57,7	30.936	0,73
Infectologia	1.612	42,2	2.210	57,8	3.822	0,73
Patologia	1.382	43,3	1.808	56,7	3.190	0,76
Homeopatia	1.153	44,3	1.450	55,7	2.603	0,80
Clínica Médica	21.270	47,0	24.023	53,0	45.293	0,89
Mastologia	1.113	48,3	1.189	51,7	2.302	0,94
Acupuntura	1.785	48,8	1.876	51,2	3.661	0,95
Nefrologia	2.223	49,1	2.302	50,9	4.525	0,97
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	743	49,7	752	50,3	1.495	0,99
Pneumologia	1.730	49,6	1.755	50,4	3.485	0,99
Gastroenterologia	2.698	53,0	2.389	47,0	5.087	1,13
Medicina Física e Reabilitação	479	53,3	420	46,7	899	1,14
Medicina Preventiva e Social	975	53,8	837	46,2	1.812	1,16
Nutrologia	872	54,2	737	45,8	1.609	1,18
Psiquiatria	6.078	55,1	4.945	44,9	11.023	1,23
Oncologia Clínica	2.064	55,3	1.669	44,7	3.733	1,24
Neurologia	3.005	57,5	2.219	42,5	5.224	1,35
Cirurgia Pediátrica	828	58,6	586	41,4	1.414	1,41
Oftalmologia	8.255	59,2	5.699	40,8	13.954	1,45
Otorrinolaringologia	3.972	59,5	2.701	40,5	6.673	1,47
Radioterapia	466	61,3	294	38,7	760	1,59
Anestesiologia	14.595	61,7	9.061	38,3	23.656	1,61
Medicina Nuclear	555	62,1	339	37,9	894	1,64
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	8.002	62,7	4.754	37,3	12.756	1,68
Medicina do Trabalho	12.127	67,0	5.968	33,0	18.095	2,03
Coloproctologia	1.370	67,8	652	32,2	2.022	2,10
Medicina de Tráfego	3.733	67,9	1.765	32,1	5.498	2,12
Medicina Intensiva	4.519	68,1	2.118	31,9	6.637	2,13
Cardiologia	11.325	68,8	5.124	31,2	16.449	2,21
Medicina de Emergência	34	69,4	15	30,6	49	2,27
Endoscopia	2.464	70,0	1.035	30,0	3.519	2,34
Angiologia	1.173	74,0	413	26,0	1.586	2,84
Cirurgia Vascular	3.362	75,1	1.112	24,9	4.474	3,02
Cirurgia Plástica	4.682	76,1	1.470	23,9	6.152	3,19
Medicina Legal e Perícia Médica	1.138	77,5	330	22,5	1.468	3,45
Cirurgia Geral	26.874	77,9	7.605	22,1	34.479	3,53
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	883	81,5	201	18,5	1.084	4,39
Medicina Esportiva	701	82,6	148	17,4	849	4,74
Cirurgia da Mão	710	83,5	140	16,5	850	5,07
Cirurgia Oncológica	1.121	85,4	192	14,6	1.313	5,84
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2.655	89,2	323	10,8	2.978	8,22
Cirurgia Torácica	893	89,6	104	10,4	997	8,59
Cirurgia Cardiovascular	1.962	89,6	228	10,4	2.190	8,61
Neurocirurgia	2.902	91,2	279	8,8	3.181	10,40
Ortopedia e Traumatologia	14.954	93,5	1.045	6,5	15.999	14,31
Urologia	5.284	97,7	125	2,3	5.409	42,27

Nota: nesta análise foi usado o número de médicos (indivíduos). Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020.

Os homens são maior número em 36 das 55 especialidades e representam mais de 70% em 16 delas. Em dez especialidades, são mais de 80%. Em todas as especialidades cirúrgicas, os homens são maioria. É o caso da Cirurgia Geral, na qual as mulheres ocupam apenas um quinto do total. (CFM, 2020, p.71)

As médicas tendem a optar por especialidades que possibilitem um equilíbrio entre vida profissional e pessoal já que a maternidade e os cuidados do lar são vistos culturalmente como uma obrigação feminina. (JATENE, 2007; PANKE; PANKE, 2019)

Diferentemente dos homens que, à priori, escolhem uma profissão ou especialidade que lhes agrade ou convenha, as mulheres mesmo quando mais capazes têm inúmeros obstáculos a vencer. Acredita-se que uma mulher esteja mais apta a exercer a ginecologia obstetrícia e a pediatria do que outras áreas.

A cirurgia pediátrica se mostra um campo de boa inserção feminina. Dos 85 participantes da Associação de Cirurgia Pediátrica do Rio de Janeiro, 43 são do sexo feminino, configurando o maior percentual de profissionais do sexo feminino em especialidade cirúrgica. Em oposição às áreas de Cirurgia Torácica, Cirurgia Cardíaca e a Neurocirurgia que possui um contingente muito pequeno de especialistas do sexo feminino. (FRANCO; SANTOS, 2010)

Durante séculos, as mulheres conviveram com direitos civis limitados e quase nenhuma credibilidade profissional. Certas conquistas profissionais e culturais femininas continuam a provocar reação de surpresa. Atualmente, ainda é possível encontrar famílias com uma educação que

Favorece a baixa autoestima, a insegurança intelectual, a dependência emocional e financeira das mulheres. Na sociedade, seus atributos mais valorizados são físicos, em detrimento de destreza, habilidade manual, inteligência e todos os outros necessários para o sucesso como cirurgiã. (MOTT, 2005, apud p.15 FRANCO; SANTOS, 2010)

Até a década de 1960, as poucas cirurgiãs existentes encontravam um ambiente hostil, pois não havia vestuário feminino, roupas adequadas ou quaisquer outras facilidades. Eram sempre confundidas com enfermeiras ou instrumentadores. O planejamento e a arquitetura nunca consideravam a presença das mulheres. Em princípio, como cirurgiãs elas eram alvos de

comentários desagradáveis. Os pacientes, frequentemente, diziam preferir operar com homens. Não havia cirurgiãs bem sucedidas que servissem como exemplo e estímulo. (FRANCO; SANTOS,2010)

O papel da mulher médica era de subordinação aos médicos homens, restando-lhes somente a execução de tarefas auxiliares. Nise da Silveira (1905-1999) representa um exemplo desta condição de subordinação, pois ela era uma grande psiquiatra brasileira que foi transferida para o setor de terapia ocupacional por se negar a aplicar eletroterapia em seus pacientes. Essa nordestina foi a única mulher de sua turma no curso de medicina da Universidade da Bahia e psiquiatra principiante no hospício da Praia Vermelha, na década de 60. Nise da Silveira sempre ousou. Esquerdista, atuante na União Feminina do Brasil, ela foi presa pela ditadura getulista ao lado de Olga Prestes e Elisa Berger, mas também foi expulsa do Partido Comunista pelo crime inafiançável de suposto trotskismo. Em 1955, Nise fundou, no Rio de Janeiro, um grupo de estudos sobre C. G. Jung, que viria a se tornar um centro aglutinador de todos que buscavam caminhos alternativos aos diversos discursos hegemônicos que então dominavam o campo "psi". Já em 1956, preocupada em resgatar a dimensão humana dos denominados "loucos", Nise da Silveira criou a Casa das Palmeiras, instituição pioneira de acolhimento, de portas sempre abertas que, na opinião de um de seus primeiros clientes, seria "um cantinho que iria modificar o mundo". (NISE DA SILVEIRA, 2002)

Pesquisas demonstram que médicas se encontram em situação desfavorável com relação à remuneração; além disso, poucas vezes elas ocupam cargos de chefia e de liderança. Na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1998, cento e noventa anos após sua fundação, somente quatro mulheres chegaram ao nível de Professoras Titulares por concurso e, apenas uma delas era cirurgiã. (FRANCO; SANTOS,2010)

As dificuldades a serem vencidas pelas mulheres que desejam ser cirurgiãs resultam da falta de autoconfiança feminina e de modelos estimulantes em cirurgiãs de sucesso, além dos problemas advindos da falta usual de suporte institucional às mães médicas. Tais fatores ainda contribuem para o pequeno número de mulheres cirurgiãs. Estes fatores de impedimento estão sendo,

progressivamente, derrubados. A escolha das mulheres pela cirurgia como especialidade dependerá, então, apenas de seus interesses pessoais?

Chantagens, assédios, difamação e ridicularizações fizeram parte da evolução das mulheres na Medicina, particularmente na Cirurgia, de forma mais grave no início, mas ainda presentes, dissimuladas em algumas brincadeiras. (FRANCO; SANTOS,2010, p.?)

Como será apresentado no capítulo 3 desta tese vimos aos analisarmos os dados comparativos entre sexo que; as mulheres ganham menos, trabalham menos horas, tem menos filhos e estão em maior número nas áreas de ginecologia obstetrícia e pediatria e, em menor número na cirurgia, do que os homens, corroborando com os dados relatados acima.

Este capítulo apresentou um breve histórico da medicina, refletiu sobre o papel do médico(a) em relação aos aspectos positivos e negativos da profissão. a relação entre médico(a) e paciente; o enfrentando de lidar com a morte e as questões sobre bioética. Também refletiu sobre as lutas das mulheres na prática da medicina. O capítulo seguinte aborda a vinculação entre Religião e Medicina ao longo da história perpassando a necessidade da disciplina na graduação de medicina; a relação entre Religião/Religiosidade/Espiritualidade e saúde; religiões e suas visões sobre o corpo humano e a doença e, por fim, os médicos(as) e seus aspectos religiosos.

2 RELIGIÃO E MEDICINA

Neste capítulo são apresentados elementos relevantes que unem a Medicina com a Religião ao longo do tempo. Logo após aflora uma discussão sobre a graduação médica e a relevância da inclusão de disciplinas com o tema religião. Dando sequência são apresentadas definições de religião, religiosidade e espiritualidade e estudos relevantes das relações destas com a saúde. Segue-se com religião na modernidade, visões religiosas de corpo e de doenças e médicos(as) diante de aspectos religiosos tanto dos pacientes quanto de si próprios.

2.1 Religião e medicina na história

A relação entre medicina e religião é antiga. Em virtude da grande tradição médica, os egípcios temiam as doenças, a morte e desejavam permanecer eternamente jovens. Como demonstram os pergaminhos de 1.500 A.C, havia a crença que os deuses eram causadores de doenças; sendo cada parte do corpo dominada por uma força espiritual particular cuja adoração adequada levaria à cura do órgão acometido pela doença. Para mais, as próprias divindades poderiam ficar doentes e precisarem da cura. (TERRIN, 1998)

O medo do envelhecimento, da morte e das doenças ainda estão presentes no mundo pós-moderno. O ser humano aproximou-se dos deuses e passou a relacionar-se com eles; nem os cultuam nem os temem como antigamente. Entretanto, recorrem a eles de acordo com as suas necessidades. (ESPINHEIRA, 1996)

No início do século XVI, a medicina passa a se distanciar da religião. A literatura aponta um deslocamento epistemológico de arte de curar doentes para disciplinas das doenças. Sendo assim, ocorre o desenvolvimento de várias áreas do conhecimento humano influenciando o modo de pensar da medicina e fornecendo, gradativamente, instrumentos para lidar com as doenças. (BRESCHIANI, 2000; TERRIN, 1988). À título de exemplo, o pensador Rene Descartes (1596-1650) sustenta que não se deve aceitar como verdade aquilo que não é possível provar e defende a separação entre mente-corpo reduzindo fenômenos complexos para componentes mais simples. Outro pensador, Isaac

Newton (1643-1727), traz a visão cartesiana do corpo e do mundo como sendo uma grande máquina a ser explorada.

A partir do século XVIII ocorre um desenvolvimento acelerado da medicina científica oficial. O conhecimento racional passa a ser regulamentado e visto como legítimo estabelecendo o monopólio médico e criando a categoria social de “charlatão”. Logo, o que se diferenciava do cientificismo iluminista e da medicina alopática passou a ser combatido e interpretado como charlatanismos. (STERN et al, 2018).

No campo religioso, especialmente das religiões populares, sacerdotes passaram a ser acusados de feiticeiros; em outras palavras, suas ações de cura religiosa passaram a ser identificados como feitiçaria ou falsa medicina e, por vezes, proibidas por lei. (ESPINHEIRA, 1996)

No início do século XX, o médico suíço Carl G. Jung criou uma estrutura de tratamento para pacientes psiquiátricos que reconhecia a importância das manifestações religiosas. Desde a faculdade, Jung se interessou pelos chamados fenômenos ocultos. Seu trabalho de conclusão do curso de medicina foi sobre sua prima Helene Preiswerk que, em sessões espíritas organizadas pela família, dizia entrar em contato com os parentes falecidos. (SILVEIRA,2000)

Jung utilizava o termo “experiência numinosa”, de Rudolf Otto, para definir as percepções irracionais e afetivas associadas à vivência religiosa e utilizava as relações entre consciente e inconsciente para explicar a *função transcendente* presente nesta vivência. (LIMA,2015)

Em seus estudos Jung se baseou no filósofo William James para explorar certas capacidades da mente humana reconhecendo a perspectiva e a possibilidade de uma continuidade da consciência para além da vida material. Em seu livro, *The Varieties of Religious Experience*, publicado em 1902, William James fala sobre a relação entre a neurologia e a religião utilizando como exemplos; eventos não tangíveis, os processos de conversão, a santidade, o misticismo, entre outros.

As sociedades das quais Jung e James fizeram parte tinham o objetivo de avaliar estas descobertas através do método científico, isso significava saber se a telepatia, *poltergeist*, assombrações, mensagens de espíritos eram fatos ou fraudes. Tais eventos eram foco de discussão na segunda metade do século XIX, reportados na imprensa e referenciados na literatura.

A disputa com a medicina oficial levou à tentativa de implantação de um projeto de lei no estado de Massachusetts, com o intuito de banir as práticas de saúde dos médiuns e curandeiros. Um argumento a favor de todas as práticas religiosas era a eficácia do hipnotismo que na Europa chegou a ser considerado técnica anti-científica.

Pesquisadores importantes de Harvard chegaram a organizar um grupo de pesquisa para avaliar os fenômenos sobrenaturais. No entanto, os resultados foram considerados inconclusivos. Na Universidade da Pensilvânia, igualmente, se formaram comissões de investigação sobre a escrita automática e comunicações com espíritos.

Muitas eram dificuldades em pesquisar estes fenômenos, o que mais faltava às pesquisas era crítica, cautela e seriedade. Em relação à condução dos experimentos, alguns médiuns, se resguardavam impondo diversas condições, e alguns pesquisadores já assumiam posicionamentos a favor ou contra por antecipação. Os relatos, em alguns casos, desafiavam a capacidade de compressão e seriam alvo de um ceticismo natural por parte daqueles que não eram testemunhas oculares dos fenômenos. (LIMA, 2015)

Outra obra inspiradora de Jung de William James é Religion and Neurology, uma crítica à análise reducionista do materialismo médico, limitando todas as experiências a disfunções fisiológicas; como por exemplo, o materialismo médico define a experiência do apóstolo Paulo na estrada de Damasco, como uma lesão do córtex occipital e uma resposta epiléptica; Santa Teresa D'Ávila como histérica; São Francisco de Assis como um degenerado.

Em 1915, no *The Royal College of Physicians of London*, médicos voltaram a discutir o tema religião na medicina que resultou no *The British Medical Journal*, posteriormente reunidas em um livro publicado, em 1924, intitulado *Medicina, Magia e Religião* (TAVARES, 1916). Após este estudo, outro editorial foi publicado, em 1925, no *American Journal of Public Health* abordando o papel da religião na assistência aos pobres e doentes.

Somente em 1972, a espiritualidade aparece relacionada à saúde no artigo de O'Connell (1972) sobre pesquisa realizada em um hospital para veteranos nos EUA. Vale ressaltar que a abordagem da relação entre religião e saúde é inicialmente antagônica.

Apesar do esforço em construir um discurso de acusação e ameaça social às religiões, a prática não fez desaparecer os curandeiros, feiticeiros e benzedeiros, pois a medicina oficial não se tornou suficiente para dar respostas eficazes aos problemas de saúde da população (MONTEIRO, 1985)

Outro exemplo da parceria entre medicina e religião consiste nos dois dos mais famosos juramentos declamados nas formaturas médicas o de Hipócrates e o de Maimônides. O primeiro juramento invoca os deuses da mitologia grega (Apolo, Asclépio, Higeia e Panacéia) e inclui o sentimento de compaixão que deve ser sentido pelo paciente. Apolo era filho de Zeus, ocupava lugar de destaque, era conhecido como deus da luz e do sol, da verdade e da profecia, da medicina e da cura, das artes, da poesia e da música. Asclépio, filho de Apolo, conhecido como Esculápio pelos romanos é especificamente deus da medicina, da cura e do rejuvenescimento. Higeia e Panaceia são filhas de Asclépios, a primeira é associada a prevenção de doenças e da boa saúde. Deusa da saúde, da limpeza e do saneamento. Seu nome deu origem a palavra higiene. Panacéia é a deusa da cura, associada a medicamentos poderosos. (SANDOVAL, 2019)

Trecho do juramento de Hipócrates:

Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panácea e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue (...). A pretensão não irá entrar em nossa prática. Falta de habilidade de ajudar muitos de nossos pacientes evocará nossa humildade. O sofrimento deles será atendido com compaixão. (...) Ao colocarmos em prática os princípios éticos benéficos ao homem, possamos fazer aos outros o que gostaríamos que fizessem por nós, nossos filhos e a descendência humana. (REZENE, 2003)

Por sua vez, o Juramento de Maimônides se assemelha a uma oração e, segundo o Jorge (2010) é o modelo de compromisso pessoal do(a) Médico(a) que deveria ser repetido periodicamente, pois é o comportamento e as ações que a sociedade espera que esse(a) profissional tenha ao longo de sua vida.

“Ó Deus, Tu formaste o corpo do homem com infinita bondade; Tu reuniste nele inumeráveis forças que trabalham incessantemente como tantos instrumentos, de modo a preservar em sua integridade esta linda casa que contém sua alma imortal, e estas forças agem com toda a ordem, concordância e harmonia imagináveis. Porém se a fraqueza ou paixão violenta perturba essa harmonia, estas forças agem uma contra as outras e o corpo retorna ao pó de onde veio. Tu

enviaste ao homem Teus mensageiros, as doenças que anunciam a aproximação do perigo, e ordenas que ele se prepare para superá-las.

A Eterna Providência designou-me para cuidar da vida e da saúde de Tuas criaturas. Que o amor à minha arte aja em mim o tempo todo, que nunca a avareza, a mesquinhez, nem a sede pela glória ou por uma grande reputação estejam em minha mente; pois, inimigos da verdade e da filantropia, eles poderiam facilmente enganar-me e fazer-me esquecer meu elevado objetivo de fazer o bem a teus filhos.

Concede-me força de coração e de mente, para que ambos possam estar prontos a servir os ricos e os pobres, os bons e os perversos, amigos e inimigos, e que eu jamais enxergue num paciente algo além de um irmão que sofre. Se médicos mais instruídos que eu desejarem me aconselhar, inspira-me com confiança e obediência para reconhecê-los, pois notável é o estudo da ciência. A ninguém é dado ver por si mesmo tudo aquilo que os outros veem.

Que eu seja moderado em tudo, exceto no conhecimento desta ciência; quanto a isso, que eu seja insaciável; concede-me a força e a oportunidade de sempre corrigir o que já adquiri, sempre para ampliar seu domínio; pois o conhecimento é ilimitado e o espírito do homem também pode se ampliar infinitamente, todos os dias, para enriquecer-se com novas aquisições. Hoje ele pode descobrir seus erros de ontem, e amanhã pode obter nova luz sobre aquilo que pensa hoje sobre si mesmo.

Deus, Tu me designaste para cuidar da vida e da morte de Tua criatura; aqui estou, pronto para minha vocação.”

Sendo assim, a religião e a medicina continuaram dialogando. Neste sentido, Edmund Pellegrino (1994) declara que o papel do médico perpassa quatro princípios: profissão, paciência, compaixão e consentimento. O autor defende que a relação de confiança entre médico(a) e paciente deve ser baseado no modelo que considera quatro componentes do bem do paciente: o bem biomédico, a percepção do próprio(a) paciente acerca do bem, o bem para o(a) paciente como ser humano e o bem supremo ou espiritual. Pellegrino esclarece que nem sempre é possível integrar estes quatro componentes do bem do paciente na decisão clínica ou mesmo estabelecer uma hierarquia entre eles, designadamente em emergências ou quando se trata de menores ou pacientes com perturbações cognitivas ou psiquiátricas.

De acordo com Pessini (2000), na compaixão o médico é convidado a sofrer com o paciente, sendo uma espécie de regra de ouro das grandes

religiões. Portanto, no nível mais elevado do processo de procura do bem do(a) paciente está o bem supremo ou espiritual. Trata-se do reconhecimento da espiritualidade do ser humano, ou seja, aquilo que dá sentido à vida. Esse nível tem sido cada vez mais valorizado na prática clínica e traduz o respeito pelas opções religiosas do(a) paciente. Na ordem de prioridades do(a) paciente, a saúde pode até nem ser considerada o maior bem.

Nas palavras de Harold G. Koenig (2012, p. 4),

argumentarei a favor de uma conexão entre religião e saúde quando a predominância das evidências, junto com o bom-senso e o raciocínio lógico, sustentar tal ligação.

O autor defende a necessidade do diálogo entre religião e medicina em função do contexto social atual; isto é, a demanda por saúde cresceu drasticamente e tal interação se tornará essencial em caso de uma possível crise futura da saúde pública. Além disso, argumenta que religião e espiritualidade podem, de fato, afetar a saúde de uma forma detectável pela ciência e que é necessário demonstrar que os aspectos psicológicos, sociais e religiosos da vida humana também afetam o corpo físico.

Em abril de 2007, foi realizado o I Simpósio Saúde e Espiritualidade promovido pela Faculdade de Medicina da Escola Paulista da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Evidentemente, os(as) médicos(as) e profissionais da saúde passaram a sentir necessidade de poder fazer algo a mais pelos pacientes. Neste simpósio foi também discutido a importância da universidade oferecer disciplinas específicas para capacitar os futuros profissionais área médica a lidar com a espiritualidade/religião de seus pacientes.

2.2 O retorno da religião na graduação da medicina

Até o final do século XX, no ensino médico havia o estudo de humanidades, incluindo a religião. A evolução tecnológica supervalorizou os aspectos científicos e retirou estas disciplinas que passaram a ser desprestigiada e até ridicularizada (SIQUEIRA, 2006).

As escolas de medicina com o desafio de passar técnicas cada vez mais sofisticadas acabaram deixando de lado o cuidado compassivo. O modelo de

ensino valoriza a técnica, o conhecimento científico e o desempenho acadêmico deixando de lado outras questões. Além disto, forças econômicas geraram pressão sobre os profissionais da saúde que precisam ser cada vez mais rápidos e gastar menos tempo com os seus pacientes.

Hoje, as escolas parecem querer recuperar o que foi perdido e começam a demonstrar preocupação em incluir esta temática em sua grade curricular com várias tentativas de reaproximação das dimensões humanistas apesar de algumas reações e retrocessos visíveis. (TAVARES et al, 2016; KOENING et al 2010; NEELY; MINFORD, 2008).

Nos Estados Unidos, em 75% das escolas médicas há disciplinas com o tema espiritualidade, religiosidade e saúde. A Associação Americana das Faculdades de Medicina (AAMC) realizou um guia de tópicos para serem abordados em disciplinas sobre saúde e espiritualidade, auxiliando instituições na construção de seus currículos. (PUCHALSKI et al, 2014)

Os estudantes americanos são ensinados a incluir a avaliação espiritual como parte da anamnese, orientados ética e clinicamente a discutir crenças e valores religiosos dos pacientes de forma respeitosa, imparcial e não impositiva. O papel da religiosidade/espiritualidade nos cuidados é baseado em pesquisas e artigos clínicos. As principais tradições religiosas que podem influir na escolha e estratégias terapêuticas são revistas em particular. Eles aprendem a manter o cuidado de pacientes terminais, utilizar técnicas adequadas para comunicar notícias desagradáveis de forma cuidadosa e a empregar a crença do paciente como recurso apropriado. Também são encorajados a utilizar a própria religiosidade para lidar com estresse inerente à prática médica. Porém, tais disciplinas geralmente atendem as necessidades espirituais dos(as) pacientes, raramente exploram questões que ajudem os(as) estudantes de medicina a explorarem a sua própria espiritualidade.

No Brasil destacam-se os Centros de Pesquisa sobre Espiritualidade e Saúde na Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Federal de Minas Gerais. Além de cursos e matérias curriculares sobre o tema em outras universidades, como a Universidade

Estadual de Campinas, Universidade Estadual de São Paulo (campus Botucatu) e Faculdade de Medicina de Marília, dentre outras. (STERN, 2018)

No Brasil, levantamentos indicam opiniões favoráveis de alunos(as), docentes e diretores de faculdades acerca da relevância do tema e sua importância para a formação médica tanto na graduação quanto na pós-graduação. (DALLA; CAZALLA; COSTA, 2016; LUCCHETTI; DAMIANO, 2020; FANG et al, 2016; CONDE et al, 2018).

Estudo feito por Conde et al (2018), foi do tipo transversal e descritivo, explorando projetos pedagógicos de 17 escolas médicas; acrescido da aplicação de duas escalas tipo *likert* a 92 graduandos do último semestre de medicina, oriundos duas escolas médicas da região Norte. A pesquisa conclui que há baixa inserção da espiritualidade nos currículos representando lacunas na formação médica apesar dos graduandos estarem em bem-estar espiritual e reconhecerem esta importância.

Em 2012, foi feito um levantamento com 86 escolas médicas, 10,4% destas possuem cursos de religião e espiritualidade e 54% dos diretores reconhecem a importância destas matérias na grade curricular. (LUCCHETTI; DAMIANO, 2020). Outro estudo envolvendo 12 escolas brasileiras de medicina com 5950 alunos(as) desdes 3.630(61%) participaram respondendo o questionário SBAME . A amostra consistiu em 53,8% de mulheres com média de idade de 22,5 anos. A maioria dos estudantes (71,2%) apontou que a espiritualidade tem impacto na saúde dos pacientes e de modo positivo (68,2%). A maioria (58,0%) também queria abordar espiritualidade e religião em sua prática clínica e que considerava relevante (75,3%), embora quase metade (48,7%) se sentia despreparada para tal. Com relação ao treinamento, a maioria (81,0%) dos(as) estudantes de medicina relatou nunca ter participado de uma atividade de “espiritualidade e saúde” e que seus(suas) instrutores médicos(as) “nunca” ou “raramente” abordam esse assunto (78,3%). A maioria também acredita que os(as) estudantes devem estar preparados(as) para abordar questões espirituais relacionadas à saúde de seus pacientes (61,6%) e que este conteúdo deve ser incluído no currículo médico (62,6%). O estudo conclui que há uma grande lacuna entre as atitudes e expectativas dos(as) estudantes de medicina e o conhecimento que estão recebendo na graduação. A maioria

dos(as) pesquisados(as) acredita que os(as) pacientes deveriam ter suas crenças abordadas e que essas crenças podem ter efeitos importantes sobre sua saúde e a relação entre médico(a)-paciente. Os resultados deste estudo poderiam estimular a discussão sobre o lugar que o conhecimento sobre religião e espiritualidade deve ocupar no currículo da área médica. (LUCCHETTI, DAMIANO, 2020)

Outro estudo fornece um panorama do ensino de temas relacionados a saúde e espiritualidade na graduação em saúde no mundo, com particular enfoque na educação médica brasileira. Sendo assim, realizou-se uma revisão narrativa baseada na busca em bases de dados nacionais e internacionais, assim como na experiência dos autores. Os resultados do estudo mostram que, nas últimas décadas, houve importante crescimento no ensino sobre espiritualidade e religião, predominantemente nos países de língua inglesa (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido), as diretrizes mundialmente seguidas partem, especialmente, do continente norte-americano. ((LUCCHETTI et al, 2013)

No Brasil, a maioria das escolas brasileiras ainda não possui uma inserção consistente da temática na grade curricular, apesar de um levantamento recente mostrar a existência de quarenta e cinco ligas acadêmicas de saúde e espiritualidade pelo Brasil. Contudo, essa lacuna é preenchida com as atividades extracurriculares existentes na formação. Por fim, o estudo defende que esta temática faça parte do currículo formal no sistema obrigatório e para não exigir mais um tempo extra dos estudantes de medicina. (DAMIANO; LUCCHETTI, A.; LUCCHETTI, G., 2020)

Estudo realizado com 318 estudantes de medicina de Ribeirão Preto teve como objetivos avaliar a importância que dão a tal tema e de que forma ele é abordado em seu ensino. Fez parte de um trabalho multicêntrico conduzido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A pesquisa mostra que 77,3% consideram a espiritualidade muito influente na saúde de seus pacientes. A maior parte dos alunos (75,2%) afirma que esse assunto nunca ou raramente foi abordado nas atividades curriculares. Para 80% deles, os(as) médicos(as) devem levar em consideração o bem-estar físico, mental e espiritual dos seus pacientes. Os conteúdos relacionados à “Saúde e Espiritualidade” deveriam ser abordados no curso médico como disciplina optativa específica (46,6%), em

cursos, eventos e estágios (22,5%), dentro de atuais disciplinas (16,9%) e até em disciplina obrigatória específica (5,2%). Somente 8,8% desconsideram tal abordagem (8,8%). Na conclusão, o autor ressalta que os(as) estudantes de medicina avaliados apresentam atitudes positivas em relação à inclusão da espiritualidade na prática médica, assim como muitos médicos(as), apresentam uma carência de conhecimento específico e de habilidades sobre espiritualidade na atenção médica. (LUCCHETTI, DAMIANO, 2020)

A superação do desconforto em abordar as questões espirituais com os pacientes dar-se-á pelo treinamento e experiência. Se os(as) alunos(as) de medicina desenvolverem um entendimento maior sobre o papel que a espiritualidade tem na saúde assim como os serviços espirituais que estão disponíveis refletirão sobre a melhora no seu atendimento clínico. Os(as) estudantes podem ser treinados para levantarem tais questões de seus pacientes quando ouvirem as histórias médicas como uma extensão da história social. Este questionamento inicial sobre espiritualidade pode servir também para que os pacientes saibam que estes assuntos podem ser discutidos no futuro se desejarem (AVILA et al, 2010).

Pesquisa feita com médicos da família revelou que 80% dos entrevistados apontaram que temas relacionados à saúde e espiritualidade deveriam fazer parte dos currículos da formação em saúde. (BIAGGI, 2001)

Stern (2018) cita a frase de Laplantine (2010, p. 217), “que na medicina “não existem práticas puramente ‘médicas’ ou puramente ‘mágico-religiosas”, para reafirmar a necessidade de médicos(as) receberem informações sobre religiosidade/espiritualidade e saúde em sua formação. Stern cita Minayo (1988) que também defende a importância de estudos sobre as concepções sociais e religiosas das doenças, visando o desenvolvimento de atitudes práticas aos sistemas médicos, pois os entendimentos populares das doenças contêm elementos importantes das comunidades às quais os pacientes se inserem.

Stern (2018, p.154) escreve defendendo que o cientista da religião é um profissional indicado para ser educador de futuros médicos(as).

“Com formação específica no tema, temos o perfil adequado, pois possuímos as ferramentas necessárias para capacitar os graduandos da área da saúde sobre espiritualidade de modo

mais adequado que o proposto pela Organização Mundial da Saúde. “

2.3 Religião/Religiosidade/Espiritualidade e a relação com a saúde

Desde a antiguidade, diversas civilizações buscaram explicar o aparecimento e a ocorrência de doenças recorrendo ao sobrenatural. A causalidade das doenças sempre foi objeto de preocupação nas mais diversas sociedades e explicada a partir do sistema de crenças de cada uma delas. (MONTEIRO, 1999)

A religião afeta a saúde porque envolve um sistema profundo de crenças do ser humano. Esse sistema de crenças torna-se fator poderoso que influencia nas atitudes e comportamentos frente às doenças e nas decisões médicas. (Andrew e Koenig, 2006). A crença e a prática religiosas podem reduzir o senso de controle e desamparo que acompanha as doenças físicas. (KOENIG; LARSON; LARSON, 2001)

As pesquisas atuais sugerem que a religiosidade e a espiritualidade sejam fatores importantes para as pessoas que sofrem ou estão doentes. A revisão da literatura mostra que a religiosidade apresenta associação positiva em desfechos clínicos para a saúde física e mental associada ao maior bem-estar, melhor prognóstico de transtornos mentais e menores taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas e de mortalidade em geral. Neste contexto, começa a surgir a preocupação com a atenção do profissional da saúde para questões espirituais e religiosas de seus e suas pacientes. (MOREIRA; LOTUFO; KOENIG, 2006; KOENIG et al, 2001; LUCCHETTI, 2013)

Há estudos de médicos sobre os efeitos da oração, componente da prática religiosa usada para agradecimento ou para obter ajuda de um poder superior. Esta prática interfere no curso das doenças e minimiza os sintomas. Porém a oração não é feita independente de outros aspectos relacionados à crença. (BENSON, 1996)

Por outro lado, a religião pode afetar a saúde de maneira negativa. Pessoas que acreditam que somente a fé religiosa vai resolver o problema e, em

nome da fé, abandonam a terapêutica instituída podem ter sua saúde comprometida. Na saúde mental há muitos casos de pessoas que abandonam o tratamento médico substituindo-os por práticas religiosas, tendo como consequência piora dos sintomas ou novos surtos. Teixeira (2003) cita o estudo realizado por Asser e Swan (1998) com 172 crianças e mostrou que quando a cura pela fé foi usada exclusivamente como tratamento o número de fatalidade foi alto.

A crença religiosa presente na saúde funciona similarmente ao placebo, pois ambos dependem da fé do paciente na cura. O mistério do placebo causa muitas controvérsias na área científica,

(...) é rejeitado ainda por muitos como um “fator perturbador” incompreensível e desprezível para outros, ele vem chamando a atenção como um elemento fundamental no processo de cura. Seu estudo poderia trazer uma melhor compreensão da comunicação psique-corpo e de como a psique pode ordenar mudanças bioquímicas essenciais na mobilização das defesas corporais. (RAMOS, 1994, p.122)

Em outra passagem, Ramos argumenta que “a pílula é necessária em uma cultura que se sente desconfortável com o invisível e que prefere pensar que qualquer efeito interno tenha uma causa externa.” (RAMOS, 1994, p.126)

Há evidências que intervenções relacionadas espiritualidade/religiosidade pode ter impacto em longo prazo sobre a saúde da população. A abertura de espaços para a espiritualidade/religiosidade nas instituições de saúde pode trazer como reflexo redução de custos associados ao uso de analgésicos ou de tranquilizantes pelos pacientes e pode ser tratamento adjuvante ou alternativo ao menos para minimizar a dor e a ansiedade, aliviar preocupações, dar conforto e motivação. (DANTAS FILHO; SÁ, 2007; LEVIN, 2016).

Muitos pacientes hospitalizados com doenças crônicas apresentam necessidades espirituais. Entretanto, questões ligadas à religiosidade/espiritualidade dos pacientes raramente são consideradas durante o tratamento hospitalar pelos profissionais da saúde. No cotidiano hospitalar brasileiro, as necessidades espirituais dos pacientes têm sido objeto de preocupação de profissionais da saúde que buscam fazer esse trabalho como voluntários. As razões possíveis para a “negligência” dessas questões por parte dos profissionais da saúde passam tanto pelo desconhecimento teórico (na

formação) quanto prático (integração) e não levam em conta que o cuidado integral também envolve aspectos ligados à espiritualidade/religiosidade.

O processo saúde-doença-adoecimento é influenciado por inúmeros fatores biopsicossociais, ou seja, fatores físicos, históricos, econômicos e culturais. Portanto, crenças, práticas e experiências espirituais de uma sociedade influenciam diretamente o processo de adoecimento. A crise existencial trazida pela doença pode levar a pessoa e seu grupo social a questionar sobre suas vidas e podem resultar em amplas transformações, positivas ou negativas, pessoais e familiares.

Sendo assim, a Resolução publicada na Emenda da Constituição de 07 de abril de 1999 da OMS, propôs incluir o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde que agrega aspectos físicos, psíquicos e sociais. O documento também definiu saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, *espiritual* e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 1998 p. 4 apud STERN, 2018).

Existe uma preocupação na área da saúde em situar mais claramente os termos espiritualidade, religião, religiosidade sendo este um dos empecilhos para a criação de padrões confiáveis de pesquisa sobre a temática. (TAVARES, 2016; STANZIANI, 2002)

Luccheti (2012) evidenciou que os estudantes de medicina sentem medo de impor suas crenças religiosas às pessoas ao tentarem abordar a espiritualidade, pois ainda encontram dificuldade em dissociar religião, religiosidade e espiritualidade.

A definição de religião utilizada pela Organização Mundial da Saúde foi extraída do dicionário Oxford. “(...) a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo” (FLECK et al., 2003, p. 4).

Nesta tese, religião é entendida como um conjunto de crenças, práticas e rituais relacionados à uma transcendência. Derivado da religião, o termo religiosidade, refere-se ao envolvimento da pessoa em atividades religiosas específicas, tais como orações e frequência a cultos, missas, reuniões, dentre outras.

Jung afirma que manifestação de elementos religiosos faz parte do processo natural da psique humana. Há certas intuições que provêm de um nível mais profundo e que oferecem certezas que vão além de deduções lógicas e dos argumentos racionalistas. A verdade na esfera religiosa não é conseguida por argumentos da intelectualidade, apenas quando nossos sentimentos sobre a realidade dos fatos já foram induzidos a tal reflexão. A certeza atingida a um nível intuitivo não é abalada por argumentos bem construídos. (LIMA, 2015)

As religiões se fundamentam nas experiências religiosas originais vividas por um determinado grupo de indivíduos. Como exemplos claros desse fenômeno no ocidente tem o cristianismo, centrado nas experiências do Cristo; no oriente com Buda, Zoroastro e Maomé que através de suas vivências também inspiraram o surgimento de religiões. Essas experiências originais seriam, posteriormente, sacralizadas e transformadas em rituais pela repetição. Um aspecto essencial demarcado por Jung é que a experiência religiosa não estaria restrita a certos homens especiais, mas se manifestaria através de diversas pessoas, em todas as épocas e culturas, sendo elemento comum do psiquismo. (LIMA, 2015)

A religião oferece valores que ajuda a encontrar o sentido para a vida enriquecendo a espiritualidade. A espiritualidade faz com que a religião se torne viva. Um alimenta o outro. O *ser humano religioso* busca poderes superiores para compreender e governar a sua vida. Sabe que é finito na temporalidade e na espacialidade e, por isso, procura algo que o ultrapasse.

À palavra religião atribuem-se duas possíveis raízes etimológicas: *religare* que se auto atribuí a função de intermediadora entre o ser humano e Deus, remetendo a uma aliança entre o Criador e os homens (AZEVEDO, 2010) e *religere*, conforme assinalado por Jung (2011), que associa à releitura necessária de si mesmo e do mundo para a descoberta e interpretação dos fenômenos chamados numinosos, ligados a uma experiência individual, indizível em sua totalidade.

William James (1995) definiu religião como a busca de significado e de relação com o Sagrado, sendo a espiritualidade a função central da religiosidade. Significando os sentimentos, atos e experiências de indivíduos em sua solidão,

na medida em que se sintam relacionados com o que quer que possam considerar o divino.

A espiritualidade está ligada ao “Espírito” que na origem de sua expressão em hebraico e grego significa “ar em movimento”, “hálito” ou “vento”. Por isso é sinal ou princípio de vida, é força vital. Pode ser compreendida como a busca de significado e sentido para a vida em dimensões que elevam o coração e o sentir humanos à experiência com algo maior que o seu existencial e que pode ou não estar relacionada a uma prática religiosa formal (TEIXEIRA, 2016)

O que é espiritual não é mensurável, não há instrumento de medição ou tabela que possa confirmar sua presença. Essas experiências ultrapassam a linguagem. Essa realidade transcendental sobrenatural, presente em todo ser humano, aponta para a presença de um “mistério, uma força maior presente na experiência que é sentida e vivida e dificilmente explicada por palavras. (TEIXEIRA, 2016)

É comum desenvolver a espiritualidade dentro de uma religião (daí a confusão que ocorre), por vezes, entre as duas situações. Sobre o assunto, Vasconcelos (2014) menciona que “espiritualidade e religião se complementam, mas não se confundem. Existe um grau hierárquico que distingue os termos. A espiritualidade é uma vivência nata do homem, enquanto a religião é uma instituição humana.

Boff (1999) também distingue espiritualidade de religião. Para o teólogo, a religião “elabora edifícios teóricos, ritos e símbolos e, por outro lado, sem religião não seria possível o processo palpável da espiritualidade. A religião aponta e direciona a espiritualidade intrínseca do ser humano”. Todavia, a religião também corre o risco de se esquecer da espiritualidade, matriz formadora de seu sentido quando se alia a outros poderes de interesses escusos.

Gonçalves (2013) cita o Dalai Lama ao advogar que as religiões, em função de suas doutrinas e verdades excludentes, são a principal causa dos conflitos da humanidade. Daí a sua concepção de espiritualidade como anterior à religião. É na “espiritualidade que se dá o amor, a compaixão, a solidariedade e a tolerância”. A espiritualidade ocorre independentemente da religião ou das

crenças. Ela está para além da pertença religiosa, aliás, é a religião que faz uso da espiritualidade. “A espiritualidade é assistemática; religião é sistematizadora da fé; enquanto espiritualidade não dá nomes; religião oferece o conteúdo. (GONÇALVES, 2013, p. 131-132).

Observa-se a valorização do termo espiritualidade deslocando-se o termo religiosidade para uma “componente institucionalizada, ritualizada e ideológica”, associando-o a uma espécie de espiritualidade “negativa”, que constituiria de certo modo um entrave à expressão individual, esta sim seria positiva. (HILL; PARGAMENT, 2003)

Segundo Allport e Ross (1967), a religiosidade é intrínseca quando o indivíduo vive a religião como um fim em si mesma, dando a ela o significado através do qual tudo é compreendido. Já a religiosidade extrínseca se relaciona à vivência social da religião. Para Lotufo Neto, Lotufo Junior e Martins (2009) “a pessoa motivada extrinsecamente usa sua religião, enquanto a que é motivada intrinsecamente a vive”. Outras dimensões da religiosidade frequentemente presentes em estudos relacionados à saúde são seus aspectos *organizacional* (quando se trata de idas à igreja ou templo religioso) e *não-organizacional* (como rezar, ler livros espirituais ou assistir programas religiosos) (KONIG; LARSON, 2001)

Segundo Stern (2018) os cursos da saúde preferem utilizar o termo *Espiritualidade em vez da palavra religião* porque a maioria dos códigos de ética que regulam as profissões da saúde no Brasil proíbem interferências no campo religioso. “Como não se tem conhecimento até que ponto o profissional pode atuar na dimensão religiosa, a palavra *religião* é evitada e a espiritualidade é utilizada como um sinônimo.”

Para a OMS, a espiritualidade não necessariamente se relacionaria a qualquer religião – o que permitiria a ação dos profissionais médicos sem ferir seus códigos de ética.

2.4 A religião na modernidade

A religiosidade no campo brasileiro está, cada vez mais, diversificada e individualizada. A sociedade moderna rompe com as tradições e a secularização

promove uma cisão entre política e religião. A religião vai para a margem e passa a ser assunto autônomo, privado, não mais herdado dentro de um contexto familiar. Algumas pessoas não se submetem mais as regras de instituições religiosas, repensam suas tradições, normas, valores e criam a sua própria religião com base em suas experiências vividas, de maneira única. Ocorre então uma recomposição de um imaginário religioso marcado pela diminuição do domínio da Igreja Católica, declínio da identidade religiosa que permite o pluralismo religioso no Brasil. Ou seja, a coexistência de diferentes cosmovisões e sistemas de valores que passam a pensar o ambiente religioso não mais na figura do sagrado ou na figura divina, mas sim na figura do próprio ser humano em busca da sua essência sagrada. Várias igrejas que eram o ponto central de suas comunidades, controlavam, ordenavam e orientavam a vida de muitos se tornaram museus. (MONTEIRO, 2003; PIERUCCI, 2008)

No período do Iluminismo a religião foi equiparada a superstição e se acreditava que ela seria eliminada pela luz da razão. A modernidade, ao longo do século XX, busca respostas a fatos sobrenaturais e possibilita novas descobertas científicas anteriormente questionadas pela Igreja Católica. A ciência foi colocada no altar, mas esta não silenciou a religião. As crenças religiosas continuavam se espalhando de forma flexível. A racionalidade científica abre inúmeras dúvidas e incertezas que são preenchidas por uma nova religiosidade que nasce a partir de apropriações das religiões históricas. (MONTEIRO, 2003)

A modernidade e a globalização possibilitaram o trânsito e o dinamismo urbano com as pessoas indo em busca de informações. O que possibilitou um processo de reflexão pessoal onde as pessoas se questionavam e se redefiniam, trazendo a uma pluralidade inédita. (BERGER, 2017)

Segundo Daniele Hervieu Léger (2008), a secularização não significa a queda da religião e, sim, um processo de reconfiguração de crenças. Ocorre uma bricolagem de crenças que caracteriza um período de desregulamentação da religião no seio tradicional. Este fenômeno é assinalado pelo surgimento de dois sujeitos distintos os quais a autora denomina de peregrino e convertido. O peregrino é um religioso, em movimento, que realiza seu percurso a partir de escolhas individuais, ele é caracterizado pela postura de crer sem pertencer;

prática sua religiosidade de forma voluntária, autônoma e móvel com liberdade de escolhas. A questão individual não anula sua jornada coletiva, pois apesar de partir de percursos espirituais individuais desenvolve uma sociabilidade religiosa ao agrupar-se por afinidades sociais, espirituais e culturais através da emoção e da sensibilidade comum criam hábitos em conjunto. Já o convertido exerce sua religião em uma prática fixa, repetida e comunitária regulamentada pela instituição. O convertido pode ser aquele que mudou de religião e adere este novo caminho ou se reafilia a mesma religião que já possuía. Essas pessoas buscam uma identidade religiosa e se convertem. O convertido usufrui da liberdade trazida pela modernidade que permite a rejeição da identidade herdada e o abandono de uma religião por não concordar com algo e a busca para uma pertença nova. O que une o convertido com o peregrino é a questão da identidade religiosa que pode ser reconstruída a partir de diversos recursos simbólicos onde a pessoa constrói sua própria religiosidade em busca da realização pessoal.

Peter Berger (2017) deixa claro que a modernidade trouxe a pluralização e apresenta a necessidade de um novo paradigma que substitua a teoria da secularização para se compreender melhor a relação entre a modernidade e a religião. Uma teoria útil do pluralismo deve combinar componentes individuais e políticos os quais estão geralmente separados nas discussões. A modernidade não trouxe o declínio da religião, trouxe uma explosão de movimentos religiosos. Apesar do crescimento da fé na ciência, a religião não desapareceu no espaço público. A relação entre estado e religião apresenta-se como um quebra-cabeça importante para se compreender a religião moderna.

Outro autor importante para esta abordagem é Perucci (2008) quando afirma que a secularização não consiste no desaparecimento da religião da vida social, mas sim uma emancipação em relação à religião e uma reorganização na qual a religião perde a sua centralidade e seu poder de influenciar comportamentos e formar identidades de maneira totalizadora. Os conteúdos da fé tornam-se cada vez mais vagos, difusos e indeterminados. Nunca existiu ausência da religião somente uma mudança do público para o privado permitindo a subjetivação e relativização tornando possível o nascimento de novas religiões com uma cosmovisão e

possibilidade de não ser religioso sem o julgamento social negativo. A religião passa a ser uma escolha pessoal, não imposta.

James Beckford (1989 apud PIERUCCI, 1999) esclarece que religião é um constructo social e cultural com significado altamente variável, não denota algo fixo ou essencial para além dos significados que assume em contextos culturais e sociais particulares. Não pode ser analisada como um fenômeno unitário e homogêneo e quando comparada no tempo e no espaço deve-se considerar seu caráter multifacetado e socialmente construído. Pierucci propõe que seja investigado o que os agentes consideram religião e as situações em que o significado religioso é construído, reproduzido, desafiado, negociado, rejeitado e modificado. (PIERUCCI, 1999)

Ricardo Mariano (2013, p. 232) entende que as disputas em torno da laicidade da esfera pública no Brasil, “os significados, os lugares, papéis e as fronteiras da religião estão em constante transformação e são objetos de contestação, conflito e negociação.” Uns querem a privatização da religião e que ela se mantenha privada enquanto outros desejam que a sua própria religião exerça maior influência na esfera pública. As lutas políticas atuais são em defesa de um estado laico e vão contra interesses e perspectivas normativas, ideológicas e questionam quais devem ser o lugar, o papel e as fronteiras da religião em nossa sociedade. A instituição religiosa traz um programa de comportamento que quando interiorizada faz com que o indivíduo aja espontaneamente no setor da vida social. O pluralismo “relativiza as certezas das quais o ser humano costuma viver e o fundamentalismo procura restarar esta certeza ameaçada. (MARIANO, 2013, p. 34)

Assim como a religião, a ciência também vive um momento de incertezas, autorreflexão e passa por mudanças epistemológicas. Muitos cientistas se interessam por fenômenos sobrenaturais e buscam explicá-los através da ciência, como por exemplo, os neurologistas que estudam as atividades cerebrais de religiosos de diversas práticas e defendem que a complexidade do cérebro humano nos conduz a determinadas experiências religiosas. Estes médicos aproximam a ciência da religião mostrando que ambas não se excluem e que podem dialogar entre si.

2.5 Religiões e visões do corpo humano

Entender a concepção de “corpo” para cada religião é central para a compreensão dos significados das doenças. As crenças religiosas geram práticas que são vivenciadas por meio do corpo, onde ocorre a relação com o divino, algo muito relevante para se considerar no contexto médico. (COLEMAN; WHITE, 2009)

Cada religião ensina quais são as formas mais adequadas de utilizar o corpo para que o(a) fiel não caia em tentação e não cometa pecados. O corpo expressa a mudança provocada pela fé e algumas religiões trazem características físicas específicas. Gestos e comportamentos religiosos evidenciam a tentativa de moralização do corpo.

Anselm Grun (2011) diz que se pode experimentar Deus através dos cinco sentidos: visão, audição, olfato, tato e paladar. Nos depoimentos colhidos nesta pesquisa, que estão no capítulo 3 desta tese, temos exemplos destas experiências.

Os sentidos também são explicados pela psicologia como forma dos quais a psique estabelece um primeiro contato com a realidade. A partir desse ponto, elabora-se uma descrição interna do que é experimentado pela função do pensamento. A função sentimento, por sua vez, determina o valor do que é vivido e internalizado imprimindo a diferenciação entre o que é bom e ruim.

Dr Raul Marino Junior (2005) relata que, nas últimas décadas, diversos autores, vem se dedicando ao estudo neurofisiológico das experiências espirituais detectadas em voluntários durante a prece, a meditação e a contemplação, buscando uma interação entre alma e cérebro. Estes estudos originaram a neuroteologia, identificando o sistema límbico como sede das emoções, da afetividade e das experiências espirituais que representam um elo essencial entre mente e corpo.

Marino Junior (2005), bem como muitos cientistas afirmam que Deus existe em nosso cérebro e que circuitos cerebrais são acionados quando pensamos na divindade, no sagrado, nos valores supremos e na eternidade.

O corpo é objeto de estudo e de atuação da medicina porque é onde se encontra a doença. A saúde é vista como o equilíbrio do ser vivo com o seu meio

ambiente. Este equilíbrio é instável e necessita ser sempre monitorado e corrigido. O processo dinâmico que visa a manutenção do equilíbrio é associado a uma luta onde os micróbios são caricaturados como pequenos monstros que precisam ser combatidos pelo exército de defesa do corpo humano. (SCLIAR, 1996).

Para a sociologia o corpo é um produto social com características históricas, sociais, culturais e políticas. O primeiro patrimônio do ser humano. “O mais íntimo e o mais importante dos signos porque nunca pode ser desvinculado da pessoa a que pertence.” (BOLTANSKI 1970 apud RODRIGUES, p.107, 2006)

Segundo Varga (2005) há no corpo intersecções entre natureza e cultura, indivíduo, sociedade, corporeidade e espiritualidade. O corpo é controlado por regras sociais e representa o centro do indivíduo, a matéria da existência física e através dele que a pessoa se relaciona com o outro, com o mundo e com o Criador.

O antropólogo da saúde José Carlos Rodrigues (2006) mostra o quanto o corpo é regido por normas e regras sociais, principalmente, quanto às regras de higiene, alimentação e sexo, também presente nas religiões.

O primeiro indicador da presença da cultura é o aprendizado ou a submissão às regras básicas de higiene. As codificações do corpo e as manifestações afetivas através do nojo respondem à intolerância que os seres humanos tem à ausência de sentido do mundo em que vivem. Em um mundo organizado e equilibrado, cada coisa tem o seu lugar e nenhuma mistura deve ser produzida. Evitar os elementos corporais nojentos é regra para a manutenção da ordem do universo simbólico estruturador. As reações de nojo e os ritos de higiene protegem uma estrutura social frágil de todas as emanações do corpo que representam um perigo simbólico, sendo baseados na oposição entre cultural versus natural, sagrado versus profano e puro versus impuro. As práticas corporais e o nojo do corpo mostram que a natureza é estranha aos homens. Nesse sentido, o corpo é uma filosofia” (RODRIGUES, 2006, p. 150).

A cultura dita normas que inibem ou exalta motivações biológicas. Praticamente não há sociedade que não fira o corpo de seus membros por meio

de rituais ou por estética. O corpo ideal deve ser elegante, jovem, bonito, objeto de obsessão e de cuidados

O processo socializador atua nas emoções inibindo umas e incentivando outras. Sentir emoção é algo que se aprende. As emoções não podem ser consideradas apenas respostas a alterações psicofisiológicas, pois são parte integrante das relações sociais. Elas têm uma origem intelectual baseada em um sistema de classificação da sociedade. (MAUSS, 1973)

A punição ou recompensa são importantes instrumentos de contenção e parece que tudo o que diz respeito ao corpo está envolto por emoções. Os sentimentos de vergonha, culpa, desgosto ou a satisfação por ter cumprido normas são mecanismos de controle social presentes no íntimo de cada indivíduo. (SARTRE, 1972)

As funções eliminatórias são agradáveis para as crianças, elas não têm a repulsa que os adultos têm, mas estes convencem-nas a tê-la. São transmitidas às crianças regras de higiene através de um sistema de signos que se apóia basicamente na superioridade do puro sobre o impuro e que contém princípios de diferenciação e de organização social. A noção de higiene parece estar, de uma forma ou de outra, em todas as culturas. As normas e o conceito de limpeza diferem, assim como as partes do corpo que devem ser protegidas costumam variar. A higiene evita doenças, protege e mantém a saúde e há todo um aparato científico para orientar as práticas de higiene (RODRIGUES, 2006).

O controle social sobre o corpo também pode ser avaliado por meio das regras alimentares. A fome é uma reação fisiológica, mas é a sociedade que determina o que as pessoas devem comer. Além dos horários de fome, a quantidade a ser ingerida é ditada pela sociedade. Existem maneiras especiais de cozinhar os alimentos e de comê-los. Todos esses hábitos são culturalmente eleitos.

As regras alimentares apresentam dimensões inconscientes profundas e residem no âmago de cada ser. As principais religiões existentes no mundo possuem cada uma, suas peculiaridades no que diz respeito à alimentação de seus seguidores. Se alguém se alimenta de forma diferente ou se esquivar de qualquer cuidado corporal prescrito pelas normas religiosas além de destruir a

sua saúde pode também estar desagradando a Deus. O jejum é usado em alguns rituais religiosos como forma de purificação, acesso ao divino.

Assim como a alimentação é ditada por regras sociais, não poderia ser diferente com o sexo. Lévi-Strauss (1970 apud RODRIGUES, 2006) observou que em todas as sociedades há uma analogia entre as relações sexuais e a alimentação.

Toda sociedade restringe o comportamento sexual de seus membros, não há cultura que não tenha os conceitos de ‘decente’ e ‘indecente’ associados ao corpo e ao discurso. O sexo está entre a natureza e a cultura: é social, pois é o único instinto cujo funcionamento implica o estímulo de outra pessoa e, é natural por ser responsável pela perpetuação da espécie. O sexo é uma atividade natural e as leis a que está submetido iludem o esforço social de controlá-la.

A sexualidade é apresentada como ponto máximo da correlação estabelecida entre doença e pecado. O pecado original, inicialmente um pecado de orgulho intelectual foi transformado pelo cristianismo medieval em pecado sexual (MONTEIRO, 1999). Um dos vícios responsabilizados pela doença era o da luxúria e sua punição era a lepra que mantinha o pecador afastado das pessoas honestas⁹.

A diferença entre os sexos implica diferença de status, sendo que seus limites, direitos e obrigações são socialmente determinados. Cada sociedade ditará normas para o relacionamento de homens e mulheres e associará um complexo de valores e símbolos a cada gênero: divisão do trabalho, divisão do poder, riqueza, dignidade etc.

A periodicidade biológica da mulher (percebida pelo ciclo menstrual) faz com que ela seja vista, em algumas culturas, como um elemento perturbador da ordem, pois ela se aproximaria do natural afastando-se do cultural. O recém-nascido também está entre a natureza e a cultura e, por isso, a mulher é vista como mais próxima da criança do que o homem, tornando-se por isso a mediadora da transição da criança da natureza para o cultural. Cada cultura tem sua maneira de resolver o “problema” da dualidade da “natureza” feminina,

⁹ Até o século XVIII, acreditou-se que a lepra poderia ser transmitida pelo ato sexual e acreditava-se que ela poderia ocorrer como consequência de relação sexual mantida com uma mulher no seu período menstrual.

algumas a exaltam, outras a rebaixam, enquanto outras escolhem uma alternativa intermediária que consiste em exaltá-las em um nível e castigá-las em outro. (RODRIGUES, 2006).

Mary Douglas (1970) mostra que em diversas sociedades o conceito de contaminação é central para relação entre saúde e pureza e que a fome, pragas e doenças são explicadas como castigos por pecados cometidos. Alguns programas de saúde pública são baseados em julgamentos morais sobre o que deve ser 'bom' para o cidadão com relação ao cuidado do seu corpo por meio de hábitos saudáveis, tais como, não beber; não fumar; evitar gula e a preguiça; dormir cedo entre outras condutas.

Nas religiões da Nova Era, chamada também como espiritualidades de vida, o corpo é compreendido em quatro estruturas principais interdependentes: (1) o corpo físico; (2) o corpo emocional, (3) o corpo mental e (3) o corpo espiritual também conhecido como *self* ou espírito. Este corpo faz parte de um todo sendo interdependente com o Universo. Tudo o que acontece, é pensado, sentido ou feito repercute em todo o Universo. O todo afeta as partes e vice-versa. A energia da natureza é utilizada para práticas de cura e a energia do corpo é conectada com uma energia espiritual. As ações sobre o corpo são também ações sobre o cosmo. Existe a crença de que o organismo possui uma anatomia oculta, uma energia vital que pode ser acessada através dos chakras, os campos auricos ou corpos astrais. As energias da natureza agem para que o corpo, mente, emoções e espírito permaneçam em equilíbrio e assim saudável. (STERN et al 2018)

No cristianismo, Jesus curou corpos doentes e ressuscitou os mortos. Na religião judaico-cristã, no livro de Gênesis, o corpo humano passa a adoecer e a morrer depois de uma desobediência que foi ingerir um fruto. Nos rituais da santa ceia ou da eucaristia, o corpo de Jesus é dado para todos para "remissão dos pecados" para reparar este erro cometido por Adão e Eva. Pode-se estabelecer uma relação de Jesus com Adão em Romanos (5: 12;18-19)

Pelo que, como por um homem entrou o pecado no mundo, e pelo pecado a morte, assim também a morte passou a todos os homens, porque todos pecaram. (ROMANOS 5: 12)

Pois assim como por uma só ofensa veio o juízo sobre todos os homens, para a condenação, assim também por um só ato de

justiça veio a graça sobre todos os homens, para a justificação e vida. Pois como pela desobediência de um só homem, muitos foram feitos pecadores, assim pela obediência de um, muitos serão feitos justos. (ROMANOS 5: 18-19)

Assim, como por causa de Adão o corpo humano passou a adoecer e a morrer. A vida eterna é dada através da morte de Jesus a todo aquele que crê e que o aceita como senhor e salvador. (LARCHET, 1998).

Em Gênesis 3, no relato sobre pecado original, existiam duas árvores: uma do “conhecimento do bem e do mal” (da qual o fruto não deveria ser comido) e a “árvore da vida” que foi protegida por anjos impedindo o seu acesso para que seu fruto não fosse comido. Jesus é o fruto da vida eterna que estava na segunda árvore do jardim do Éden. Quando o homem comeu o fruto da primeira árvore, a do conhecimento do bem e do mal, foi expulso do Paraíso. O Paraíso é o lugar da unidade entre macho e fêmea, bem e mal, Deus e seres humanos. Comendo a dualidade, a pessoa se põe no caminho da expulsão. A árvore que leva de volta ao Paraíso é a árvore da vida, imortal, através da qual se aprende que “(...) eu e o Pai somos um”. (CAMPBELL; MOYERS, 1990, p. 60)

Campbell (1990) discute o mito cristão onde o corpo de Jesus representa o fruto da árvore da vida que também estava no Jardim do Paraíso. A ingestão do fruto da árvore do conhecimento do bem e do mal trouxe doenças e morte e o comer do fruto da árvore da Vida (Jesus) é o remédio para este mal que traz cura de doenças e vida eterna: “Tomai e comei todos vós. Este é o meu corpo que é dado para a remissão dos pecados.”

Ainda em Genesis 1 e 2, Deus fez o homem do pó, sua imagem e semelhança. “Do pó vieste e ao pó retornará”. Assim o copor deve retornar a Deus da mesma forma que veio. Acredita-se que a alma só descansa quando o corpo é enterrado. O caixão do judeu é de madeira e geralmente tem um furo para acelerar o processo de decomposição. Sendo assim, os judeus não deixam seus mortos serem cremados, não realizam doações de órgãos¹⁰ e nem realizam autópsias, apenas em casos específicos; suspeita de homicídio ou quando é a descoberta contribuirá para salvar outras vidas (PINHEIRO, 2018)

¹⁰ Com exceção de córnea e pele.

Para o Istã, o ser humano são criaturas de Deus, o corpo deve ser entregue a Ele para ser moldado através de práticas religiosas. Deve ter o máximo de respeito e cuidado. O corpo não pode ter tatuagem e nem ser submetido a cirurgias plásticas para fins estéticos. Os jejuns acusam mudança no metabolismo trazendo estabilidade emocional. Os cuidados com o que se come, a quantidade e a importância do consumo de determinados alimentos. Deve ser purificado antes da prática de oração. As mulheres devem cobrir-se com hajaba para se aproximar –se de Deus. Para o muçulmano, o ser é conjunto de alma mais corpo. A alma é a *fé* do muçulmano: em Deus; nos seus mensageiros (anjos criados da luz); todos os e suas escrituras sagradas. Porém, tudo isso sem a *prática*, não tem validade; aí que o corpo entra: a *Shahada*, implica adorar a Deus; fazer as cinco orações diárias; pagar o *Zakat* (significa purificação da riqueza); fazer o jejum do mês do Ramadã (que intensifica as sensações corporais, contribuindo para uma mudança do corpo), e, por fim, o *hajj*, a peregrinação a Meca. Esse último, o *hajj*, sem dúvida se trata de um momento intenso de sensações e mudanças corporais. Durante cinco dias, o corpo é submetido ao regime rígido da prática religiosa. (FERREIRA,2007)

As pessoas que são Testemunhas de Jeová crêem que receber uma transfusão de sangue pode levar a uma condenação eterna. Baseados em textos bíblicos que proíbem a ingestão de sangue, esses fiéis interpretam a transfusão como ingestão do sangue. Deste modo, o tempo de vida a mais que ganharia com a transfusão será irrelevante em comparação com a condenação eterna. As punições desta religião são rígidas podendo haver expulsão dos fiéis de suas comunidades religiosas e perderem o contato com seus amigos e familiares, caso contrário, estes serão expulsos também. (CHEHAIBAR,2010)

Não se pode compreender o patológico como fenômeno exclusivamente individual e biológico, pois a capacidade de pensar, exprimir e identificar as mensagens corporais está submetida a uma linguagem que é social. Não há pensamento sem modelo de pensamento, sem um sistema de traduções do desconhecido para o conhecido. As doenças, suas causas e as práticas curativas são partes integrantes dos universos sociais indissociáveis das concepções mágicas, das cosmologias e das religiões. (Rodrigues, 2006)

“As etiologias das doenças fazem parte de um sistema coerente do qual participam em pé de igualdade o doente, o curador e a comunidade e que se relaciona com determinadas concepções a cerca da existência humana- o que significa que os debates em torno da cientificidade/acientificidade ds práticas médicas estão deslocadas de muitas maneiras. (RODRIGUES, 2006, p. 88)”

2.6 Visões religiosas sobre doença

Estar doente é estar em sofrimento. A doença é uma ameaça a vida que atinge profundamente em sua subjetividade. Ela gera desorganização, desagregação, exclusão e solidão. Tira o ser humano de sua rotina de forma perturbadora.

A religião não impede o sofrimento causado pela doença, porém atribui significado a ele e traz elementos que ajudam na aceitação e na adaptação a uma nova condição física, emocional e social. (FIGUEIRA,1996)

As doenças são explicadas pelo universo religioso como uma das formas escolhidas por Deus para castigar ou testar o ser humano e a cura desta seria para perdoá-lo ou reintegrá-lo. O que demanda rituais de purificação ou renascimento para harmonia ou salvação.

Assim como na antropologia, a visão de doença está relacionada à visão de corpo. Nas religiões se soma ao entendimento do ser humano em relação a forças do bem e do mal com as quais ele convive. Na crença judaico-cristã, o mal é associado à existência do demônio. O ser humano é visto essencialmente como bom e certo, criado à imagem e semelhança de Deus é, portanto, a maldade vem de fora, do demônio, que tem o poder e a inteligência de enganá-lo e de invadir o seu corpo.

No cristianismo, a crença básica é a de um Cristo que sofreu pela humanidade para que os pecados dela fossem perdoados e para que se possa alcançar a vida eterna. Assim, o sofrimento teve uma grande e nobre causa e Deus pode enviá-lo para que se possa alcançar a vida eterna através de uma aprendizagem terrena que, muitas vezes, pode incluir a doença. A doença seria causada por Deus visando o bem, mesmo que aparentemente causando o mal.

O sofrimento passa a ter o objetivo de trazer crescimento espiritual e de corrigir certos pecados e fraquezas espirituais.

A doutrina espírita se apropriou desta visão através da definição de carma; porém com a crença de que pecados cometidos em vidas anteriores poderiam ser pagos por intermédio do sofrimento atual, possibilitando crescimento e evolução espiritual.

O espiritismo foi fundado por Allan Kardec e baseia-se na existência de espíritos, seres inteligentes que povoam o universo e que se comunicam com determinadas pessoas, chamadas médiuns. Os espíritos podem influenciar de maneira positiva na vida dos vivos, como anjos, ou de forma negativa. Os espíritos causadores de doença, os obsessores, são espíritos menos evoluídos e precisam ser ensinados, pelos médiuns, a se comportar de maneira apropriada e substituir a ação causadora da doença por uma benéfica e construtiva (RABELO, 1993). Os espíritos obsessores podem ser atraídos por maus pensamentos e vícios como bebidas, cigarro, drogas, etc.

As doenças são interpretadas dentro da lei do carma como uma oportunidade para reaprender e evoluir espiritualmente, sendo um recurso terapêutico requerido pelo espírito buscando o reajuste de sua consciência culpada (SILVA, 2009, p. 143). Nesta religião, a evolução espiritual ocorre através do sofrimento, da prática da caridade e da educação ou persuasão das entidades causadoras do mal. (RABELO, 1993).

No catolicismo popular, existe uma relação de reciprocidade com os/as santos/as que é feita por meio da promessa. As interpretações das doenças situam-se, em geral, em dois pólos distintos: o sofrimento causado pela doença é inerente à condição humana e todos estão sujeitos à padecer dos mais diversos males ou o sofrimento é encarado como respostas a más ações tanto para outras pessoas quanto para aqueles que quebram promessas feitas a santos/as (SILVA, 2009). Uma questão interessante de se refletir é que, para ser canonizada, a pessoa deve ter sofrido, dificilmente algum/a santo/a teve uma vida sem sofrimento.

No cristianismo, há uma ligação entre a idéia de pecado e a conseqüente punição divina. O mal biológico aflige o corpo infrator, mas a dor purifica o corpo

e expia a culpa, por sua vez o arrependimento traz a cura (HIGUET, 1999). Portanto, predomina a visão do Deus Vingador, do Deus da Justiça que pode punir tanto de forma coletiva através das pragas e epidemias quanto de forma individual.

A correlação estabelecida entre doença e pecado trouxe a idéia de “acerto de contas” e não apenas de punição. Isso levava o indivíduo e a coletividade a procurar formas de remissão procurando aplacar a cólera divina o que resultou em práticas de flagelamento e procissões desde a Idade Média. Desta forma, o sofrimento passa a ser representado como um mediador entre a doença e a cura e entre o pecado e sua remissão (MONTEIRO, 1999).

O mal, nas religiões afro-brasileiras, é causado por Exu e Pomba Gira, que são espíritos de pessoas que foram marginalizadas: prostitutas, meninos de rua e outras. A visão das religiões afro-brasileiras, assim como a espírita, é que o ser humano não nasce bom, ele se torna bom, precisa evoluir. A noção do eu agrega as demais divindades em forma de um enredo santo. Com o passar do tempo, o transe vai sendo cada vez menos freqüente, sendo a própria pessoa vista como uma imanência do seu orixá ou, em outros termos, a pessoa vai se divinizando à medida que se distancia da sua natureza animal. (SILVA, 2007) No candomblé, a doença está relacionada com a alteração do equilíbrio físico, mental e espiritual do doente. Ela pode ser causada pelo próprio indivíduo, por terceiros ou por manifestação do orixá. A busca do equilíbrio perdido se dá através do contato com o orixá do/a doente (SILVA, 2009).

Há na bíblia, na teoria da obsessão dos espíritos e, no candomblé pela regência dos orixás sobre os órgãos do corpo, uma relação entre enfermidade e possessão do mal. A crença comum é a de que devemos nos prevenir de espíritos que vêm de fora, invadem o nosso corpo, destroem a ordem e causam doenças (SILVA, 2007).

Para os evangélicos, as representações a respeito da doença incluem questões fisiológicas, pecaminosas, provações divinas, condição de vida e tentações ou possessões demoníacas. A cura para eles é vista como recompensa para a fé verdadeira para aqueles que buscam a Deus. Para os pentecostais, a cura é necessária para a preservação do corpo que é morada do Espírito Santo. O corpo é sagrado e deve ser preservado por todas as vias.

Para alguns pentecostais, nem todo o doente é endemoniado, mas todo o endemoniado apresenta alguma enfermidade, como: nervosismo, dores de cabeça, insônia, medo, desmaios ou ataques, desejo de suicídio, doenças de causas não diagnosticadas pelos médicos, alucinações, vícios e depressão. (SILVA, 2007). Para Edir Macedo, fundador da Igreja Universal do Reino de Deus, o diabo se apodera da pessoa, especialmente, quando esta frequenta terreiros de candomblé, de umbanda ou sessões espíritas; realiza prática de magia ou existem pessoas da família envolvidas com estas práticas e quando se consome alimentos oferecidos aos orixás.

Em algumas igrejas neopentecostais, como no caso da Igreja Universal, a doença é provocada por Satanás que deve ser expulso do corpo. A cura é encenada como uma batalha espiritual na qual o pastor e seus fiéis juntam suas forças, por meio da oração contra as entidades do mal alojadas no corpo do doente. Em relação à batalha espiritual, a própria umbanda aceita o exu como equivalente ao diabo cristão. Sendo assim, os pastores pentecostais precisam convencer o frequentador da umbanda que o exu não deve ser agradado e sim expulso e amarrado por ser um enganador. (SILVA, 2007)

Nas religiões afro-brasileiras, os pais e mães de santo são tidos como possuidores/as de poder para descobrir as causas ocultas da doença. Para isso, elaboram uma narrativa que reconstitua a cadeia de eventos que levaram o indivíduo à doença e que aponte para direção do tratamento e da cura que, geralmente, envolve medidas para limpar o corpo, como banhos, fumigação e negociação com exu através de despachos. (RABELO, 1993)

Na umbanda, a doença é causada por um desequilíbrio de forças e sua cura se dá com a correção deste. Existem três categorias para distinguir as origens ou causas das enfermidades: doenças causadas pelo próprio indivíduo, doenças causadas por terceiros ou doenças cármicas, que são pagamentos de dívidas adquiridas em vidas anteriores. (SILVA, 2009, p.153). Há dois tipos de doença na visão da umbanda: doença material, cuja cura está na medicina oficial, e a doença espiritual.

A maioria dos indivíduos que busca a cura mágica na umbanda não teve um bom resultado com a medicina oficial. Quando a doença é espiritual, o médico se torna incapaz de diagnosticá-la, cabendo ao médium investigar, às

vezes, pode ocorrer o contrário quando o tratamento espiritual falha, o doente volta a recorrer ao tratamento oficial. (SILVA, 2009, p.153)

Para a Nova Era, toda doença é fruto de um desequilíbrio de forças materiais e espirituais. O diagnóstico dentro do sistema complexo de cura novaerista se preocupa em identificar rupturas de harmonia que quebraram uma ordem cósmica. A prática terapêutica na Nova Era visa a remoção dos obstáculos que impedem a harmonização das energias do corpo com a natureza.

As religiões apresentadas se preocupam em cuidar do corpo e da alma, propondo terapêuticas espirituais e integração com a medicina. Existe distinção entre as doenças orgânicas, tratadas por médicos, e as espirituais, tratadas pelo especialista religioso, porém a terapia espiritual não implica o abandono do tratamento médico. Pacientes e líderes religiosos populares negociam continuamente com o poder da medicina moderna, de modo a garantir para si um espaço próprio de práticas e representações, dividindo responsabilidades e julgando intervir onde a medicina não é capaz (RABELO, 1993).

Pode-se relacionar a visão de algumas crenças religiosas a respeito do que significa corpo humano quando o corpo é visto como sagrado, feito à imagem e semelhança de Deus, podendo ser a morada dele e a visão da sociedade como algo prejudicial à união do homem a Deus. Sendo assim, o crente deve ficar afastado dos valores e prazeres do mundo para poder se aproximar do seu criador. Neste caso, a natureza vence a cultura. (AMOROSO, 2009)

2.7 A bíblia e doença

Gláyton da Silva (2009) faz em sua dissertação de mestrado uma análise dos textos bíblicos a respeito de doença. Trata-se de narrativas das experiências existenciais a respeito da doença. Os textos ilustram a angústia, o sofrimento e o isolamento social que doenças provocam resultando em busca de ajuda. A leitura destes textos possibilita ao leitor doente significar sua doença, tornando-a suportável.

Na bíblia, especificamente no novo testamento, há muitos relatos de cura feitos por Jesus e pelos apóstolos através do poder do Espírito Santo. Os evangelhos relatam mais de trinta curas realizadas por Jesus (DIAS, 2008). Mesmo após sua morte, as curas continuaram sendo realizadas em seu nome, por seus apóstolos e seguidores.

No mito religioso, salvação e cura aparecem sempre unidas. Fica clara a identidade de cura corporal, espiritual e salvação. A cura das enfermidades constitui a prova da salvação e a certeza da vida eterna. (HIGUET, 1999, p.78).

No cristianismo Jesus é o médico e salvador. O poder de cura-salvação manifesta-se numa existência individual que prova sua unidade com Deus pelo sofrimento e pela morte (HIGUET, 1999).

No evangelho de Marcos (2:17), Jesus se autodenomina médico: “Não são os sãos que necessitam de médico, mas os doentes; não vim para chamar os justos, mas sim os pecadores” (MARCOS 2:17).

Sobre o ato de curar, Jesus dizia “Tua fé te curou”, sem atribuir a si próprio o êxito da cura. Atribuía-a, ao contrário, a uma fé que atua como se fosse uma entidade autônoma, dando a idéia de que a fé pode curar.

Silva (2009) inicia sua análise definindo doença e mostrando que há diversas formas de significar o papel que Deus exerce por meio desta, podendo ser: castigo, provação, fruto do pecado original herdado por toda humanidade, causada por demônios a serviço de Satanás, por possessão do/a doente, uma fraqueza do corpo, a falta de uma energia vital suprida apenas pelo ato de tocar em Jesus e absorver sua energia, ou causada para que sua cura representasse a manifestação do poder divino de Jesus.

Mesmo que a causa da doença varie, percebe-se que a idéia principal que a bíblia traz é que existe a luta do bem contra o mal. O bem é representado por Deus e seus seguidores e o mal é representado por Satanás e seu exército. (AMOROSO, 2009)

Segundo muitos padres, a doença foi reproduzida, alastrada, desenvolvida e reforçada pelo diabo e seu exército os quais podem ser fontes das doenças de forma indireta ou direta, como no caso das possessões. (LARCHET, 1998).

Conforme a pesquisa apresentada nesta tese 59% dos respondentes acreditam na existencia de doenças com causas espirituais e 18,5% não tinham opinião formada. Este dado está evidenciado no capítulo 3.

2.8 Médicos e aspectos religiosos

A prática da medicina envolve um ritual. “O trato do paciente confere graça a quem recebe e poder a quem ministra, tendo o resultado final garantido pela confiança e fé entre ambos”. (DANTAS FILHO; SÁ, 2007)

Teixeira questiona em sua tese (2003, p. 70) “com tantas evidências na literatura sobre a ação positiva da fé e da crença em um Deus, não seria interessante que as faculdades de medicina e os médicos comesçassem a abrir o debate e a valorizar a questão da religiosidade e espiritualidade?”

Até o século XVIII, a tentativa de regulamentação das práticas médicas fez com que tudo que não se encaixava no cientificismo iluminista como a medicina alopática, fossem combatidas e vistos como crime de *charlatanismos*.

Atualmente, predomina-se a crise do reducionismo e do paradigma mecanicista médico que permite um ressurgimento social desses sistemas médicos paralelos à medicina oficial, atualmente conhecidos como práticas integrativas (STERN et al, 2018). Esta medicina atua em conjunto com a convencional e tem como exemplos práticas como yoga, acunpuntura, biofeedback, quiropraxia, cinesologia, homeopatia, reike, massagens diversas, meditação.

O sistema terapêutico novaerista também utiliza as mesmas técnicas, porém com um diferencial. Na nova era o paciente tem autoridade e poder no seu processo de cura. Estas práticas permitem ao médico ser guiado por suas emoções e sensações na hora de interpretar as revelações somados a conhecimentos adquiridos, por uma perspectiva interpretativa que pode combianar diferentes sistemas: cristianismo, religiões asiasticas, esoterimso e saberes biomédicos (STERN et al 2018). Muitos médicos que possuem esta visão holística da doença acabam partindo para prática do que era chamado como medicina complementar, atual práticas integrativa, e muitas vezes, abandonam a medicina tradicional.

Em 1999, Daaleman e Frey pesquisaram práticas religiosas de médicos de família e observaram que a maioria (79%) dos entrevistados relatou que havia uma forte orientação religiosa/espiritual em seu trabalho. O estudo concluiu demonstrando que as experiências espirituais e religiosas são encaradas como potências tanto na vida do médico quanto na do paciente, mas agem separadamente cada um com a sua são pouco compartilhadas na relação entre eles. A presença do sentimento religioso permanece fortemente associado a condição de doente e bem distante da figura do médico.

Stanziani (2002) pesquisou 91 médicos(as) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-HCFMUSP, localizado em São Paulo, e 99 médicos(as) do Hospital Municipal Universitário da Faculdade de Medicina do ABC-HMUSBC, ambos pertencentes ao Ambulatório Geral da Clínica Médica, com atendimento ambulatorial geral e centro cirúrgico que são ligados às instituições de pesquisa e educação em medicina. O estudo concluiu que a maioria dos médicos pesquisados se posicionou como pessoas espirituais ou religiosas e consideraram que a espiritualidade ou religiosidade, de si quanto dos pacientes, podem ser benéficas para melhoria e cura de seus pacientes e se demonstraram grande abertura na possibilidade de discussão sobre este tema. Tendem a se manifestar mais favoravelmente a falar sobre o assunto quanto o tema é visto fora de si. Divergem quando são levados a considerarem a associação entre a religiosidade/espiritualidade e a prática profissional. Alguns se questionam sobre a importância desta temática e tendem a aceitar que devem ser receptivos a ela e muitos discordam da necessidade que o paciente tem de conversar sobre o assunto. Tem a disponibilidade de recomendar a busca de serviços que tragam ajuda espiritual ou religiosa, mas tendem a discordar em participar destas com os pacientes. O grupo de médicos religiosos mostraram ter uma maior convicção da missão religiosa da prática da medicina.

Contudo, 26,32% dos participantes desta pesquisa foram contrários a ligação da medicina com a religião e não enxergam esta como motivação para a escolha da carreira e não acreditam que esta possa ser instrumento facilitador. Apenas 10% dos respondentes que não são religiosos e nem espiritualistas foram contra participar da discussão temática na atuação profissional e 7,4% dos religiosos não estão abertos a esta discussão preferindo deixar este assunto

apenas para sua vida pessoal. Assim como nesta pesquisa, a pesquisa de Stanziani demonstrou que as mulheres médicas estão mais abertas as questões religiosas na vida pessoal e profissional e os médicos homens são menos religiosos tanto em uma quanto na outra.

Pesquisa realizada com médicos que tratavam de pacientes idosos com câncer (TEIXEIRA, 2003), concluiu como importante o significado da fé religiosa para o médico. Pode ser um direcionador de condutas ou amparo que traga ânimo e força necessária para persistir no seu trabalho para lidar e compreender problemas do paciente. A fé do médico pode ser transmitida para o paciente trazendo conforto. “Muitas questões complexas de várias doenças não são esclarecidas pela medicina. Assim, para o médico é relevante poder estar com o paciente e repassar algo além do que a terapia convencional pode proporcionar”. (TEIXEIRA, 2003, p. 58). O bem-estar trazido pela fé vem a somar a habilidade profissional.

Investigação desenvolvida por Kuyck et al (2000) teve objetivo de avaliar o quanto os clínicos gerais davam atenção à crença religiosa de seus pacientes; destacou que a maioria considera a própria religião como importante para tomar decisões que envolvem assuntos clínicos e questões morais.

Astrow, Puchalsku e Sulmasy (2001) conclui que trazer um olhar sobre o papel que a religião/espiritualidade ocupa no cuidado trará benefícios à profissão médica possibilitando novos objetivos terapêuticos. O diálogo sobre questões religiosas/espiritual com pacientes possibilita ao médico(a) enriquecer sua relação com o(a) paciente e assim a sua prática. Defende que a religião e as ciências médicas não precisam ser conflituosas. As questões religiosas/espirituais podem fazer parte da anamnese junto com o exame físico, pois estas informações são úteis na promoção de senso de bem-estar do paciente e na resposta ao tratamento.

Os médicos, frequentemente, lidam em seu trabalho com disputas e competições. Já no início da carreira, a medicina é um dos vestibulares mais concorridos, o (a) que leva ao aspirante a médico(a) sofrer com pressões para ser o(a) melhor da sua turma. Como forma de proteção contra este stress muitos se isolam.

“Vive-se um dilema: estudar muito e não ter vida social ou conciliar os dois e se tornar um profissional medíocre.” (CASTRO, 2004)

Um estudo com 33 estudantes no internato da medicina da Harvard investigou a interferência da religião/espiritualidade nos aspectos da socialização entre os(as) alunos(as) do internato. Como resultado, o estudo concluiu que a religião e a espiritualidade influenciam a socialização em três diferentes categorias: enfrentar desafios, ter estratégias de enfrentamento e processos adaptativos. Foram formados dois grupos para análises comparativas: os que se consideravam religiosos e os não religiosos. Os não religiosos relataram enfrentar maior dificuldade em lidar com stress causados em tratar de pacientes em momentos difíceis, como por exemplo, morte ou comunicar notícias desagradáveis. Outra questão foi a perda de compaixão e dificuldade ter uma vida de trabalho equilibrada com a vida pessoal. Os religiosos experimentavam dificuldades adicionais com identidade pessoal e autoconfiança; possuíam dúvidas na percepção do domínio do conhecimento médico; desilusão com a medicina; ansiedade sobre a avaliação e a pressão de estar na “Harvard”; eram mais propensos a discutir dúvidas, objetivos de carreira e desilusão com os colegas e professores dos que os não religiosos. Experimentavam na religião, proteção contra discórdia relacional nas equipes, desequilíbrio trabalho-vida e estresse emocional decorrente de encontros com pacientes.

Os(as) participantes não religiosos/não espirituais eram mais propensos a mencionar um estilo de enfrentamento repressivo como meio de autoproteção para ignorar experiências poderosas e fortes emoções e encontrar equilíbrio na vida profissional experimentando conflito de relacionamento, como competir com outros estudantes. O foco único em avanço na medicina ou na autopromoção pode criar conflito nas relações de trabalho. Já os religiosos utilizam a prática da oração, fé e compaixão como meio-chave de enfrentamento nos momentos difíceis, assim como lidar com o sofrimento alheio. Essas diferenças podem ser parcialmente compreendidas por distintos processos de socialização que formam identidades dos médicos(as). Os (as) estudantes religiosos/espirituais são, frequentemente, socializados em comunidades religiosas específicas que ensinam a se conformar com dificuldades.

Os níveis de religião/espiritualidade parecem flutuar significativamente durante o período de internato ora aumentando a religiosidade/espiritualidade ora diminuindo.

Os(as) médicos(as) sabem da importância fundamental do saber científico, mas também sentem dificuldade em se basear apenas neles ao lidar com os contextos complexos que envolvem os processos de cura. A enorme demanda os(as) impulsiona a uma transumanidade que os(as) convida a vivenciar sentimentos religiosos e os(as) obriga a contrapor a racionalidade do método científico com as infinitas possibilidades que a subjetividade humana apresenta; onde o sentimento religioso está muito presente e nem sempre revelado e, sim, sentido através da intuição. “Na tensão permanente ali instalada realiza-se uma das belas dialéticas da vida”. (STANZIANI, 2002)

Alguns(as) autores(as) tem posicionamento contrário à prática de profissionais de saúde em abordar ou se envolver em aspectos religiosos/espirituais de seus pacientes no tratamento por ser uma questão intrusa, embaraçosa, difícil e com caráter manipulador que pode violar a liberdade do paciente. Certamente, também pela falta de formação adequada e de tempo. (TEIXEIRA, 2003)

Para Cohen et al (2000) a ética profissional impõe certos constrangimentos na condução desta questão e propõe que novos caminhos sejam explorados para que estes profissionais possam responder a estas questões de forma adequada e proveitosa. Daaleman e Nease (1994) descrevem que os(as) médicos(as) não falam sobre questões espirituais/religiosas porque não sentem seguros sobre a receptividade dos pacientes.

Muitos dos pacientes hospitalizados com doenças crônicas apresentam necessidades espirituais. Entretanto, questões ligadas à religiosidade/espiritualidade dos pacientes raramente são consideradas durante o curso do tratamento hospitalar pelos profissionais da saúde. No cotidiano hospitalar brasileiro, as necessidades espirituais dos pacientes têm sido objeto de preocupação de religiosos e/ou leigos que, em geral, buscam fazer esse trabalho como voluntários. As razões possíveis para a “negligência” dessas questões por parte dos profissionais da saúde passam tanto pelo

desconhecimento teórico (ausência de formação) quanto prático (não sabem como fazer essa integração) e não levam em conta que o cuidado integral que também envolve aspectos ligados à espiritualidade/religiosidade (ESPERANDIO 2014)

Outra pesquisa relevante, realizada no Rio de Janeiro, entrevistou 20 médicos(as) com objetivo de colher as percepções destes em relação às crenças religiosas de pacientes renais crônicos de um programa de hemodiálise de um hospital universitário. O resultado mostra que o tanto os(as) pacientes quanto os(as) médicos(as) precisam do apoio da religiosidade. Portanto, demonstra a necessidade de conciliar as crenças religiosas com a formação científica. Observou-se também que esta abordagem é vista como problemática em virtude da escassez de estudos sobre o tema, além da falta do preparo acadêmico e ausência ainda entre os médicos que não falam sobre o assunto. O estudo conclui que é urgente trazer o tema religiosidade para o contexto médico. (PINTO; FALCÃO, 2014)

A abordagem religiosa no contexto clínico é problemática. Médicos(as) encontram dificuldades para tratar do assunto com pacientes pouco debatida no cotidiano profissional. Há evidências de que a vivência religiosa é importante na vida de vários(as) desses profissionais; logo, se revela uma demanda oculta de reflexão sobre o tema. Portanto, vê-se que existe um campo aberto ao debate acadêmico na área de educação em saúde com relação à presença de aspectos religiosos no processo clínico. Quem não admite participar do debate ainda se posiciona contra sua inserção na academia e contra as pesquisas. (TAVARES, 2016).

A prática da medicina exige do(a) médico(a) um relacionamento pessoal com seu(sua) paciente propiciando questões significativas para lidar com o sofrimento do outro.

“A enorme demanda por trás do caráter profundamente humano de suas ações médicas os impulsiona a uma transumanidade. Por isto nunca conseguimos abstrair totalmente deles o papel de sacerdotes.” (STANZIANI, 2001 p.192)

A possibilidade de considerar o ser humano do ponto de vista biopsicosocialespiritual não significa substituir as práticas da medicina

consagradas e, sim, pensar na possibilidade de considerar os aspectos espirituais de pacientes e de profissionais da saúde no sentido de atuar como seres humanos do ponto de vista integral. Tal possibilidade traz benefícios tanto para o(a) médico quanto para o(as) paciente.

Muitos(as) médicos(as) desenvolvem a síndrome de *burnout*. Kearney et al (2009) reúne evidências que práticas espiritualistas podem prevenir esta e outras síndromes melhorando a qualidade de vida e o coping profissional.

Como afirma Pessoti (1996), a formação humanística implica a necessidade de autoconhecimento e envolve consciência do outro e de seus valores no que tange aos significados que atribui a vida.

Este capítulo apresentou ligação entre Religião e Medicina ao longo da história perpassando a necessidade da disciplina na graduação de medicina; a relação entre Religião/Religiosidade/Espiritualidade e saúde; religiões e suas visões sobre o corpo humano e doenças e os médicos(as) e seus aspectos religiosos. O capítulo seguinte apresenta os dados coletados na da pesquisa de campo em forma de tabelas e gráficos e os depoimentos de experiências vivenciadas no trabalho.

3. PESQUISA DE CAMPO

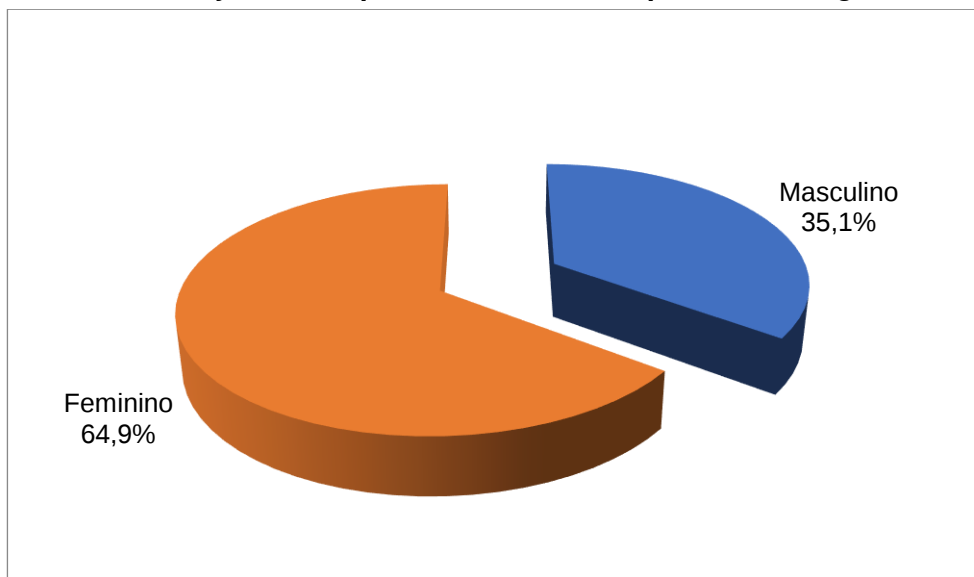
Este capítulo apresenta os dados coletados em forma de gráficos e tabelas. Foi realizado um cruzamento dos dados com análise estatística. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas. Para se testar a homogeneidade entre as proporções utilizou-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fischer. O software utilizado para os cálculos foi o SPSS 17.0 for windows.

O capítulo apresenta o tratamento dos dados distribuídos em perfil sociodemográfico; afiliação religiosa; prática clínica e espiritualidade; paciente e espiritualidade e formação acadêmica e espiritualidade e os depoimentos coletados. pelo questionário adaptado SBRAE (*Spirituality and Brazilian Medical Education*) criado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) utiliz

3.1 Perfil Sociodemográfico

O universo analisado é composto por 304 mulheres e 164 homens, 3 não responderam.

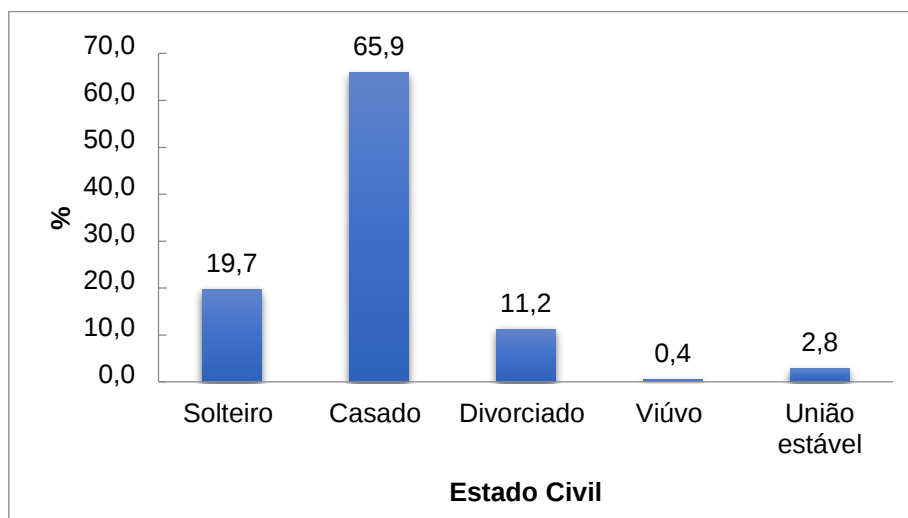
Figura 2 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo sexo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao estado civil, consta-se que 65,9% de casados.

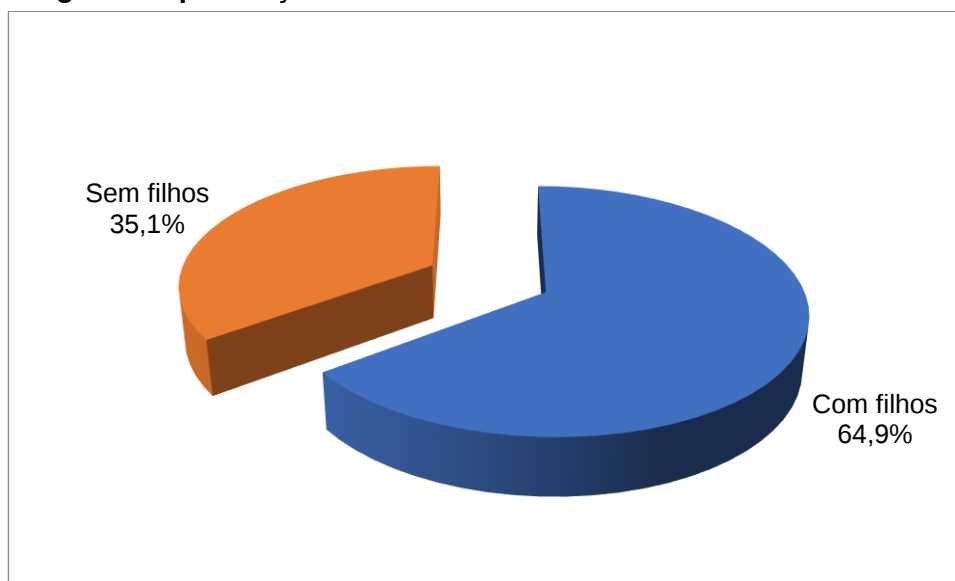
Figura 3 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo o estado civil.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto a ter ou não filhos, constatou-se que a maioria (64,9%) tem filhos.

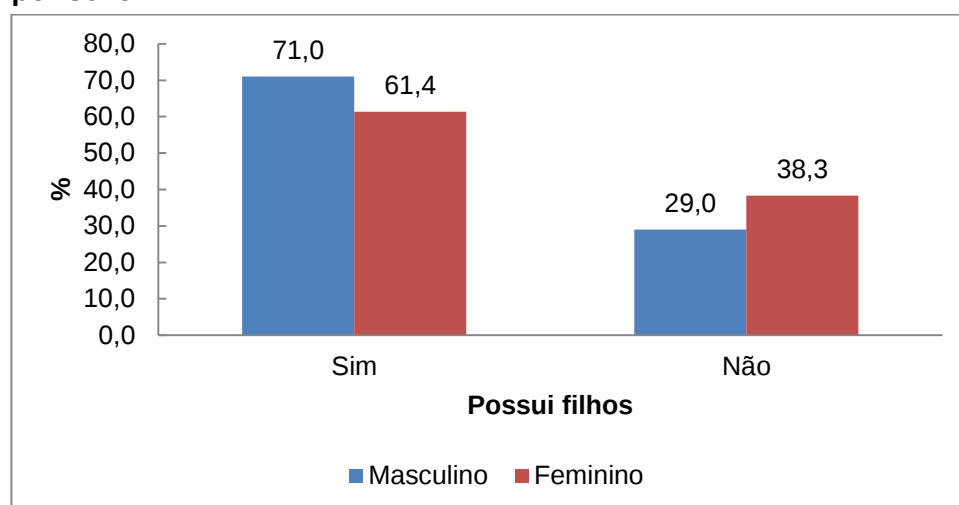
Figura 4 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a presença de filhos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quando cruzado os dados (ter filhos) por sexo, houve associação estatisticamente relevante $p = 0,043$. Os homens desta amostra têm mais filhos do que as mulheres.

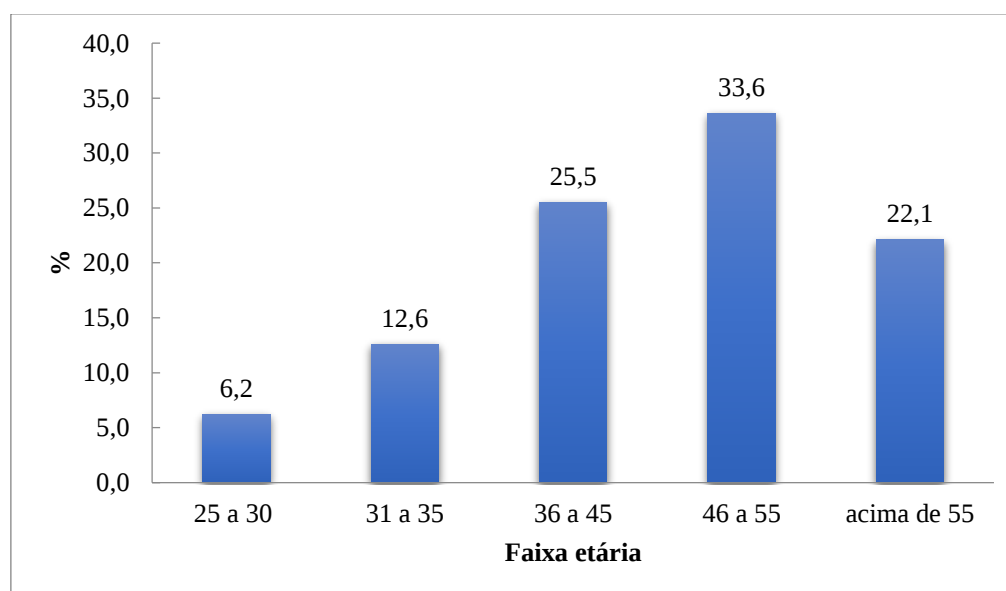
Figura 5 - Distribuição de frequências respondentes segundo ter filhos e por sexo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação a idade dos respondentes, a faixa etária varia entre 25 e acima de 55 anos.

Figura 6 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto a especialidade, essa questão era aberta e alguns se classificaram como cirurgiões de diversas especialidades.

Do total de 471 respondentes, 104 eram ginecologistas obstetras (GO). Este alto número para esta especialidade se explica devido ao fato da pesquisadora ter iniciado a pesquisa com uma amiga médica também GO. Sendo assim, a rede de contato se expandiu nesta área específica, pois a respondente enviou o questionário para seus colegas de trabalho. A pesquisadora contou com a participação de um relevante número de pediatras pelo fato de ter filhos e ter contado pessoal com tais profissionais, que por sua vez, também compartilharam o questionário com outros colegas de trabalho. As outras especialidades ingressaram na pesquisa de forma aleatória, colegas de faculdade e/ou amigos de médicos que aceitaram colaborar com o estudo.

Figura 7 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a especialidade.

Especialidade	n	%
Ginecologista obstetra	104	22,1
Cirurgiões	44	9,3
Pediatra	45	9,6
Vascular	20	4,2
Psiquiatra	22	4,7
Cardiologistas	20	4,2
Fisiatra	17	3,6
Dermatologistas	16	3,4
Ortopedista	29	6,2
Anestesistas	13	2,8
Infectologista	14	3,0
Intensivistas	11	2,3
Cirurgia Plástica	11	2,3
Otorrino	11	2,3
Médico da Família	10	2,1
Neurologista	8	1,7
Oftalmol.	10	2,1
Geriatra	9	1,9
Radiologista	9	1,9
Outras especialidades	48	10,2
Total	471	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre as especialidades foram classificados como **cirurgiões**, além dos cirurgiões diversos; os ortopedista, oftalmologista, otorrinolaringologistas, medicina legal, plásticos e vascular.

Foram classificados como **clínicos**: acupuntura, alergista

Imunologista, cardiologia, clínica geral, clínica médica, medicina do trabalho, colo proctologista, dermatologia, emergencialista, endocrinologia, fisiatra, gastroenterologia, generalista, geriatria, hematologia, hemoterapia, homeopatia, infectologia intensivista, psiquiatra, medicina da família, nutrólogo, pneumologia, proctologia, radiologia, reumatologia, sanitaria, saúde ocupacional, saúde pública.

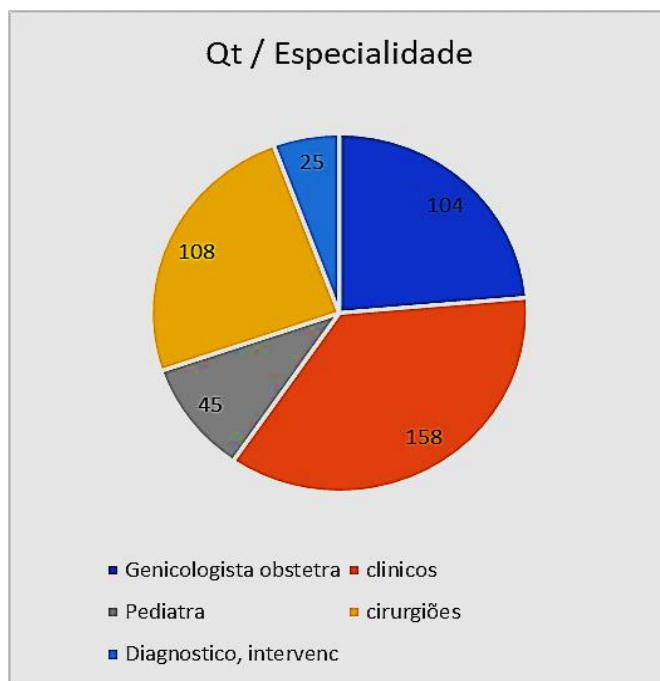
Foram classificados como **diagnóstico e intervenção** :anestesia; diagnóstico por imagem, ecocardiografia, eletrofisiologia, endoscopia, imagem, informática médica, patologia, radio-oncologia, ultrassom.

Figura 8 - Total de respondentes segundo a especialidade.

Especialidades	Qt	%
Ginecologista obstetra	104	22%
Clínicos	158	34%
Pediatra	45	10%
Cirurgiões	108	23%
Diagnostico, intervenção	25	5%
Total	471	

Fonte: Elaborado pela autora.

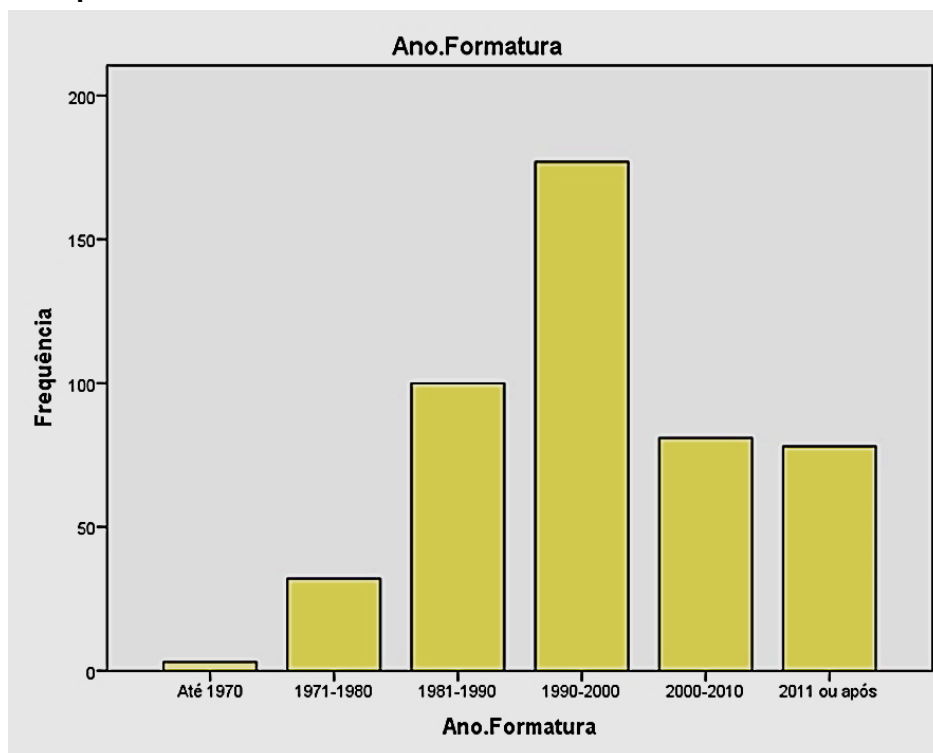
Figura 9 - Distribuição de frequências dos 471 respondentes segundo a especialidade.



Fonte: Elaborado pela autora.

O tempo de formado variou de menos que 10 anos até mais de 50 anos.

Figura 10 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo tempo de formatura.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto a questão de ministrar aulas, o estudo contou com 25,5% de professores. Sendo estes a maioria homens 33% como demonstra a figura 13.

Figura 11 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo os(as) médicos(as) que lecionam.

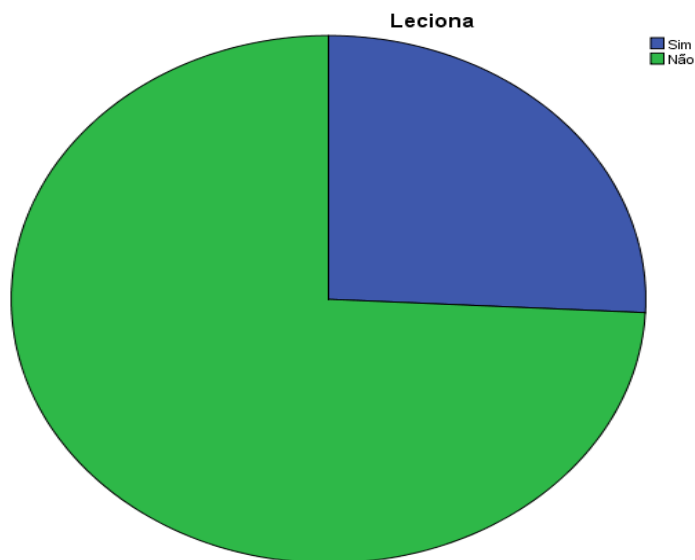
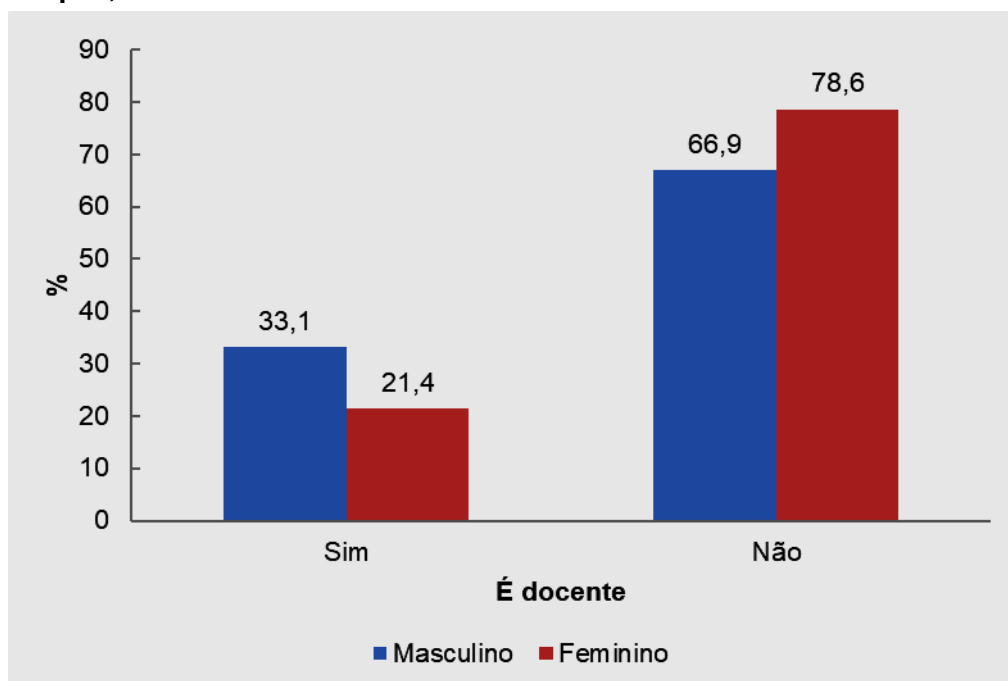


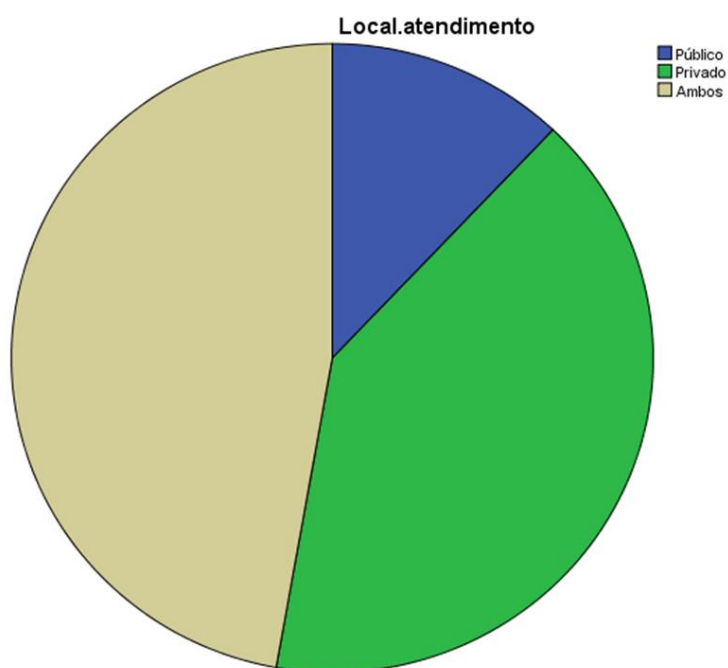
Figura 12 - Distribuição de frequências dos respondentes que lecionam segundo o sexo. $p=0,006$



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao local de trabalho, os dados mostraram que no sistema público estão 13% dos respondentes, 40% no setor privado e 47% em ambos.

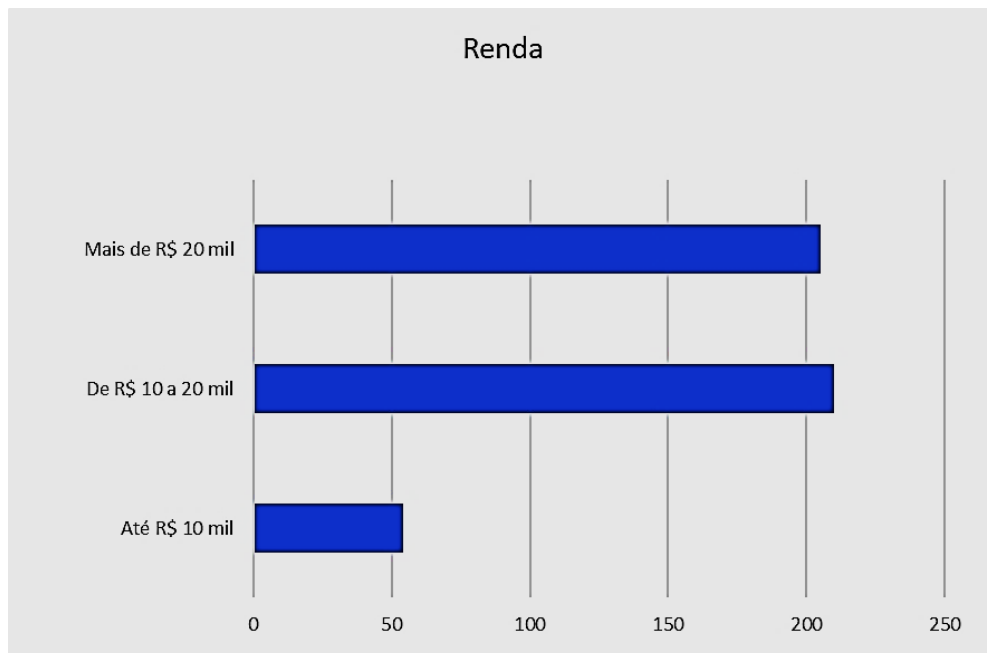
Figura 13 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo local de trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora.

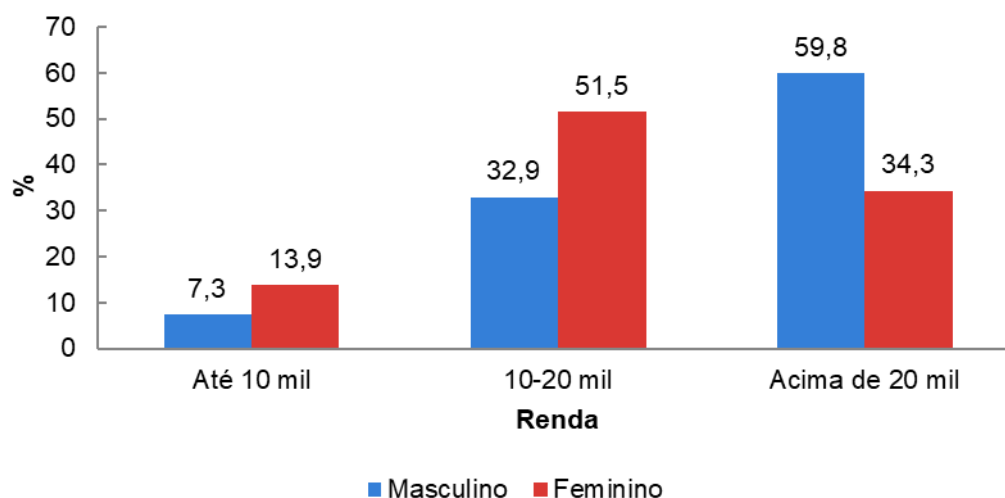
Com relação a questão referente a renda:

Figura 14 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a renda.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 15 - Distribuição de frequências dos respondentes; renda segundo o sexo.

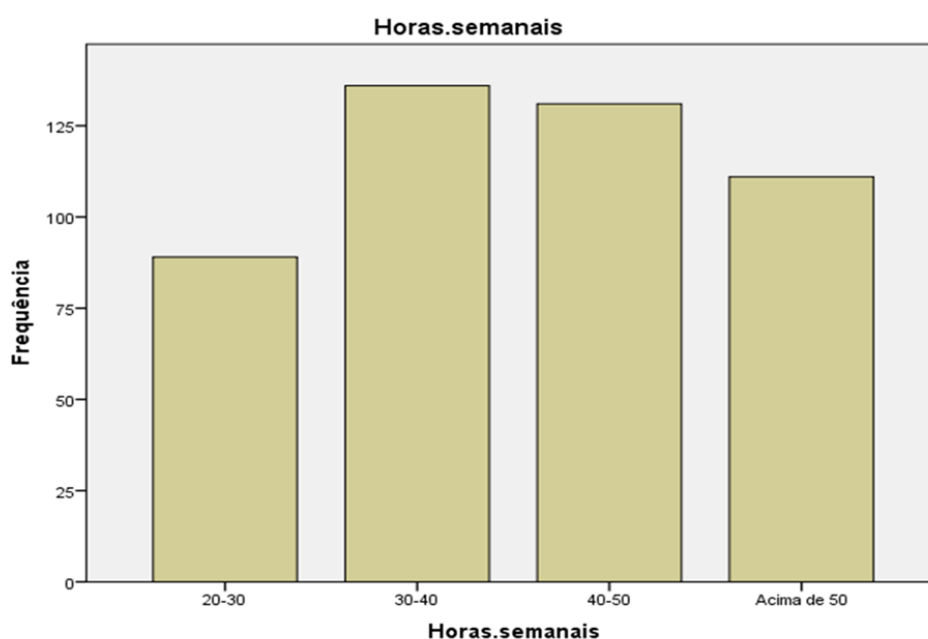


Fonte: Elaborado pela autora.

Na figura 16 vemos que os homens tem uma renda maior que as mulheres $p < 0,001$

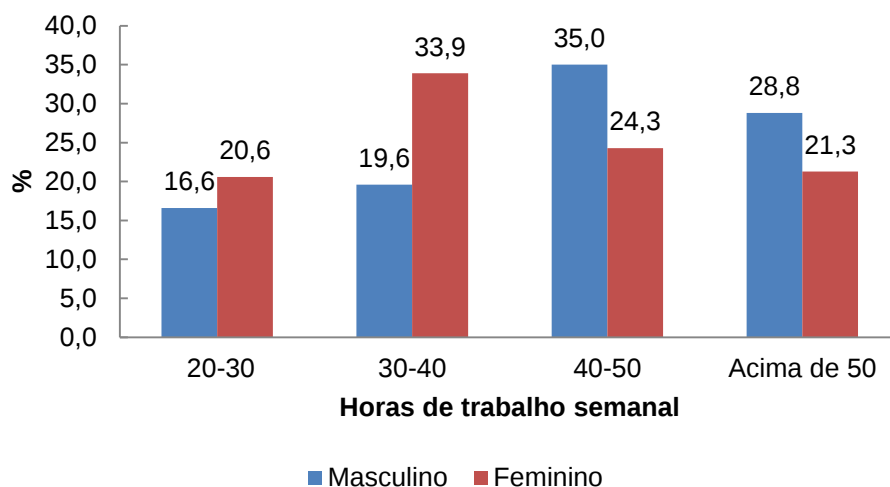
Quanto às horas trabalhadas por semana, 10% responderam trabalhar de 20 a 30 horas semanais; 29% de 30 a 40; de 40 a 50 Horas semanais foram 27% e mais de 50 horas semanais 24%.

Figura 16 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo horas trabalhadas por semana.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 17 - Distribuição de frequências dos respondentes; horas trabalhadas por semana segundo o sexo. $p < 0,001$

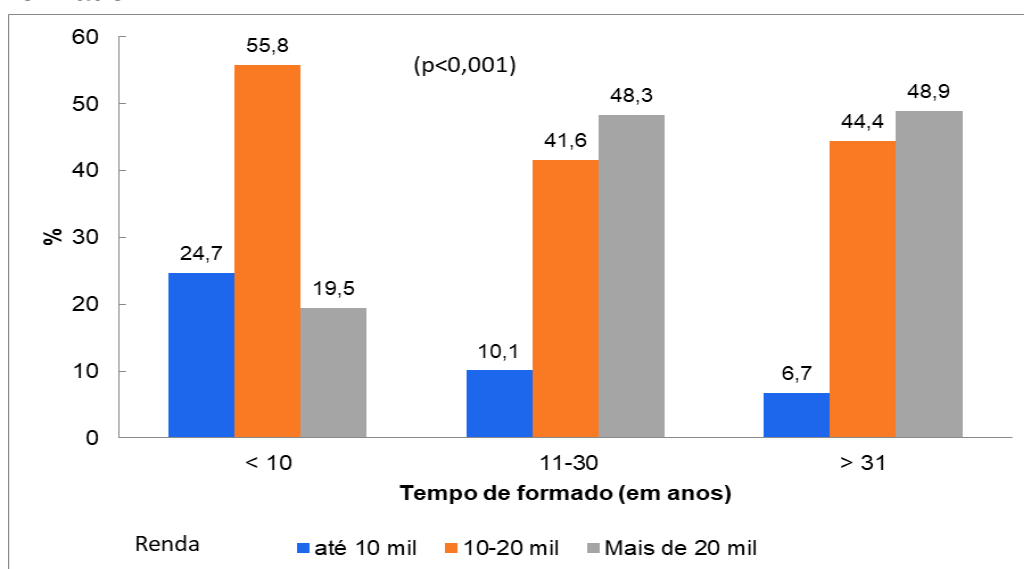


Fonte: Elaborado pela autora.

A figuras 18 demonstra que há uma associação estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação ao número de horas trabalhadas $p = 0,002$.

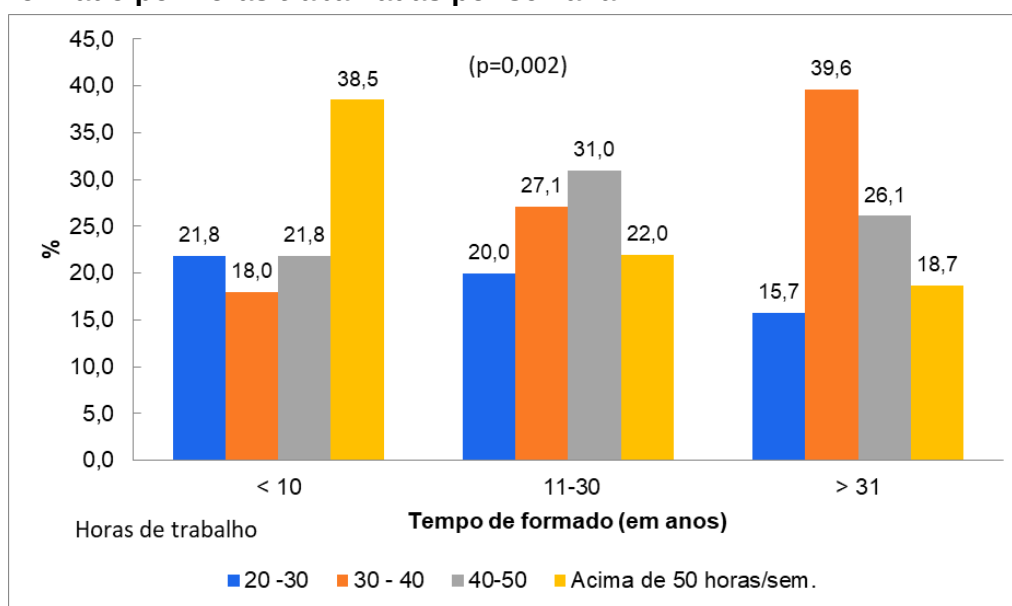
Observou-se pelos dados que os grupos de tempo de formado apresentam diferença entre si quando cruzado a renda ($p < 0,001$). O grupo com tempo de formado < 10 anos apresenta maior % de casos com renda entre 10 e 20 mil, os grupos com tempo de formado maior que 11 anos apresentam maior % de casos com renda acima de 20 mil.

Figura 18 - Porcentagens da renda do entrevistado segundo o tempo de formado.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 19 - Porcentagens da renda do entrevistado segundo o tempo de formado por horas trabalhadas por semana.



Fonte: Elaborado pela autora.

O grupo com tempo de formado < 10 anos apresenta maior % de casos com horas de trabalho semanal acima de 50 horas, o grupo com tempo de formado entre 11 e 30 anos em 40-50 horas e o grupo com mais de 30 anos de formado em 30-40 horas semanais. (p=0,002).

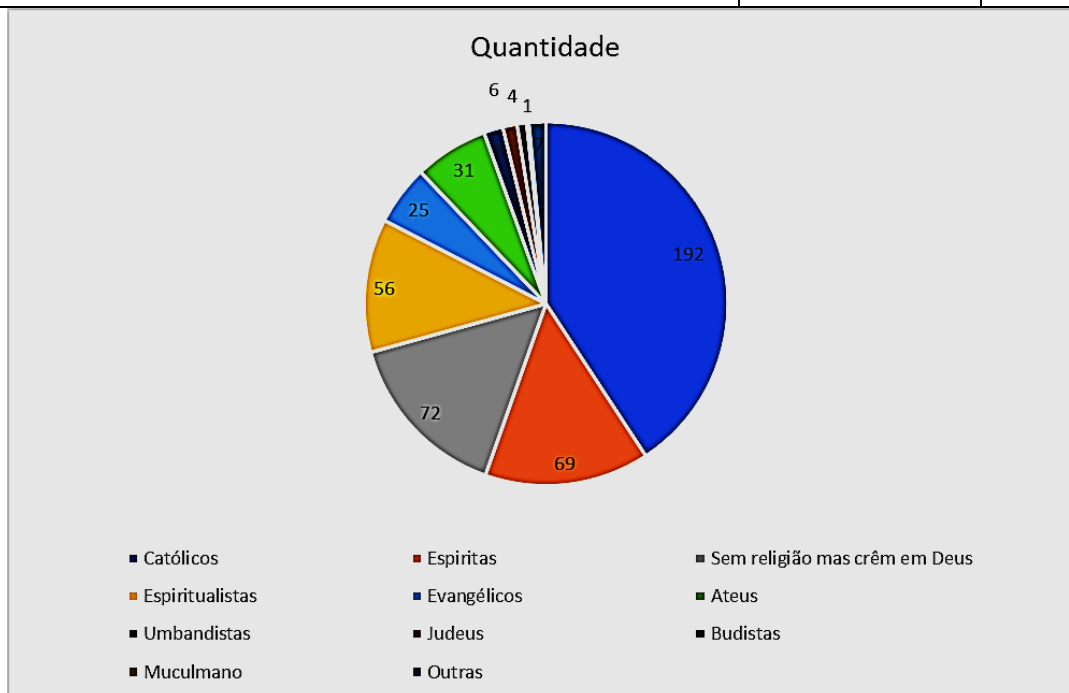
O número de horas trabalhada reduz após 10 anos de formado, porém a quantidade de pessoas que trabalham acima de 50 horas semanais ainda é alta, mesmo após mais de 30 anos de formado.

3.2 Afiliação Religiosa

Dos 471 médicos(as) respondentes, 192 declaram ser católicos; seguidos de 72 que afirmaram que acreditam em Deus, mas não tem religião; 69 são espíritas; 56 espiritualistas; 31 ateu; 8 umbandistas; 6 judeus; 3 budistas e 1 muçulmano. Dentre outras religiões, deeksha, arte mahikari, candomblé, cristã sem denominação, racionalismo cristão, shivaista da Caxemira, Wicca e messiânica.

Figura 20 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo afiliação religiosa.

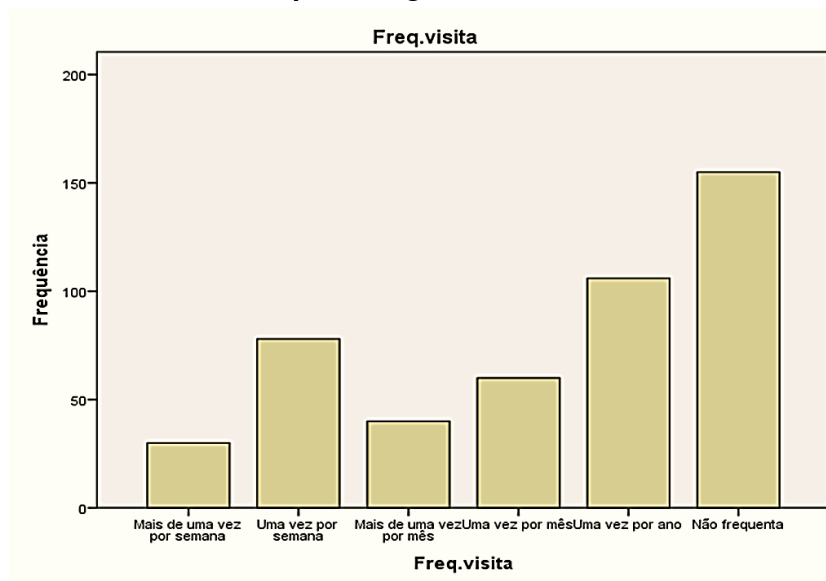
Religião	Quantidade	%
Católicos	192	41%
Espiritas	69	15%
Sem religião, mas crê em Deus	72	15%
Espiritualistas	56	12%
Evangélicos	25	5%
Ateus	31	7%
Umbandistas	8	2%
Judeus	6	1%
Budistas	4	1%
Muçulmano	1	0%
Outras	7	1%
Total	471	



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto a frequência de visitas a templos religiosos, mais de uma vez por semana (7%); uma vez por semana (17%); mais que uma vez por mês (8,5%); uma vez por mês (13%); uma vez por ano (23%) e não frequenta 33%,

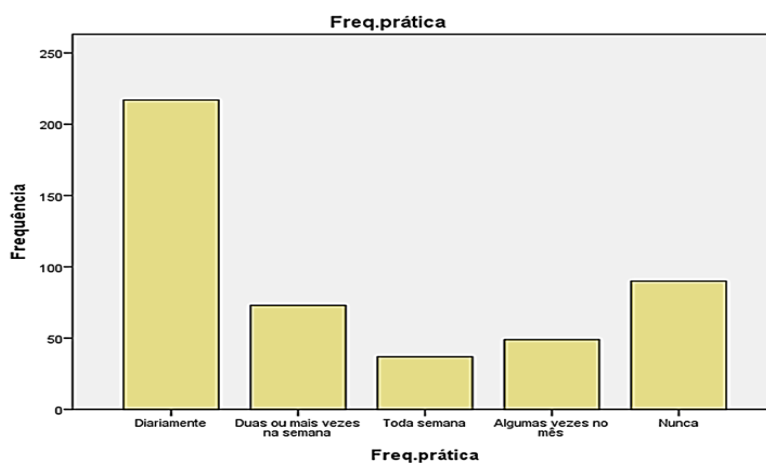
Figura 21 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo com que frequência visitas aos templos religiosos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto a questão das frequências das orações e meditações individuais, 46% responderam diariamente; 15,7% duas ou mais vezes por semana; 7,9% uma vez por semana; 10% duas ou mais vezes por mês e 19% responderam nunca.

Figura 22 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo prática individual

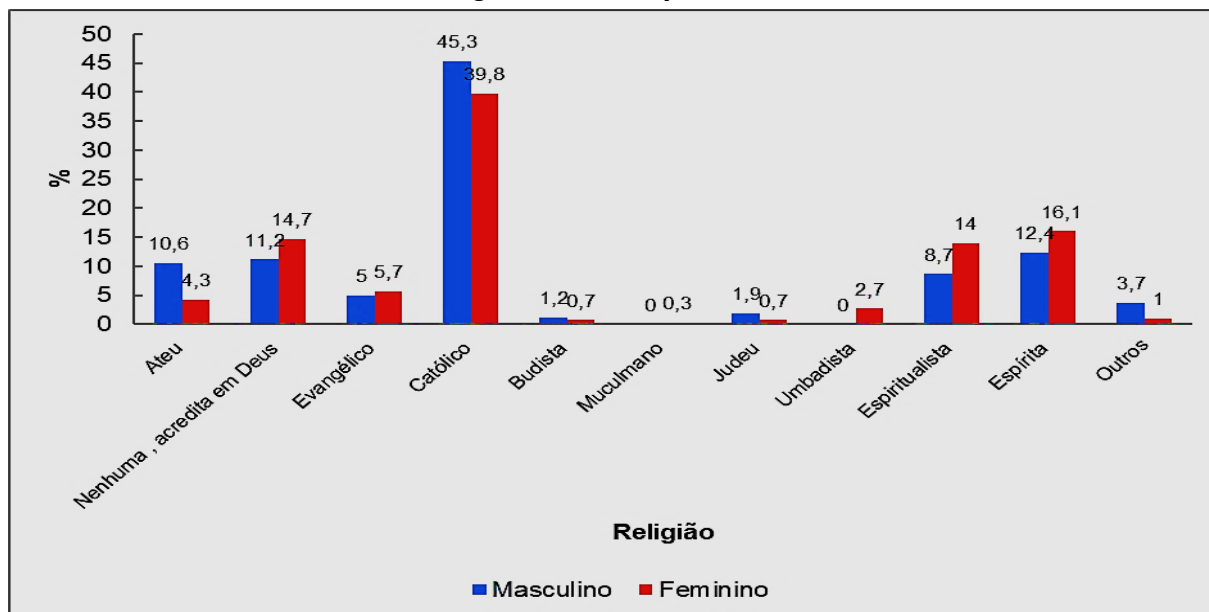


Fonte: Elaborado pela autora.

Há associação estatística significativa entre sexo e religião. Os homens apresentam maior porcentagem de casos em ateu e católico quando comparado

as mulheres. Já elas apresentam uma porcentagem maior de casos em espiritualista e espírita.

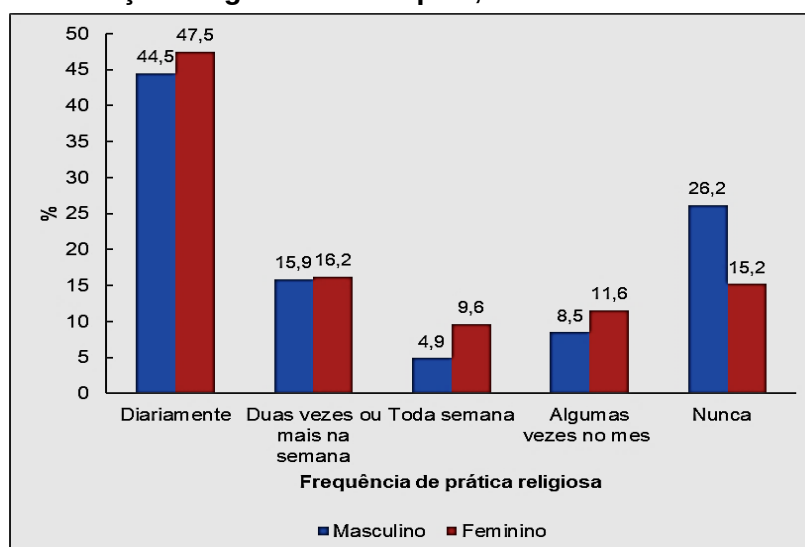
Figura 23- Distribuição de frequências dos respondentes segundo afiliação religiosa e sexo. $p=0,015$



Fonte: Elaborado pela autora.

Houve associação estatisticamente significativa quanto ao sexo e a prática religiosa individual. As mulheres apresentam maiores porcentagem de casos em diariamente e toda semana quando comparado aos homens que apresentam maior porcentagem de casos em nunca.

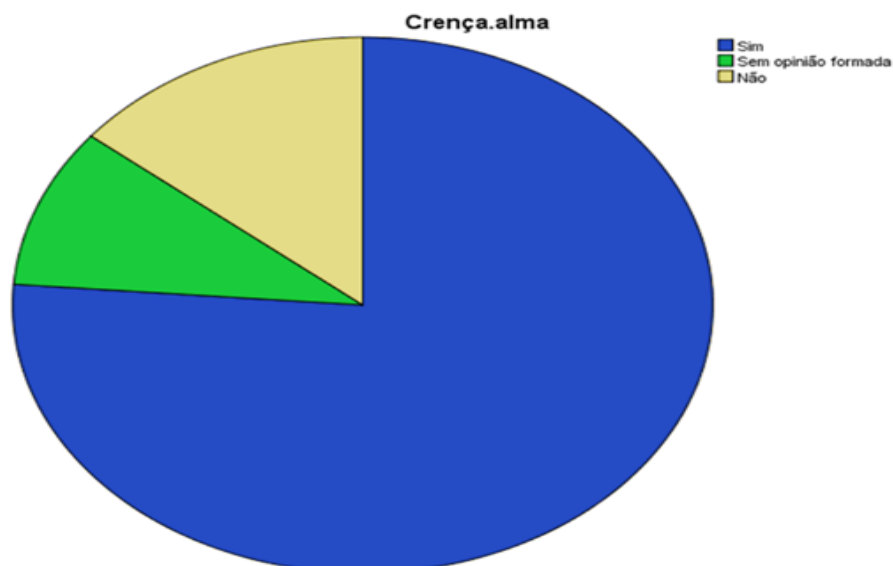
Figura 24 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo afiliação religiosa e sexo. $p= 0,028$



Fonte: Elaborado pela autora.

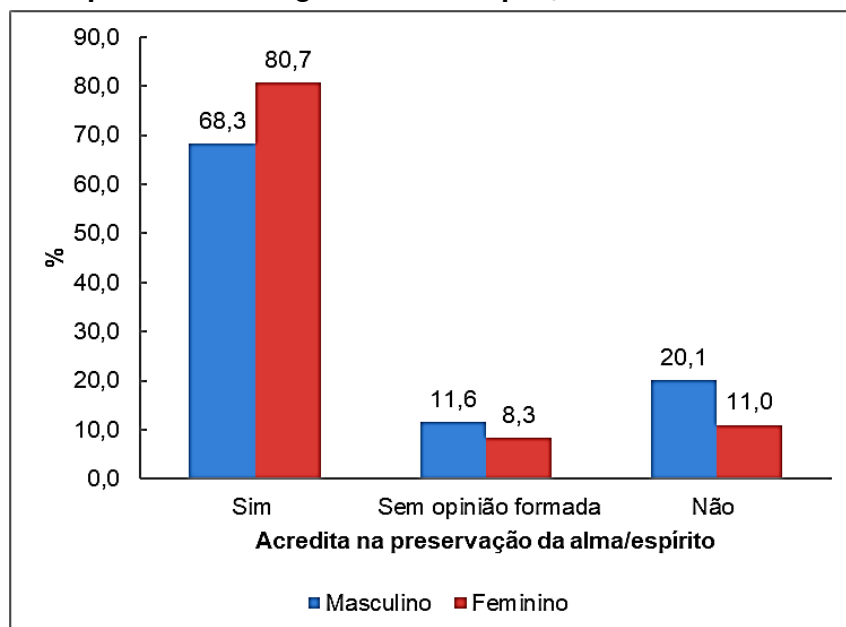
Quanto a questão: Acredita na existência de uma alma que persiste após a morte, o estudo constatou que 76% sim; 14% não; 10% não têm opinião formada sobre o assunto. Há uma predominância relevante de mulheres que responderam sim.

Figura 25 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma após a morte.



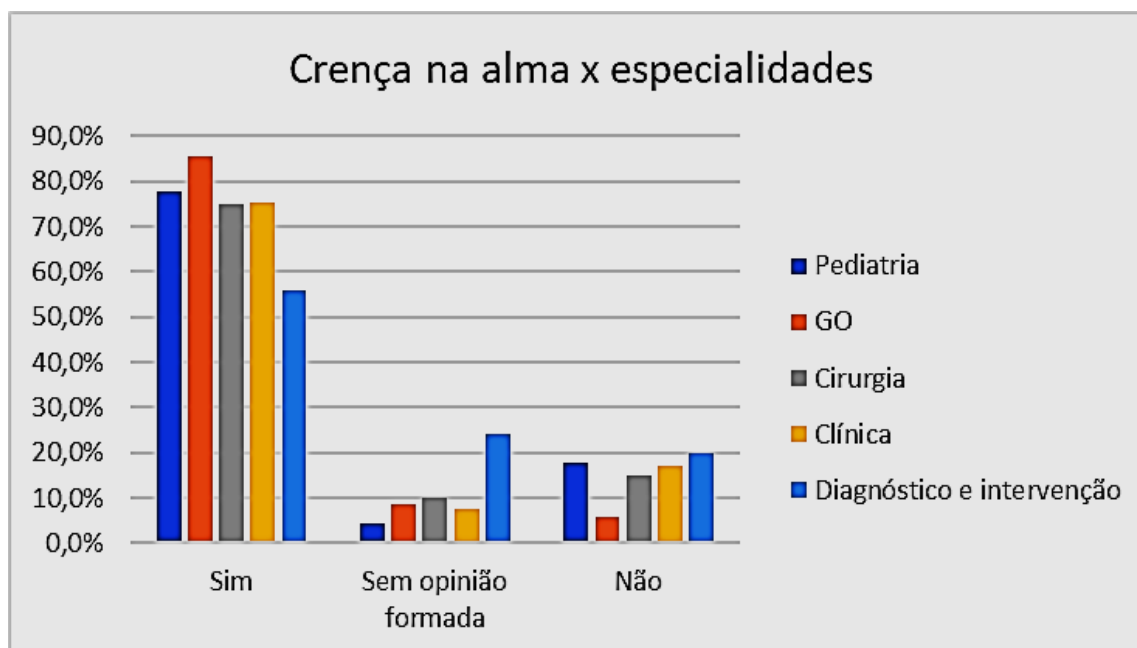
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 26 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma após a morte segundo o sexo. $p=0,008$



Fonte: Elaborado pela autora.

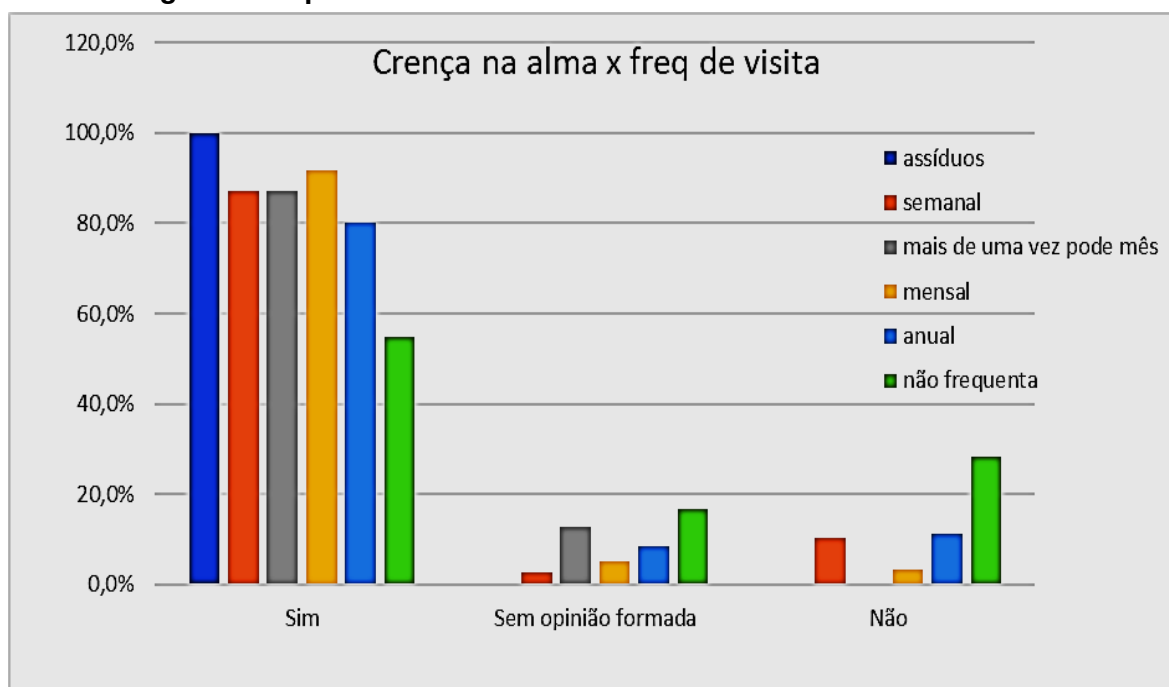
Figura 27 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma segundo as especialidades



Fonte: Elaborado pela autora

Não houve associação estatisticamente significativa, $p=0,027$

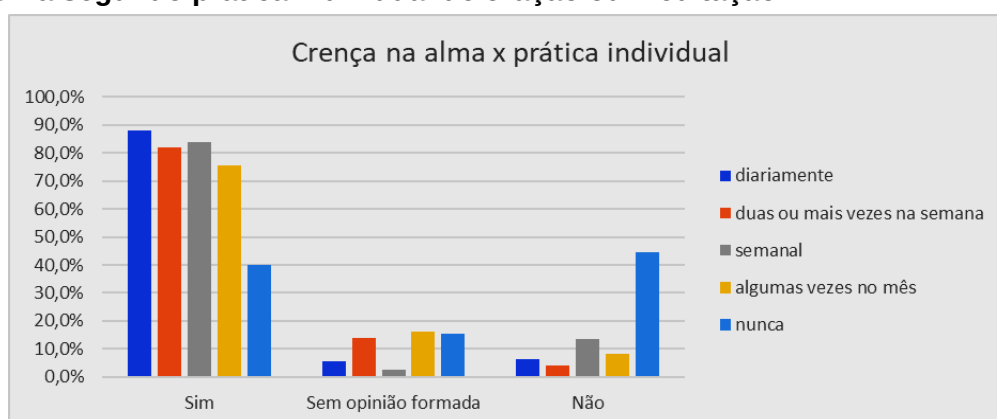
Figura 28 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma segundo frequência de visitas.



Fonte: Elaborado pela autora

Todos os assíduos acreditam na existência da alma. Associação estatisticamente relevante $p=0,000$.

Figura 29 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a existência de alma segundo prática individual de oração ou meditação.

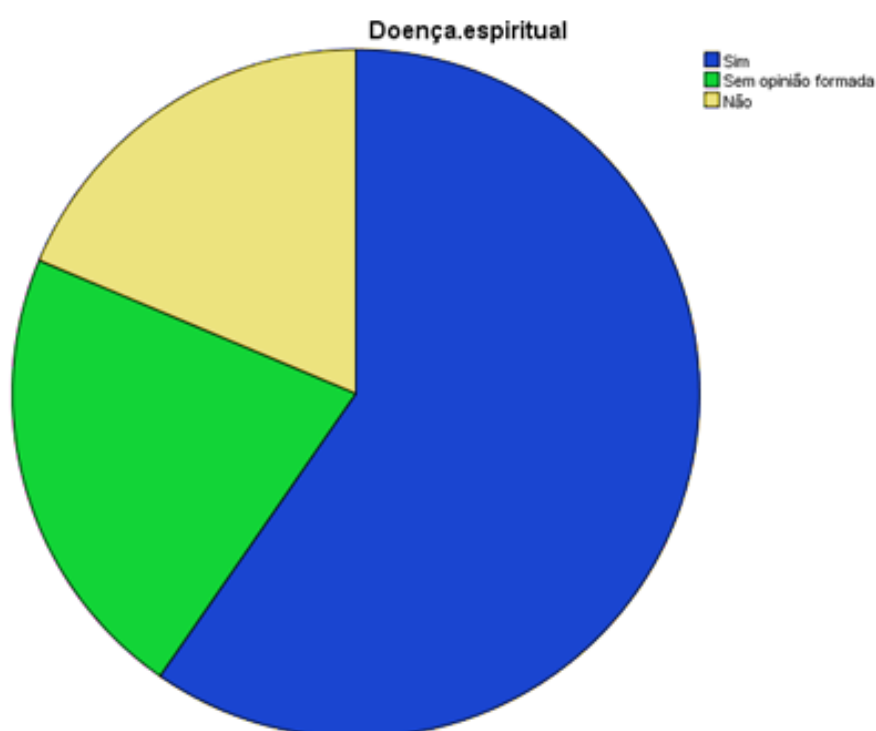


Fonte: Elaborado pela autora.

Associação estatisticamente relevante $p = 0,000$

Quanto a questão sobre a crença na existência de doenças espirituais, 59% responderam que sim, acreditam; 21,4 % não e 18,5 % não tem opinião formada.

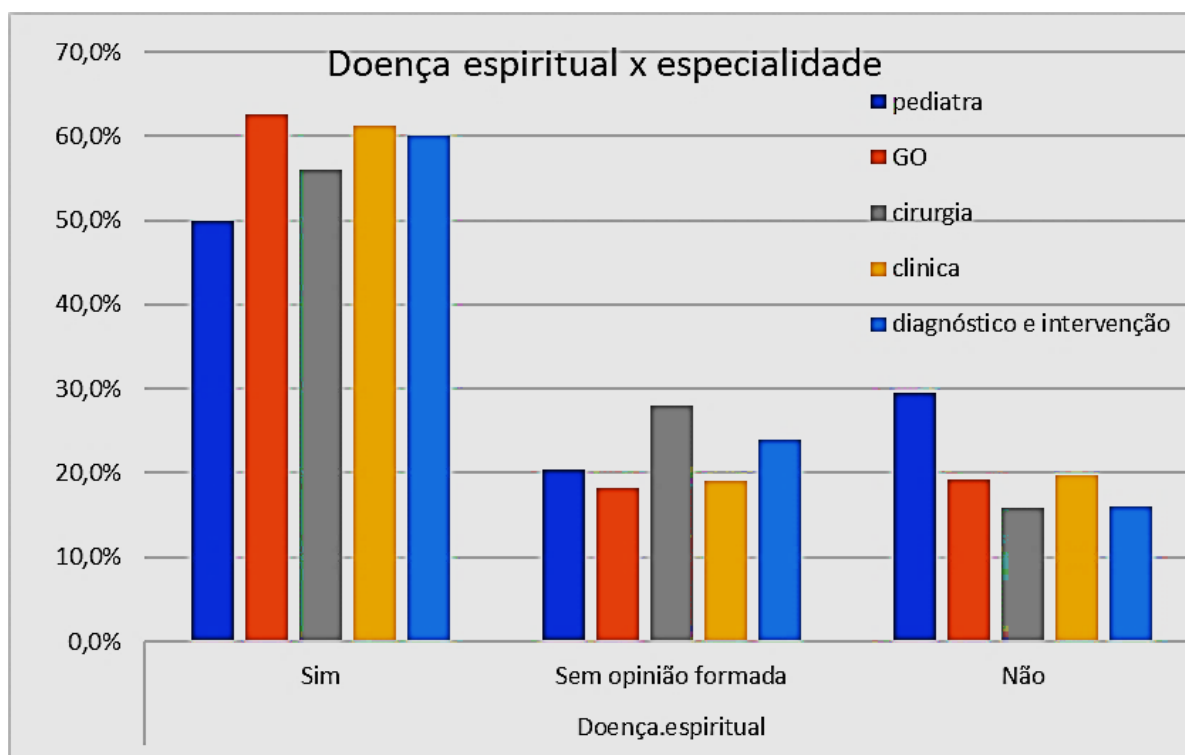
Figura 30 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo a crença na existência de doenças espirituais.



Fonte: Elaborado pela autora.

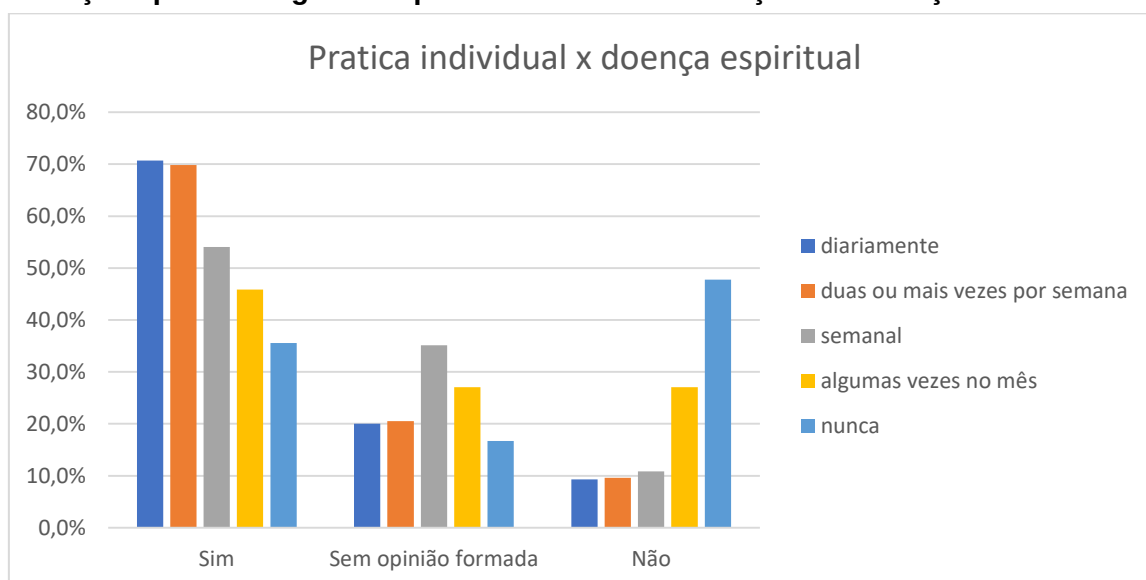
Quando cruzado o dado da crença na existência de doença espiritual com as especialidades não houve associação estatisticamente significativa.

Figura 31 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre a crença em doença espiritual segundo as especialidades. $p=0,484$



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 32 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre a crença em doença espiritual segundo a prática individual de oração e meditação.

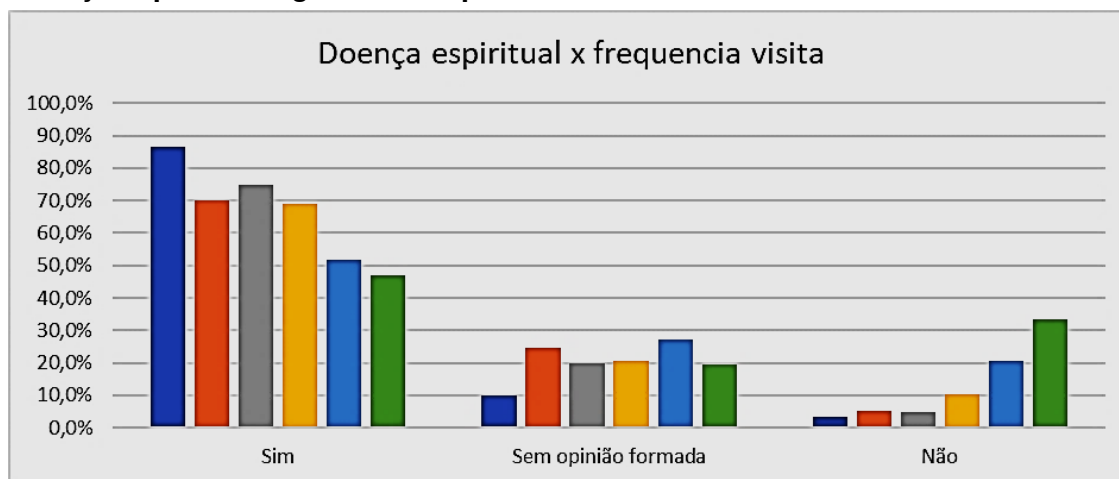


Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados demonstram haver associação estatisticamente significativa $p=0,001$ entre a religiosidade do médico e a crença na existência de doença

espiritual, para associação entre a prática religiosa individual e de frequência em celebrações religiosas.

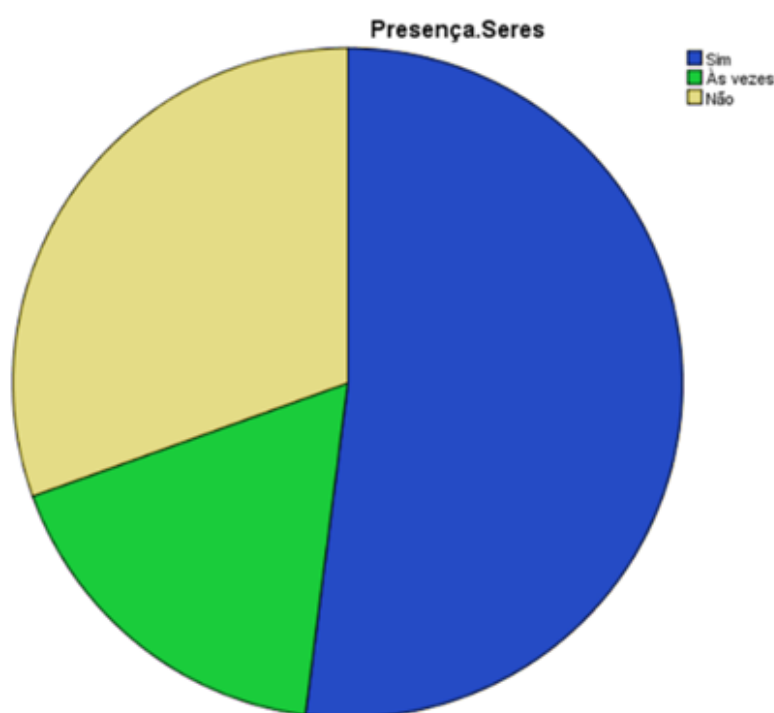
Figura 33 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre a crença em doença espiritual segundo a frequência de visita.



Fonte: Elaborado pela autora.

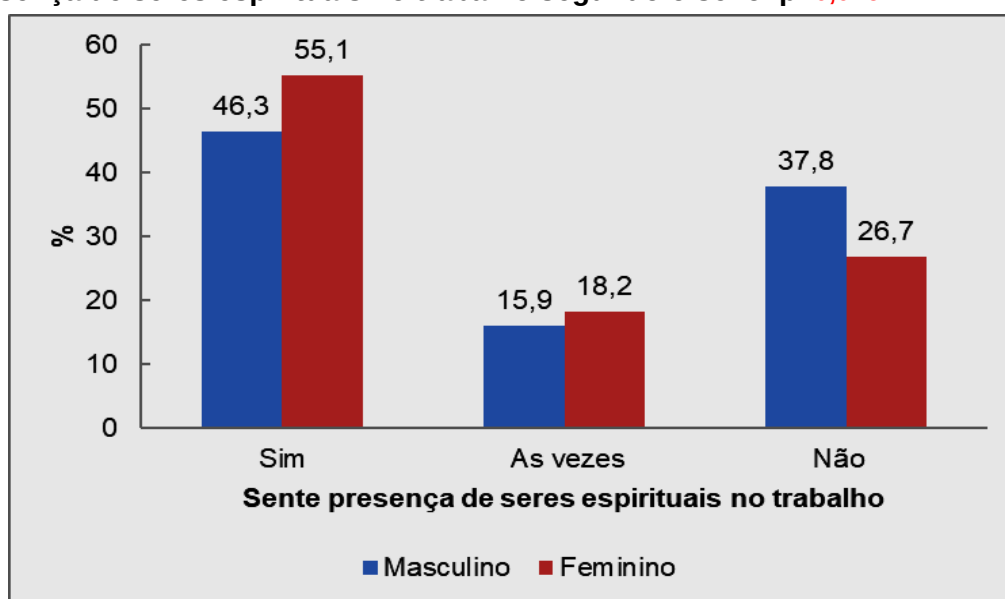
Quanto a sentir presença de seres espirituais no trabalho, 52% disseram sentir; 30% responderam nunca, 17% às vezes. Diferença estatisticamente significativa, $p = 0,046$ entre mulheres e homens.

Figura 34 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo sentir a presença de seres espirituais no trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora.

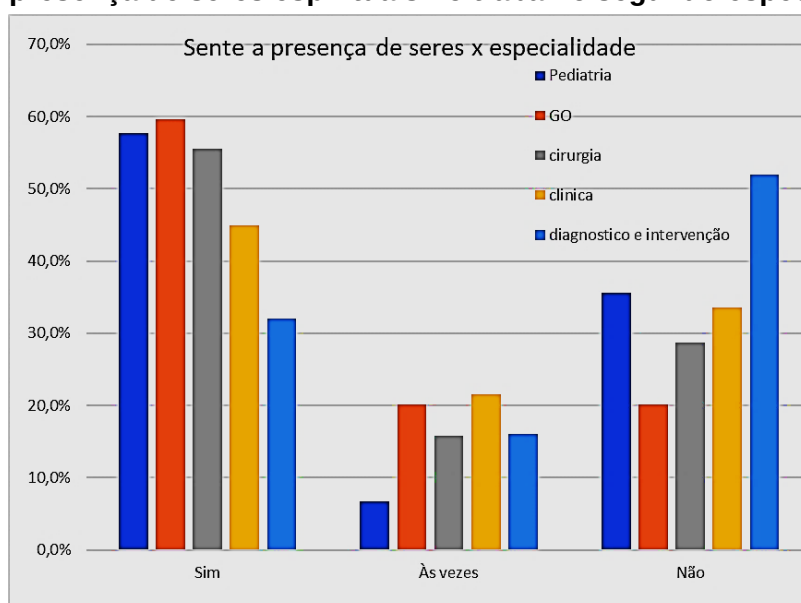
Figura 35 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres espirituais no trabalho segundo o sexo. $p=0,046$



Fonte: Elaborado pela autora.

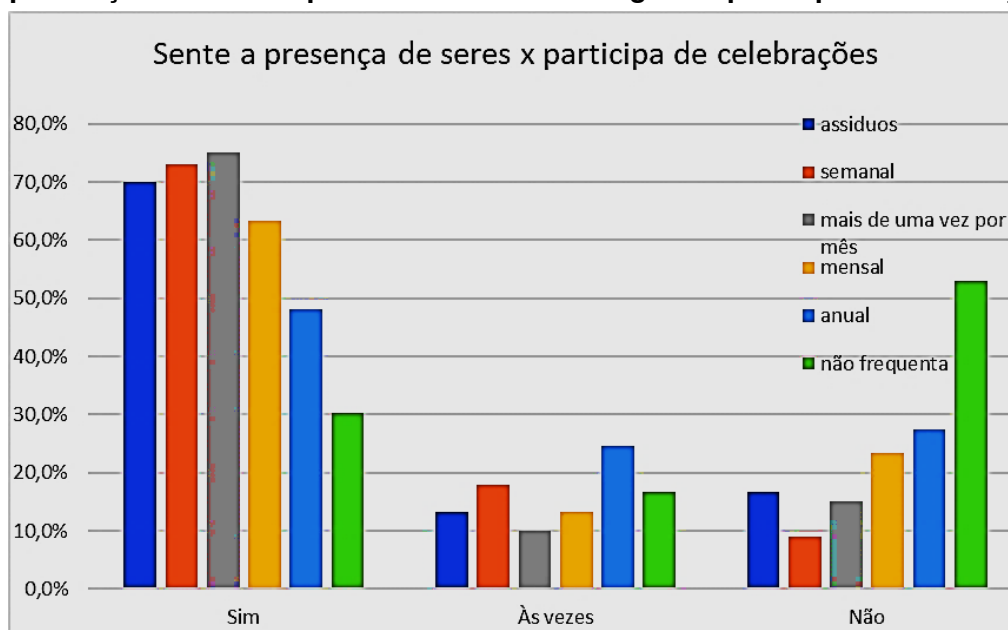
Os(as) ginecologistas obstetras são os(as) que mais sentem a presença de seres espirituais no trabalho seguidos dos pediatras e cirurgiões. As especialidades classificadas como diagnóstico e intervenção são as que menos sentem esta presença. Os profissionais que mais sentem a presença de seres espirituais no trabalho são aqueles que mais frequentam cultos religiosos e/ou praticam sua religião individualmente.

Figura 36 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres espirituais no trabalho segundo especialidades. $p=0,019$



Fonte: Elaborado pela autora.

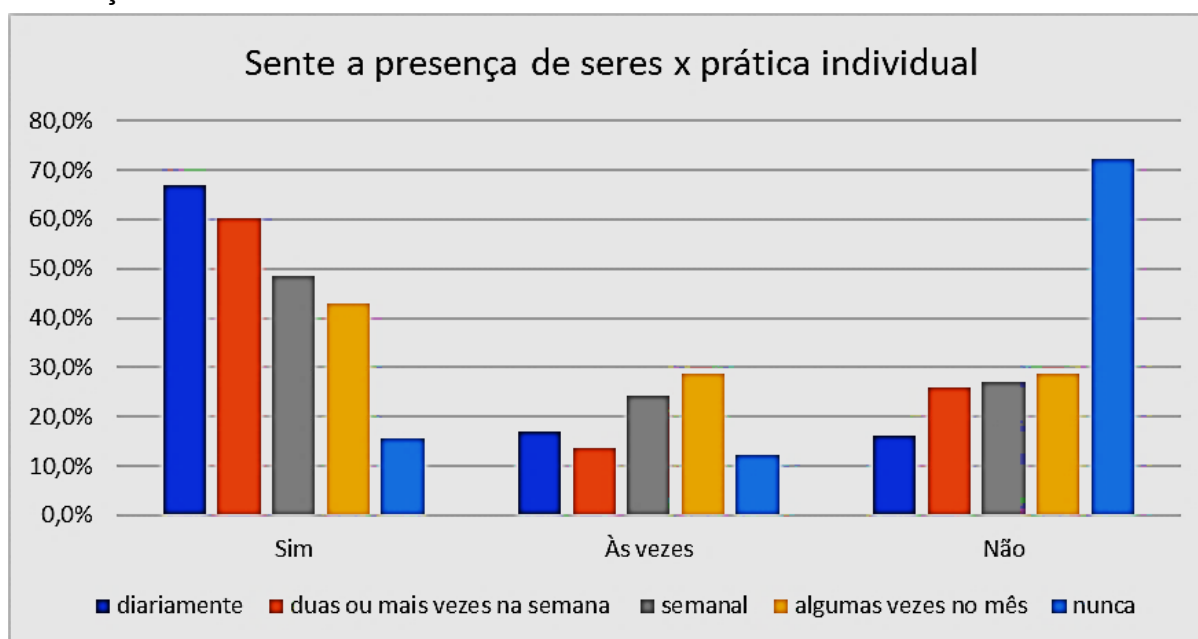
Figura 37 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres espirituais no trabalho segundo participa de celebrações.



Fonte: Elaborado pela autora.

Associação estatisticamente significativa $p=0,001$

Figura 38 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre sentir a presença de seres no trabalho segundo prática individual de oração ou meditação.

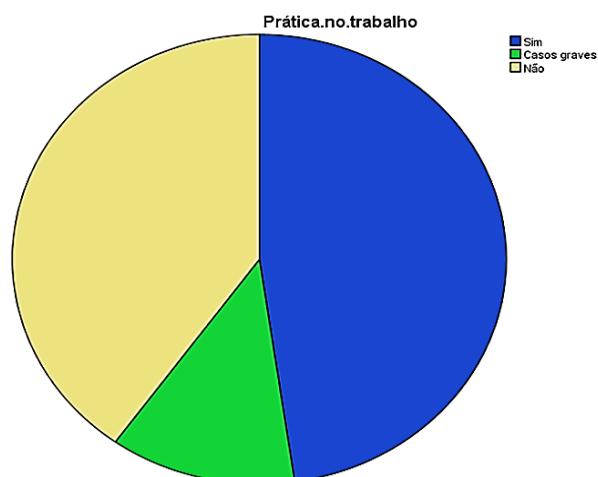


Fonte: Elaborado pela autora.

Associação estatisticamente significativa $p=0,001$

Na questão referente se realiza algum ritual no trabalho, 47% responderam, sim; 39% responderam, não; e somente em casos graves, 12%.

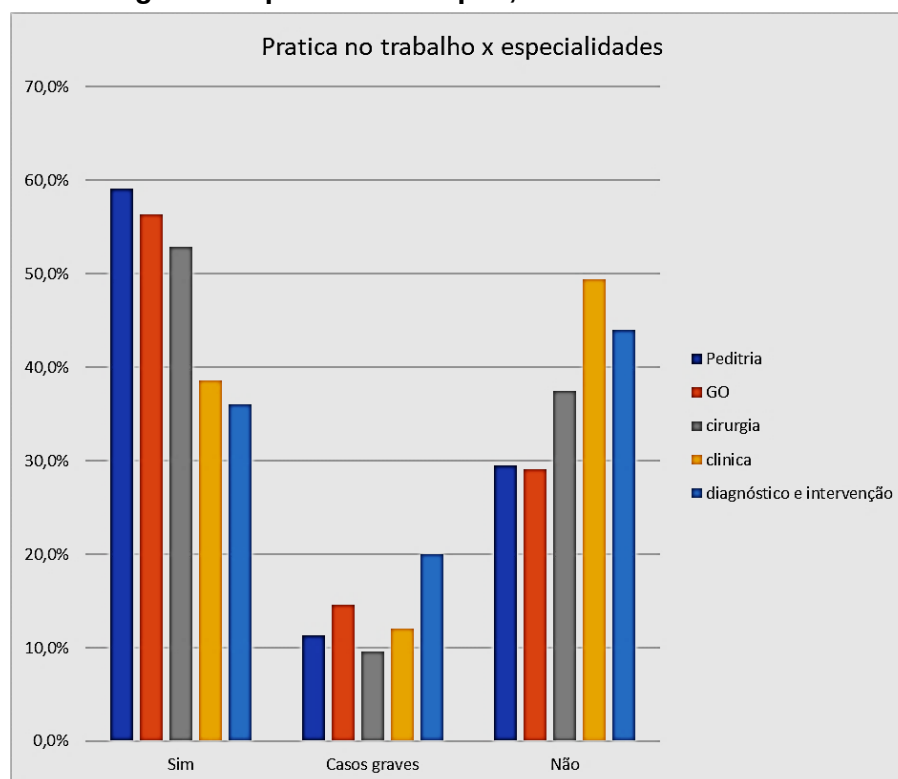
Figura 39 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora.

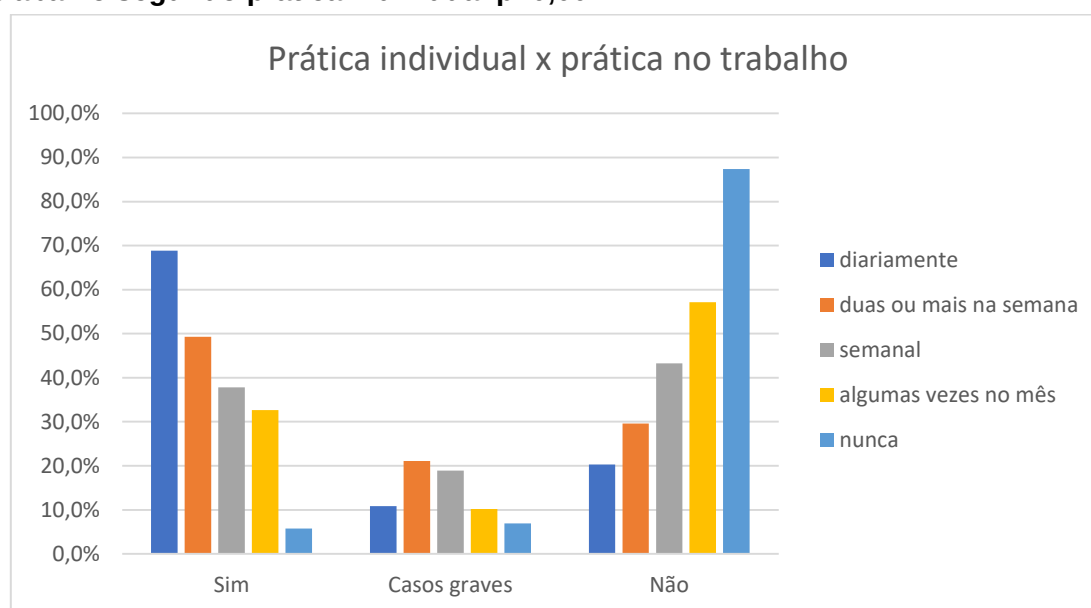
Em relação as especialidades os resultados mostraram que os(as) clínicos e o diagnóstico intervenção são os que menos realizam rituais no trabalho e os(as) pediatras, ginecologistas obstetras e cirurgiões são os(as) que mais realizam.

Figura 40 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho segundo especialidades. $p=0,034$



Fonte: Elaborado pela autora.

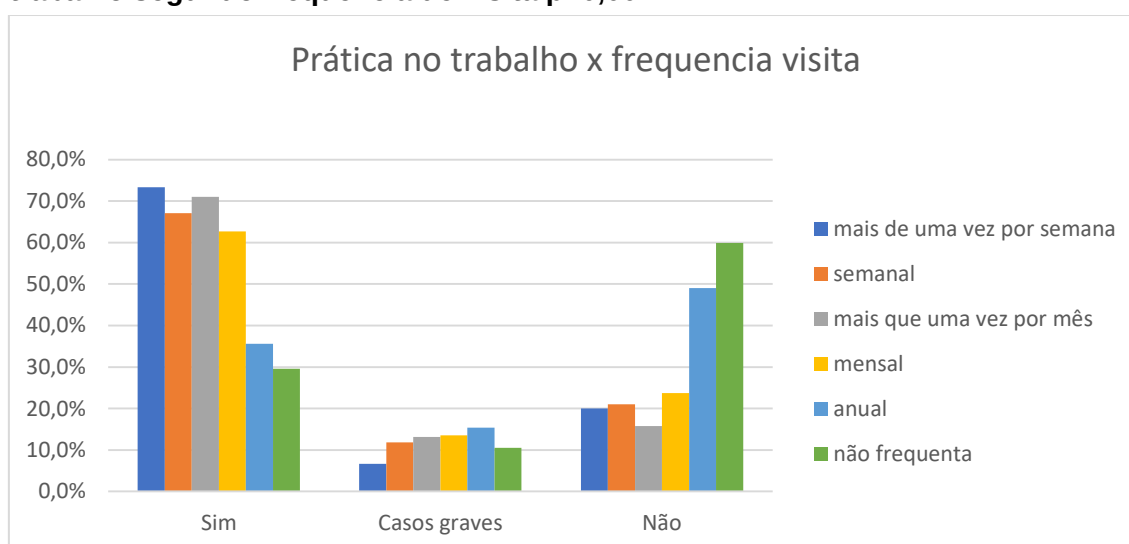
Figura 41 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho segundo prática individual.p=0,001



Fonte: Elaborado pela autora.

Aqueles que praticam a religiosidade individualmente ou coletivamente também praticam rituais no trabalho; poucos praticam apenas em casos graves.

Figura 42 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre prática ritual no trabalho segundo frequência de visita.p=0,001



Fonte: Elaborado pela autora.

Não houve associação estatisticamente significativa com relação ao local de atendimento e a carga horária, tanto em relação a frequência em celebrações religiosas quanto na prática da religiosidade individual interferem.

3.3.Prática Clínica e Espiritualidade

Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas das variáveis de estudo segundo o tempo de formado.

Variável	Tempo de formado (em anos)						p*
	< 10		11-30		>=31		
	(n=78)		(n=257)		(n=135)		
	n	%	n	%	N	%	
Frequência de presença em templo, igreja ou outro encontro religioso?							0,684
mais de uma vez por semana	5	6,4	15	5,8	10	7,4	
uma vez por sem	10	12,8	38	14,8	31	23,0	
mais de uma vez por mês	5	6,4	25	9,7	10	7,4	
uma vez por mês	12	15,4	33	12,8	15	11,1	
uma vez por ano	20	25,6	58	22,6	28	20,7	
não frequenta	26	33,3	88	34,2	41	30,4	
Com que frequência pratica atividades religiosas/espirituais individuais							0,109
Diariamente	26	33,3	121	47,1	71	52,6	
duas x ou mais na semana	13	16,7	44	17,1	19	14,1	
toda semana	5	6,4	19	7,4	13	9,6	
algumas vezes no mes	13	16,7	27	10,5	9	6,7	
nunca	21	26,9	46	17,9	23	17,0	
Faz pratica religiosa ou ritual no trabalho, ou antes de alguma intervenção ?							0,317
Sim	37	47,4	118	46,8	65	50,0	
so em casos graves	5	6,4	37	14,7	14	10,8	
não	36	46,2	97	38,5	51	39,2	
Você acredita que apesar da morte do corpo, a alma/espirito preserva-se viva ?							0,520
Sim	56	72,7	195	75,9	106	79,1	
sem opinião formada	9	11,7	28	10,9	8	6,0	
não	12	15,6	34	13,2	20	14,9	
Você acredita que existam doenças causadas por fatores espirituais ?							0,646
Sim	47	60,3	147	57,6	85	63,4	
talvez	14	17,9	61	23,9	26	19,4	
não	17	21,8	47	18,4	23	17,2	
Você sente a presença de seres espirituais no trabalho ?							0,505
Sim	44	56,4	128	49,8	73	54,1	
as vezes	16	20,5	46	17,9	20	14,8	
não	18	23,1	83	32,3	42	31,1	
Após sua entrada na carreira médica, suas crenças ou condutas se modificaram ?							0,225
não alterou	28	35,9	82	31,9	56	42,1	
aumentou	41	52,6	154	59,9	69	51,9	

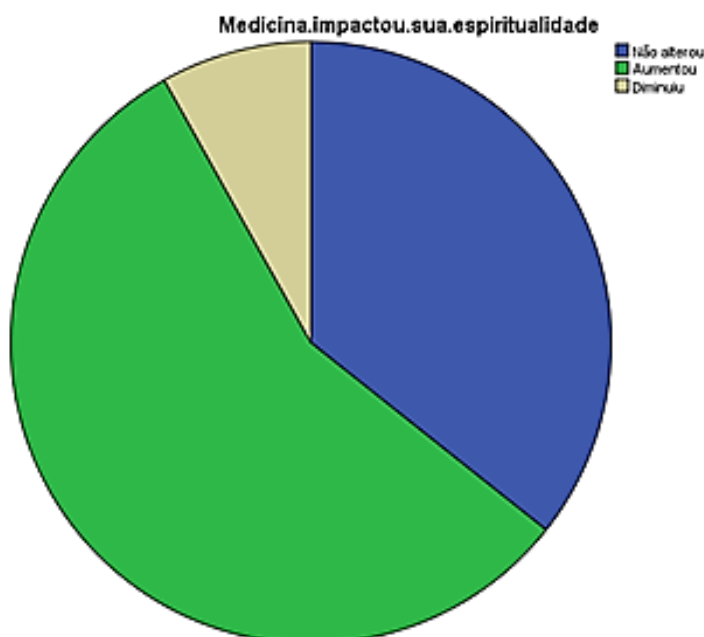
A tabela 1 apresentou a relação entre tempo de formatura (anos) e religiosidade, especificamente a frequência em celebrações religiosas e práticas de oração ou meditação individuais, além de outras questões relacionadas com a religiosidade e a prática clínica. O que podemos observar foi que não houve associação estatisticamente relevante entre o tempo de formado e as questões relacionadas.

Na pergunta: *Você vivenciou alguma situação inexplicável no trabalho?* constatou-se que 64% se omitiram em falar sobre o assunto; 18% responderam que sim e 18% disseram não.

Abaixo desta questão havia um espaço no questionário no qual as pessoas poderiam relatar esta experiência. Tais respostas encontram-se no final deste capítulo.

Na questão, “A medicina influenciou sua religiosidade?”, os dados mostraram que 56% aumentou; 35,5% não alterou e somente 8% diminuiu.

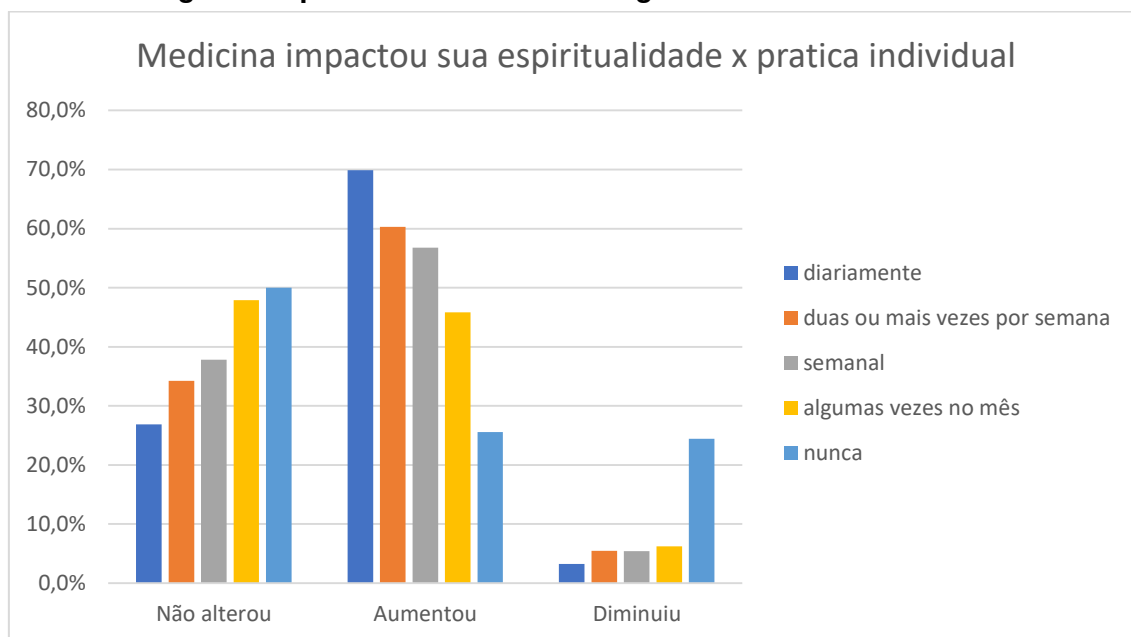
Figura 45 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o impacto da medicina sobre a espiritualidade



Fonte: Elaborado pela autora.

Outro resultado encontrado evidencia que o maior impacto está com aqueles que mais frequentam celebrações e praticam individualmente suas crenças religiosas.

Figura 46 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o impacto da medicina segundo a prática individual de religiosidade.



Fonte: Elaborado pela autora.

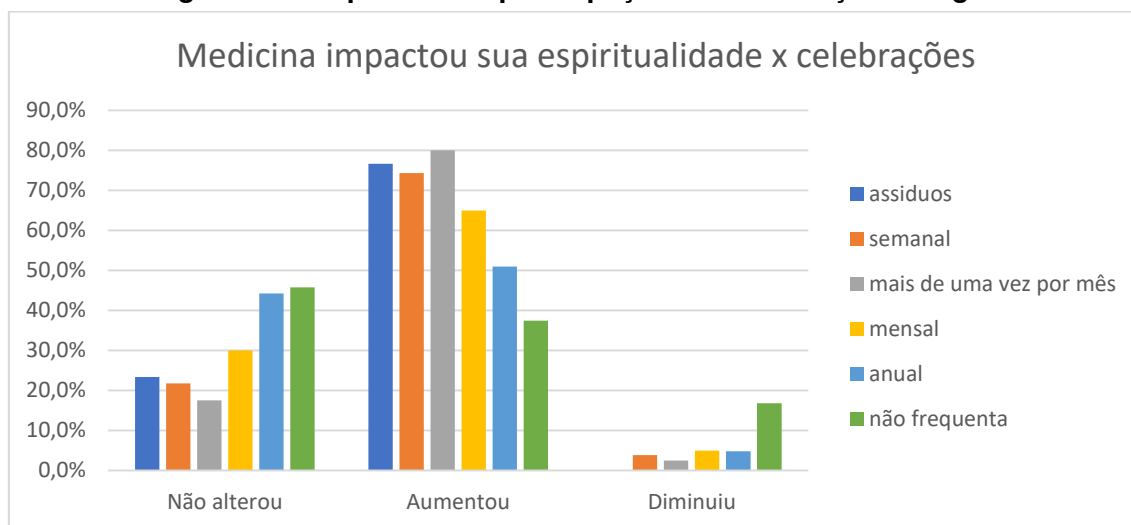
A tabela 2 apresenta os dados utilizados no gráfico 46, acima com o $p < 0,001$

Tabela 2- Tabulação cruzada entre frequência de prática e impacto da medicina na espiritualidade.

			Medicina impactou sua espiritualidade			Total
			Não alterou	Aumentou	Diminuiu	
Frequência	Diariamente	Contagem	58	151	7	216
		%	26,9%	69,9%	3,2%	100,0%
	Duas ou mais vezes na semana	Contagem	25	44	4	73
		%	34,2%	60,3%	5,5%	100,0%
	Toda semana	Contagem	14	21	2	37
		%	37,8%	56,8%	5,4%	100,0%
	Algumas vezes no mês	Contagem	23	22	3	48
		%	47,9%	45,8%	6,3%	100,0%
	Nunca	Contagem	45	23	22	90
		%	50,0%	25,6%	24,4%	100,0%
Total		Contagem	165	261	38	464
		%	35,6%	56,3%	8,2%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 47- Distribuição de frequências dos respondentes sobre o impacto da medicina segundo a frequência de participação em celebrações religiosas.



Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 3 apresenta os dados utilizados no gráfico 47, acima com o $p < 0,001$

Tabela 3 - Tabulação cruzada entre frequência de visita aos templos e o impacto da medicina na espiritualidade.

			Medicina impactou sua espiritualidade			Total
			Não alterou	Aumentou	Diminuiu	
Freq visita	Mais de uma vez por semana	Contagem de Freq visita	7	23	0	30
		% dentro de Freq visita	23,3%	76,7%	0,0%	100,0%
	Uma vez por semana	Contagem de Freq visita	17	58	3	78
		% dentro de Freq visita	21,8%	74,4%	3,8%	100,0%
	Mais de uma vez por mês	Contagem de Freq visita	7	32	1	40
		% dentro de Freq visita	17,5%	80,0%	2,5%	100,0%
	Uma vez por mês	Contagem de Freq visita	18	39	3	60
		% dentro de Freq visita	30,0%	65,0%	5,0%	100,0%
	Uma vez por ano	Contagem de Freq visita	46	53	5	104
		% dentro de Freq visita	44,2%	51,0%	4,8%	100,0%
	Não frequente	Contagem de Freq visita	71	58	26	155
		% dentro de Freq visita	45,8%	37,4%	16,8%	100,0%
Total			166	263	38	467
			35,5%	56,3%	8,1%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora.

3.3 Paciente e Religiosidade/ Espiritualidade (R/E)

O resultado da questão, “Você se interessa pela religião do paciente?”, mostrou que 68% se interessa e 32% não se interessa.

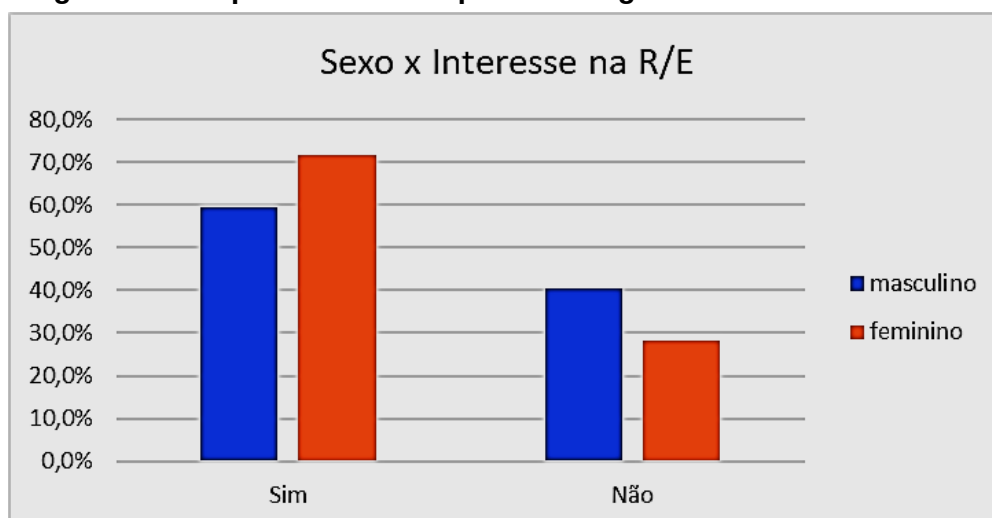
Observou-se também que as mulheres possuem mais interesse na religiosidade do paciente.

Figura 48 - Distribuição de frequências dos respondentes segundo o interesse pela religiosidade/espiritualidade do paciente.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 49 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade/espiritualidade do paciente segundo o sexo.

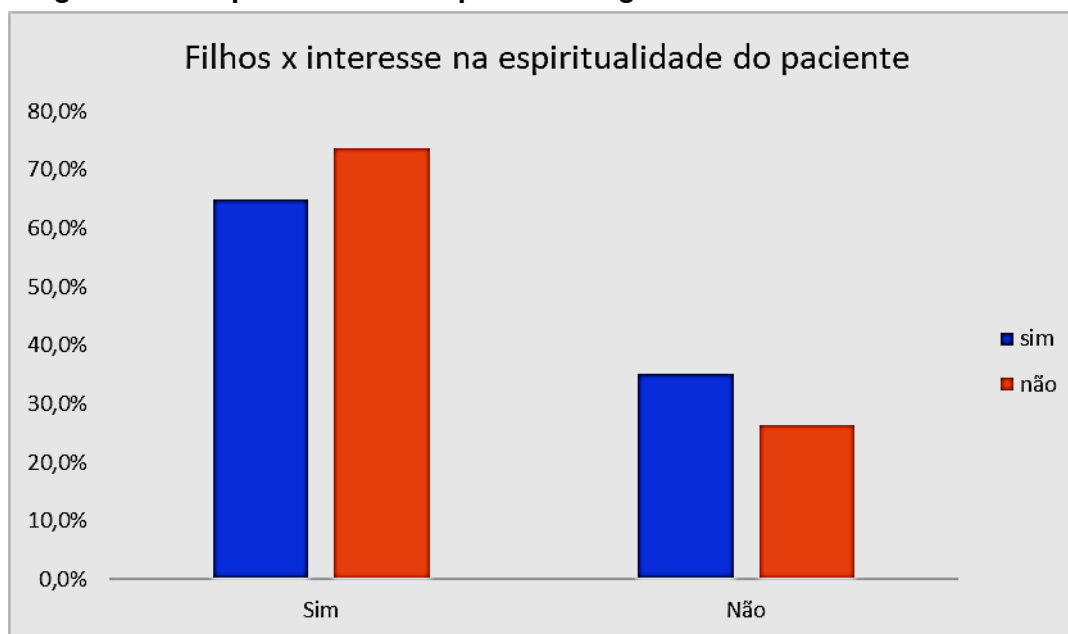


Fonte: Elaborado pela autora.

As mulheres são as que mais apresentam interesse pela religiosidade do paciente.
Dado estatisticamente significativo $p = 0,007$

Em relação ao estado civil, os solteiros e os que não tem filhos apresentam maior interesse pela religiosidade de seus pacientes.

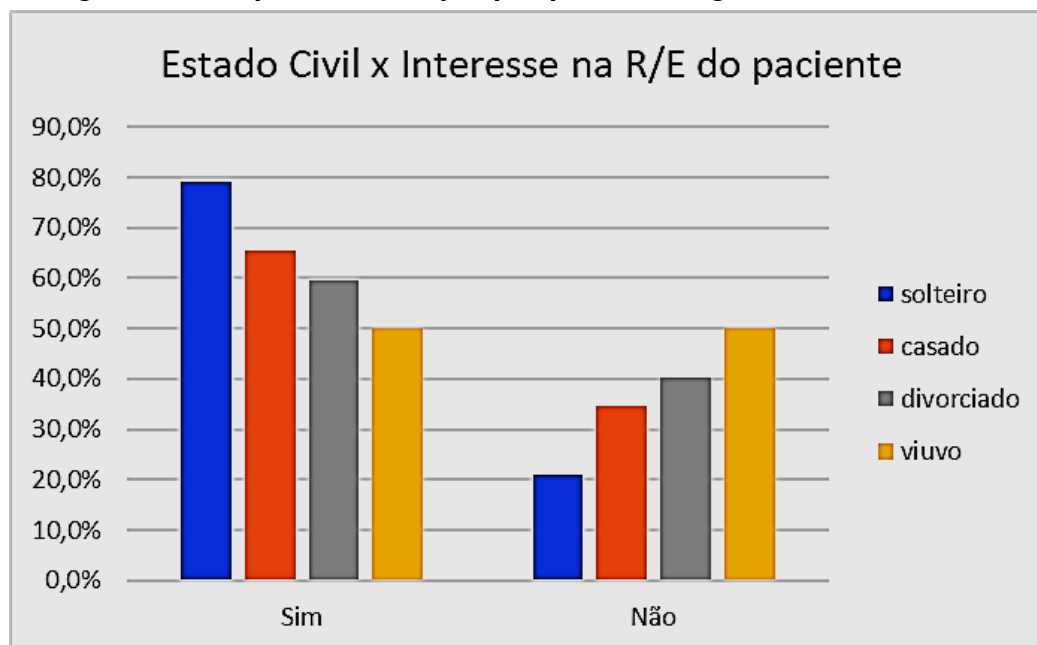
Figura 50 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade/espiritualidade do paciente segundo ter ou não filhos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significante $p = 0,05$

Figura 51 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade/espiritualidade (R/E) do paciente segundo estado civil.

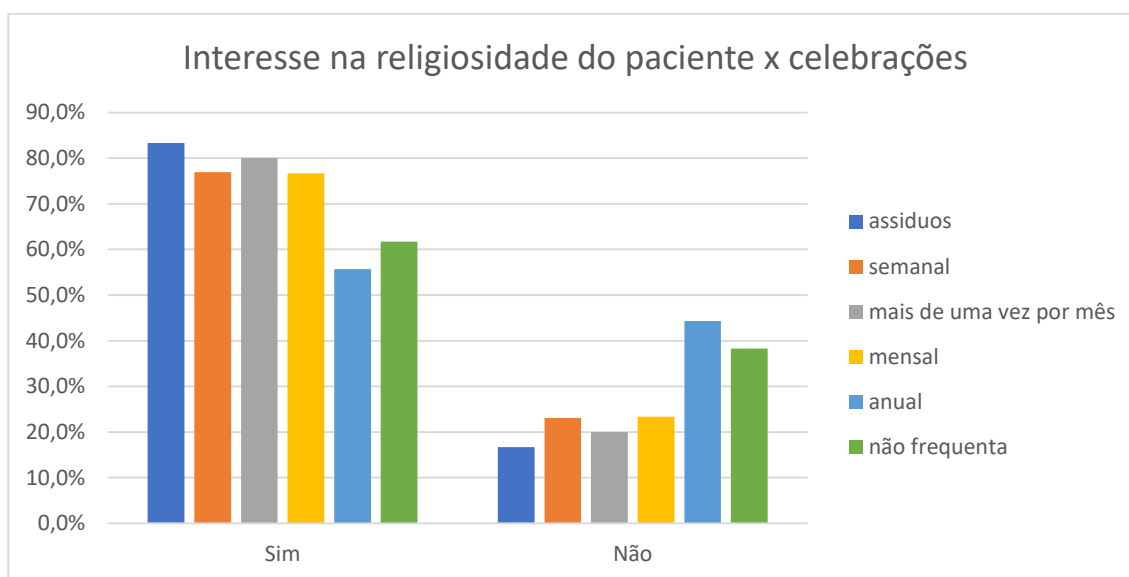


Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significante $p = 0,045$

O interesse pela religiosidade do paciente teve associação com a religiosidade do médico (frequência em cultos e/ ou pela prática individual) com a crença na existência da alma e na existência de doenças espirituais. Houve também relevância estatística para a prática de rituais religiosos e a sensação de presença de seres espirituais, ambas no trabalho, também para aqueles que a prática da medicina aumentou a espiritualidade.

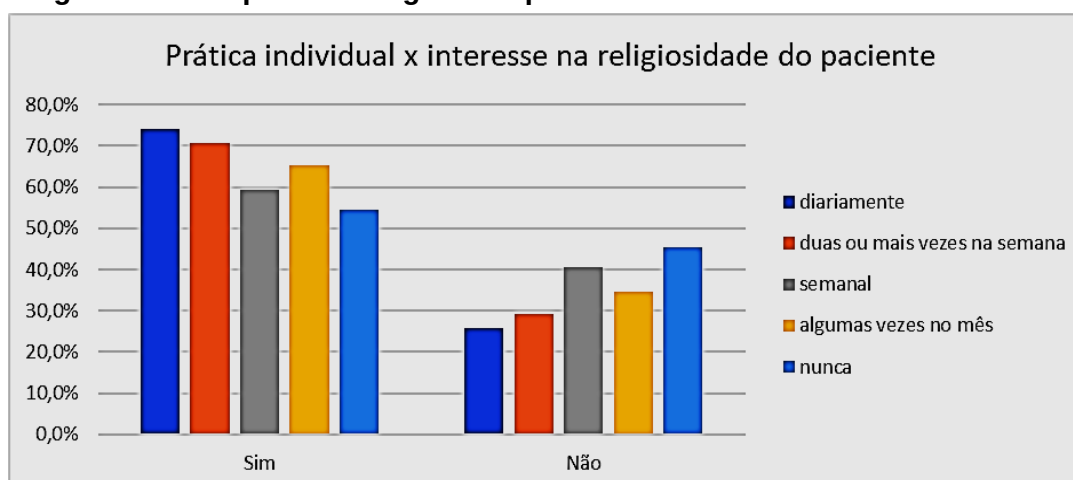
Figura 52 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade do paciente segundo a participação em celebrações no local de trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p < 0,01$.

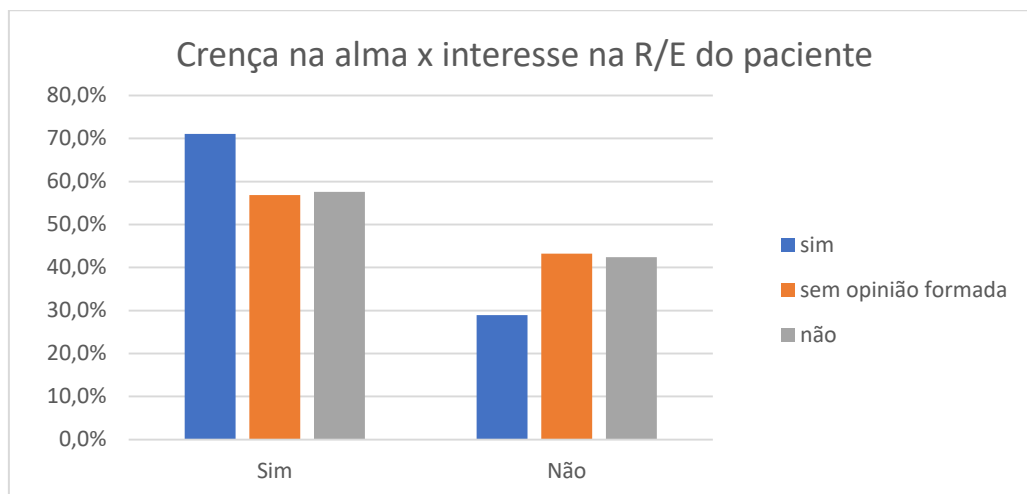
Figura 53 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade do paciente segundo a prática individual



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p < 0,01$

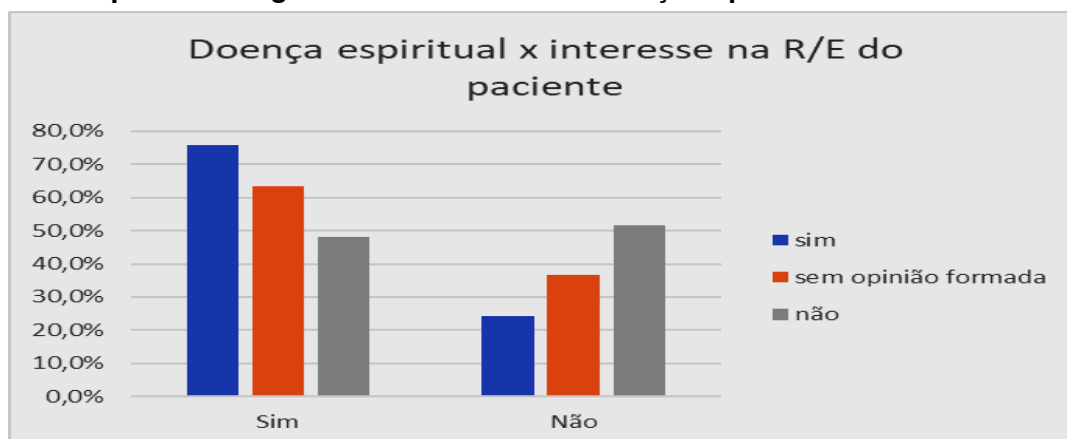
Figura 54 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade/espiritualidade do paciente segundo a crença na existência da alma.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p=0,026$

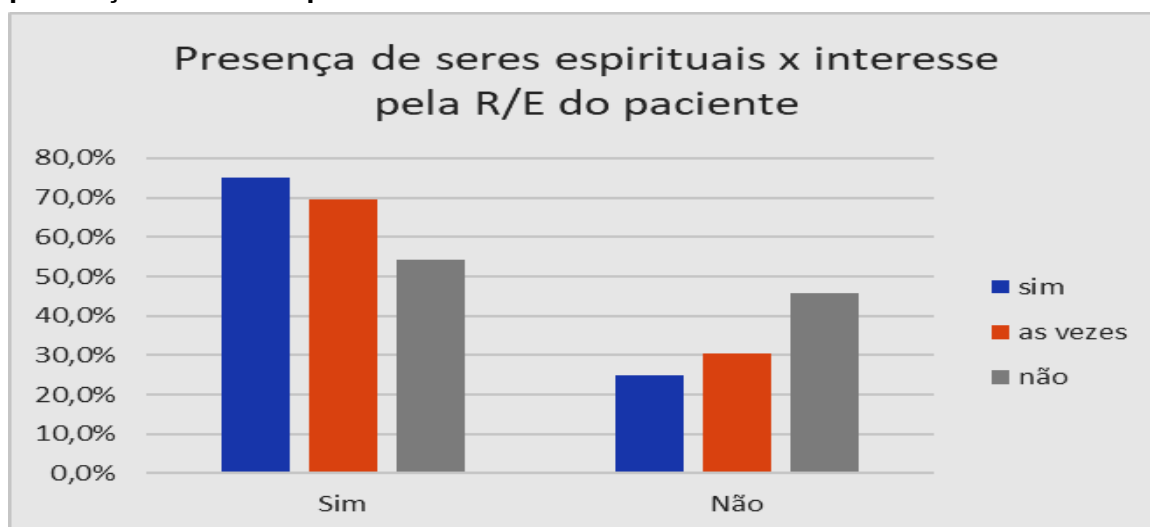
Figura 55 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela R/E do paciente segundo a existência de doença espiritual.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p<0,01$

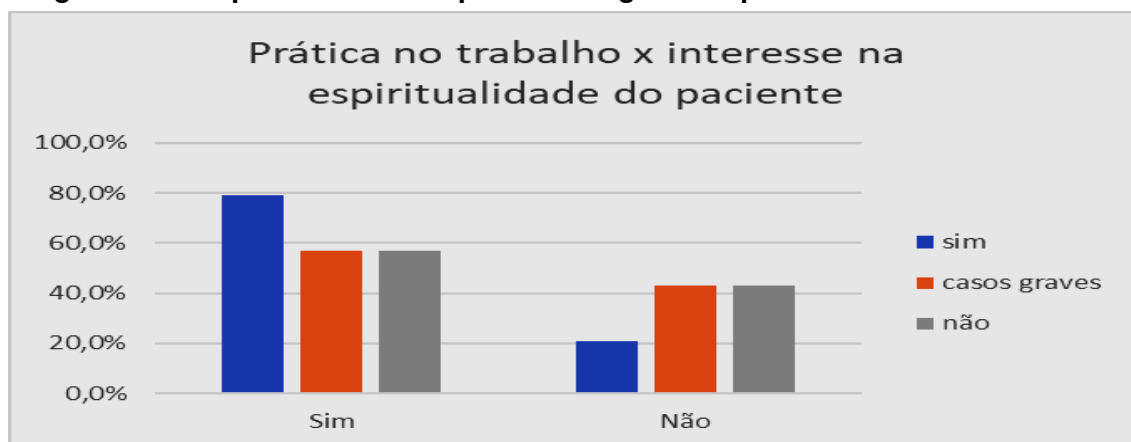
Figura 56 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade/espiritualidade do paciente segundo a crença na presença de seres espirituais no local de trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p < 0,01$

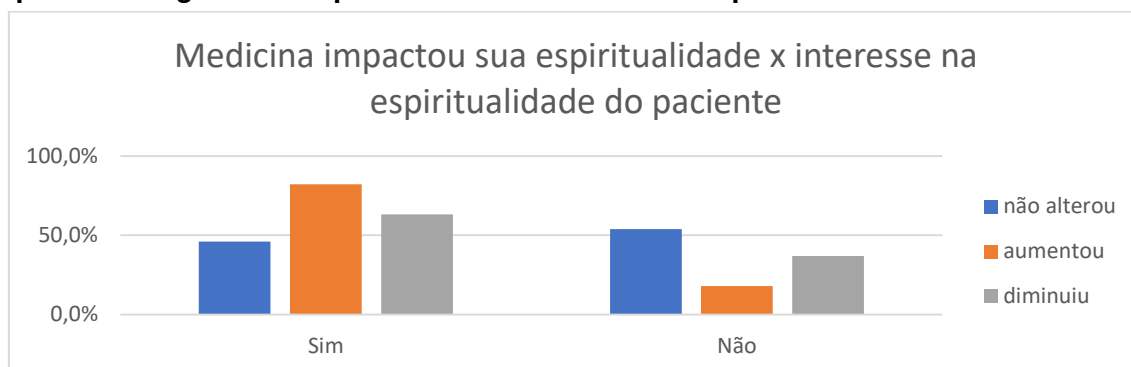
Figura 57 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela religiosidade/espiritualidade do paciente segundo a prática no trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p < 0,01$

Figura 58- Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela R/E do paciente segundo o impacto da medicina na sua espiritualidade.

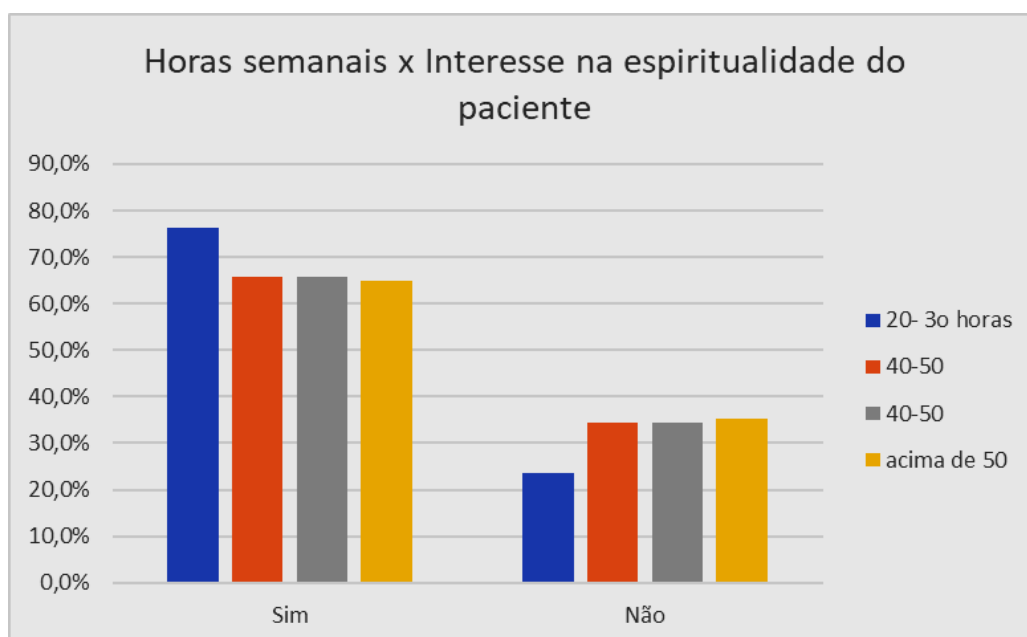


Fonte: Elaborado pela autora.

Dado estatisticamente significativo $p < 0,01$

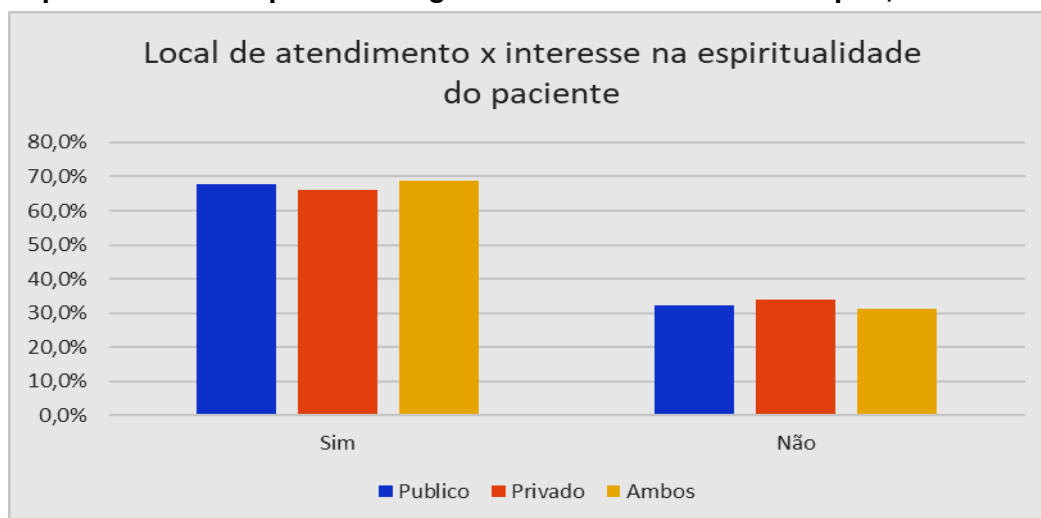
Não houve associação estatisticamente significativa entre a prática da medicina com a carga horária, local de trabalho e se leciona ou não. Porém, houve com a renda e com a especialidade.

Figura 59 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo as horas semanais de trabalho. $p = 0,28$



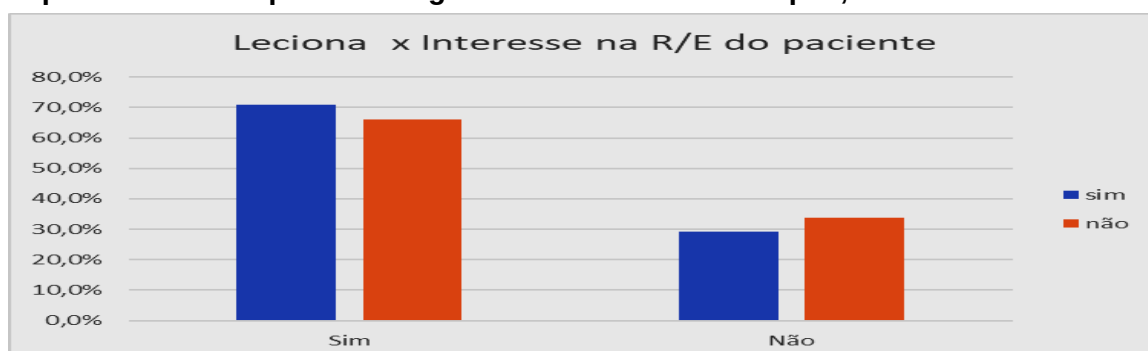
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 60 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo local de atendimento. $p=0,82$.



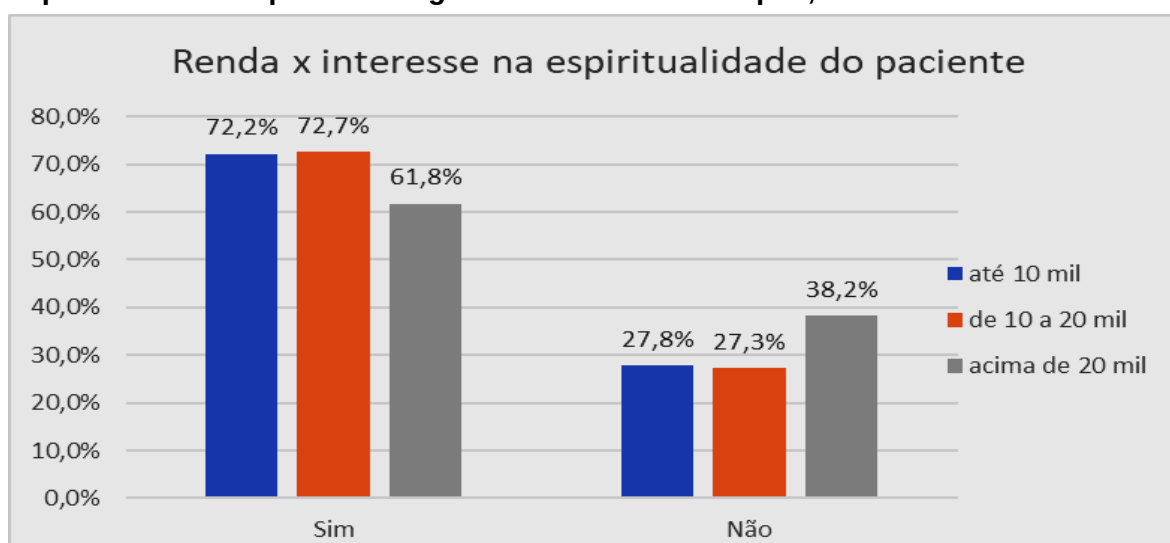
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 61- Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo se leciona ou não. $p=0,34$



Fonte: Elaborado pela autora.

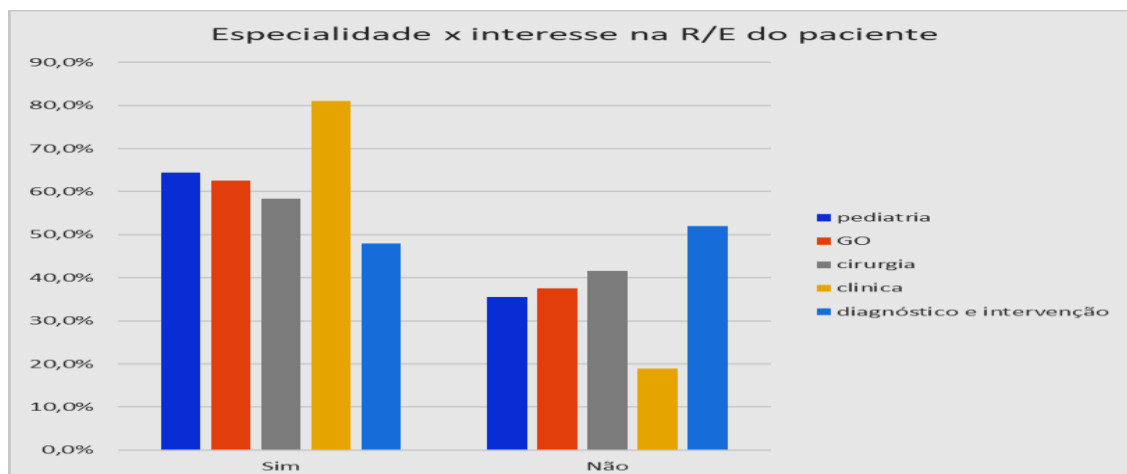
Figura 62 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a faixa de renda. $p=0,045$



Fonte: Elaborado pela autora.

Os clínicos são os que mais se interessam pela R/E do paciente. Dado estatisticamente significativo $p < 0,001$. Em relação as demais especialidades não houve associação estatisticamente significativa $p = 0,47$.

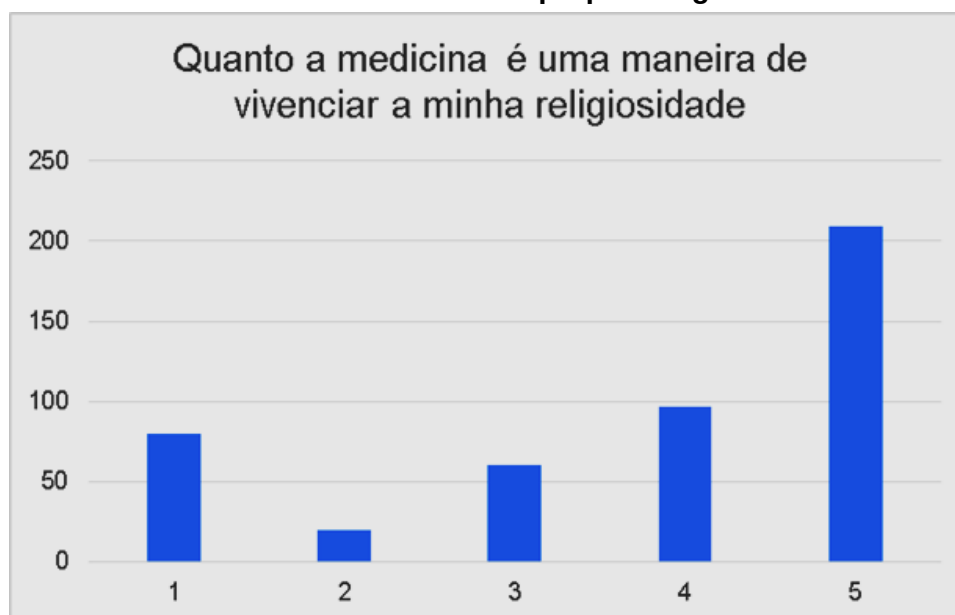
Figura 63 - Distribuição de frequências dos respondentes sobre o interesse pela espiritualidade do paciente segundo a especialidade.



Fonte: Elaborado pela autora.

Na questão sobre quanto a medicina é uma maneira de vivenciar a religiosidade sendo, 1 nada e 5 totalmente, o resultado mostrou que para 44,85% (209 médicos(as) de um total de 471) a medicina é totalmente uma maneira de vivencia a própria religiosidade.

Figura 64 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a medicina é uma maneira de vivencia a própria religiosidade.



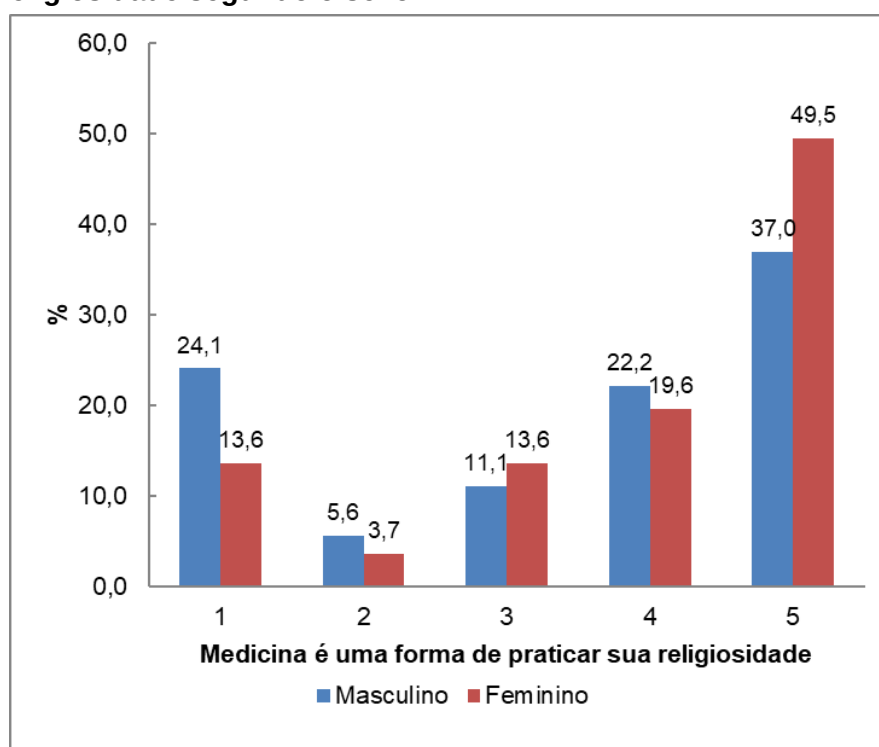
Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 4 - Distribuição em porcentagem dos respondentes sobre a medicina é uma maneira de vivenciar a própria religiosidade.

5	44,85%	209
4	20,82%	97
3	12,88%	60
2	4,29%	20
1	17,17%	80

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 65 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a medicina é uma maneira de vivenciar a própria religiosidade segundo o sexo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Associação estatisticamente significativa $p=0,017$.

Para esta questão foi calculada uma média entre os grupos e feita a análise estatística.

Tabela 5 - Média da questão sobre a medicina como vivência de religiosidade segundo os grupos de religião.

Religião	n	Média
Espírita	69	4,49
Evangélico	25	4,4
Espiritualista	56	4,2
Católico	190	3,82
Outros	27	3,81
Nenhuma, mas acredita em Deus	62	3
Ateu	30	1,3

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com Tabela 5 observa-se que os grupos de religião apresentam diferença sig. em relação do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$).

Através do teste de Dunn nota-se:

- 1) O grupo Nenhuma mas acredita em Deus apresenta valor sig. menor que os grupos: Evangélico, Católico, Espiritualista e Espírita e maior que o grupo Ateu ($p < 0,05$). Não apresentou diferença sig. em relação a Outros.
- 2) O grupo Espiritualista apresenta valor sig. maior que a do grupo Ateu e Nenhuma, mas acredito em Deus ($p < 0,05$). Não apresentou diferença sig. aos demais grupos.
- 3) O grupo Católico apresenta valor sig. maior que a do grupo Ateu e Nenhuma, mas acredito em Deus e menor que o grupo Espírita ($p < 0,05$). Não apresentou diferença sig. aos demais grupos.
- 4) O grupo Evangélico apresenta valor sig. maior que a do grupo Ateu e Nenhuma, mas acredito em Deus ($p < 0,05$). Não apresentou diferença sig. aos demais grupos.
- 5) O grupo Espírita apresenta valor sig. maior que os dos grupos Ateu, Nenhuma, mas acredito em Deus e Católico ($p < 0,05$). Não apresentou diferença sig. aos demais grupos.
- 6) O grupo Ateu apresenta valor sig. menor que os demais grupos ($p < 0,05$).

Pela Tabela 6 observa-se que os grupos de especialidades não apresentam diferença sig. em relação do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p=0,463$)

Tabela 4 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo a especialidade.

Especialidade	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
Pediatria	44	3,55	1,59	2,00	4,00	5,00
GO	104	3,89	1,44	3,00	4,50	5,00
Cirurgia	107	3,73	1,48	3,00	4,00	5,00
Clínica	158	3,66	1,51	3,00	4,00	5,00
Diag/Intervenção	25	3,44	1,56	2,00	4,00	5,00

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a Tabela 7 nota-se que os grupos apresentam diferença significativa em relação do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p<0,001$). Pelo teste de Dunn se observa que o grupo que Sente a presença de seres espirituais no trabalho apresenta valor significativo maior que o grupo que não sente ($p<0,05$) e o grupo Às vezes apresenta valor maior que o grupo Não sente ($p<0,05$).

Tabela 5 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo “Sente a presença de seres espirituais no trabalho”.

Resposta	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
Sim	245	4,31	1,07	4,00	5,00	5,00
As vezes	82	3,93	1,14	3,00	4,00	5,00
Não	139	2,56	1,65	1,00	2,00	4,00

Fonte: Elaborado pela autora.

Pela Tabela 8 observa-se que os grupos apresentam diferença significativa. em relação do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p<0,001$). Pelo teste de Dunn observamos que o grupo que faz prática religiosa no trabalho apresenta valor significativo maior que os outros dois grupos ($p<0,05$) e o grupo Às vezes apresenta valor maior que o grupo Não ($p<0,05$).

Tabela 6 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo “Faz prática religiosa no trabalho”.

Resposta	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
Sim	220	4,38	1,03	4,00	5,00	5,00
As vezes	56	3,64	1,47	3,00	4,00	5,00
Não	181	2,91	1,58	1,00	3,00	4,00

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 9 demonstra que os grupos de tempo de formado não apresentam diferença significativa em relação do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p=0,206$).

Tabela 7 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo o tempo de formado.

Tempo de formado	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
< 10 anos	78	3,69	1,43	3,00	4,00	5,00
11-30 anos	255	3,66	1,48	3,00	4,00	5,00
> 31 anos	133	3,85	1,55	3,00	5,00	5,00

Fonte: Elaborado pela autora.

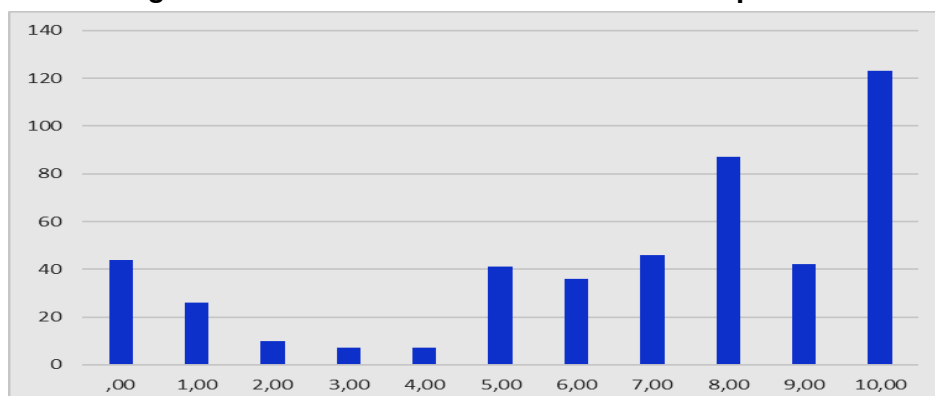
Quanto a questão, “Sua religiosidade/espiritualidade influencia no tratamento do paciente?” a resposta era de 0 (nada) à 10 (totalmente).

Tabela 8 - Distribuição em porcentagem dos respondentes sobre como a religiosidade influencia o tratamento.

Como a religião influencia o tratamento	quantidade	%
0	44	9,3
1	26	5,5%
2	10	2,1%
3	7	1,5%
4	7	1,5%
5	41	8,7%
6	36	7,6%
7	46	9,8%
8	87	18,5%
9	42	8,9%
10	123	26,1%
total	471	

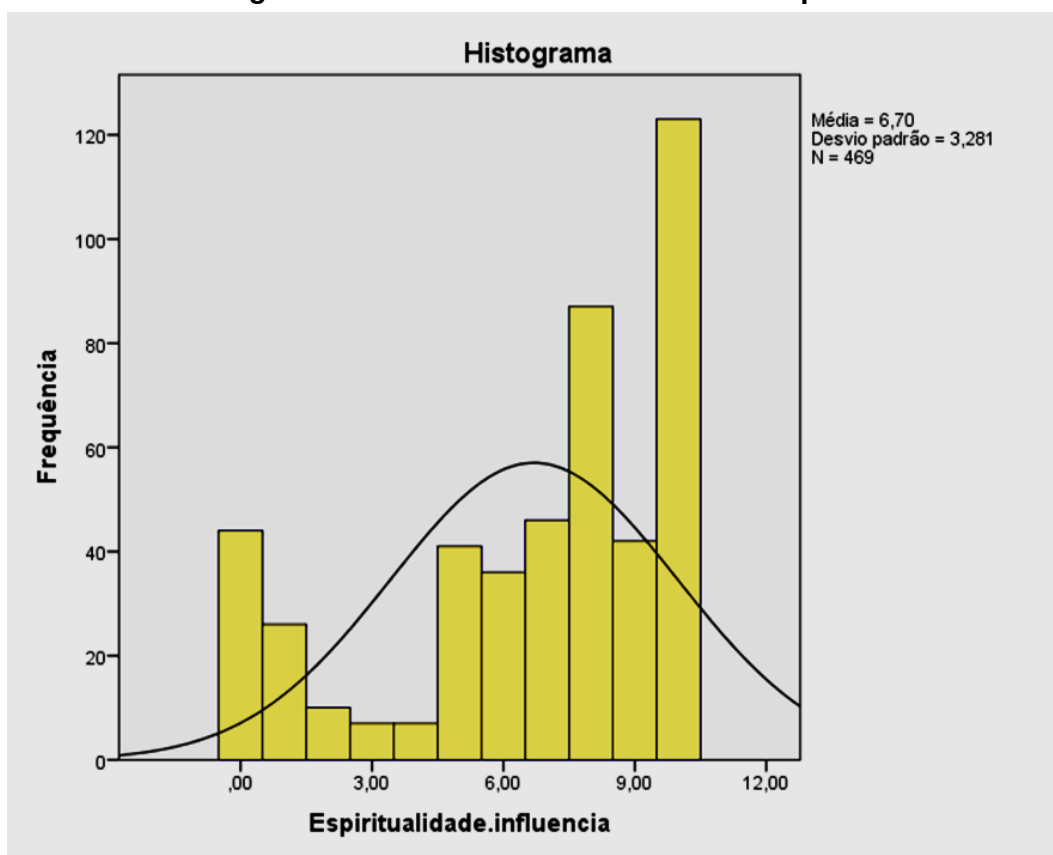
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 66 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a religiosidade influencia no tratamento com o paciente



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 67 – Influência da R/E no trato do paciente.



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 9- Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?” associado a religião.

Religião	N	Média	Dp
Evangélico	25	8,52	2,58
Espírita	69	8,06	2,26
Espiritualista	57	7,91	2,51
Outros	27	7,7	2,73
Católico	192	6,98	2,73
Nenhuma, mas acredita em Deus	62	4,9	3,57
Ateu	30	0,87	2,15

Fonte: Elaborado pela autora

Pela Tabela 12 observa-se que os grupos de religião apresentam diferença sig. em relação do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$).

Através do teste de Dunn observamos que:

- 1) O grupo Nenhuma, mas acredita em Deus apresenta valor sig. menor que demais grupos ($p < 0,05$).
- 2) O grupo Ateu apresenta valor sig. menor que demais grupos ($p < 0,05$).
- 3) O grupo Evangélico apresenta valor sig. maior que a do grupo Católico ($p < 0,05$).

Pela Tabela 13 nota-se que os grupos de especialidades não apresentam diferença sig. em relação do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p = 0,475$).

Tabela 10- Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo a especialidade.

Especialidade	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
Pediatria	45	6,87	3,22	7,00	8,00	10,00
GO	104	6,82	2,94	5,00	8,00	9,00
Cirurgia	107	7,04	3,34	5,00	8,00	10,00
Clínica	159	6,47	3,32	5,00	8,00	9,00
Diag/Intervenção	25	6,16	4,01	2,00	8,00	10,00

Fonte: Elaborado pela autora

Pela Tabela 13 observa-se que os grupos apresentam diferença sig. em relação do escore para esta questão “(teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$). Pelo teste de Dunn se observa que o grupo Sim apresenta valor significativo maior que os outros dois grupos ($p < 0,05$) e o grupo Às vezes, apresenta valor maior do que o grupo Não ($p < 0,05$).

Tabela 11 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo “Sente a presença de seres espirituais no trabalho”.

Resposta	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
Sim	245	8,10	2,10	7,00	8,00	10,00
As vezes	82	7,10	2,49	6,00	8,00	9,00
Não	142	4,06	3,74	0,00	4,00	7,00

Fonte: Elaborado pela autora.

Pela Tabela 14 observa-se que os grupos apresentam diferença significativa em relação do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$). O teste de Dunn mostra que o grupo Sim apresenta valor significativo maior que os outros dois grupos ($p < 0,05$) e o grupo Às vezes apresenta valor maior que o grupo Não ($p < 0,05$).

Tabela 12 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo “Faz prática religiosa no trabalho/intervenção”.

Resposta	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
Sim	220	8,38	1,98	8,00	9,00	10,00
As vezes	56	7,04	2,52	6,00	8,00	9,00
Não	183	4,63	3,54	1,00	5,00	8,00

Fonte: Elaborado pela autora.

Pela Tabela 15 observa-se que os grupos de tempo de formado não apresentam diferença sig. em relação do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de vc atender seu paciente?” (teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, $p=0,124$)

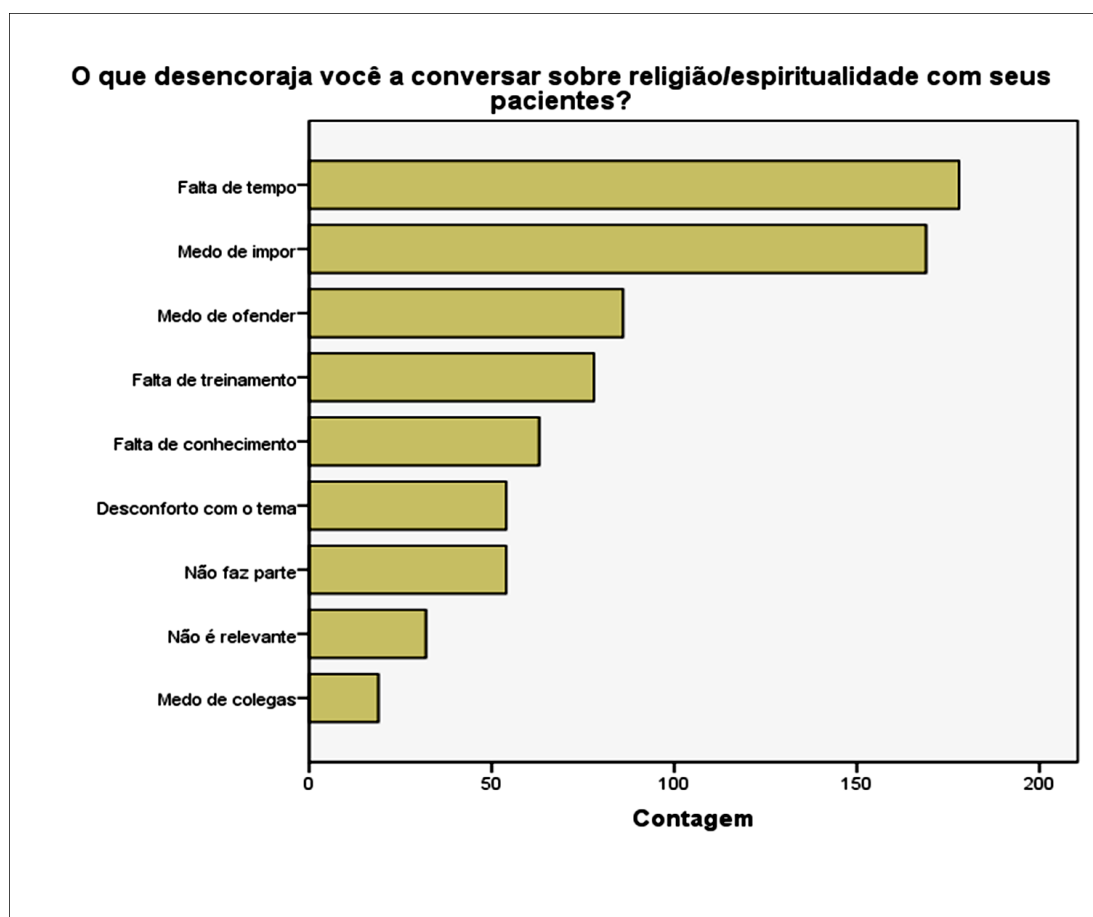
Tabela 13 - Valores descritivos do escore para a questão “Sua religiosidade interfere na maneira de atender seu paciente?”, segundo o tempo de formado.

Tempo de formado	N	Média	dp	P25	Mediana	P75
< 10 anos	78	6,54	3,30	5,00	8,00	9,00
11-30 anos	256	6,60	3,27	5,00	8,00	9,00
> 31 anos	135	6,99	3,30	5,00	8,00	10,00

Fonte: Elaborado pela autora.

Na questão de múltipla escolha onde havia várias opções que versavam sobre o “porquê não conversam sobre assuntos religiosos com seus pacientes”, constatou-se:

Figura 68 - Distribuição dos respondentes segundo a questão sobre o que desencoraja a conversa sobre religião com seu paciente.

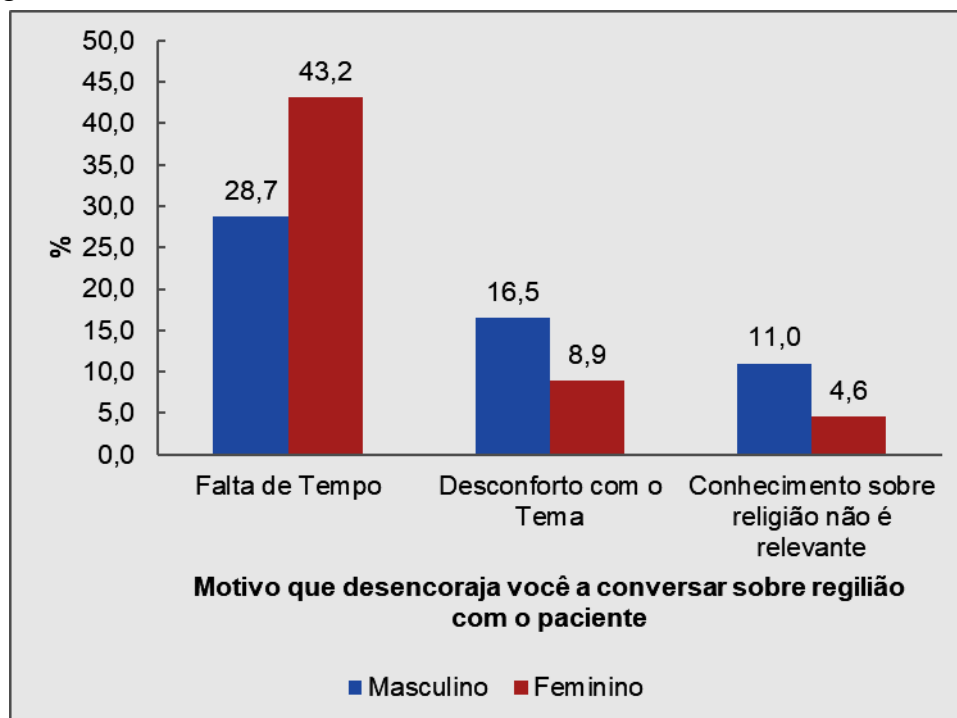


Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a renda, o grupo com renda de mais de 20 mil apresenta maior porcentagem de casos ($p=0,006$), não faz parte do trabalho, quando comparado aos grupos até 10 mil e, de 10 a 20 mil, que não apresentam diferença sig. entre si ($p=0,415$).

As mulheres apresentam uma porcentagem sig. maior de casos em “Falta de Tempo” do que os homens $p=0,00/2$. Já os homens apresentam uma porcentagem sig. maior de casos em “Desconforto com o Tema” $p=0,015$ e “Conhecimento sobre religião não é relevante” $p=0,010$. Figura 69 ilustra essa ocorrência.

Figura 69 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto ao motivo que desencoraja a conversa sobre com paciente segundo o gênero.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os grupos com tempo de formado abaixo de 30 anos apresentam porcentagem sig. maior de desconforto com o tema ($p=0,002$) de medo de ofender os pacientes do que o grupo com mais de 31 anos de formado ($p=0,005$).

Tabela 14 - Frequências absolutas e relativas dos motivos de não conversar sobre religião com o paciente sobre religião, segundo o tempo de formado.

Desencoraja você a conversar sobre religião com o Paciente	Tempo de formado (em anos)						
	< 10 (n=78)		11-30 (n=257)		>=31 (n=135)		p*
	n	%	n	%	N	%	
Falta de Conhecimento	13	16,7	37	14,4	13	9,6	0,274
Falta de treinamento	16	20,5	44	17,1	18	13,3	0,377
Falta de Tempo	42	53,9	109	42,4	27	20,0	<0,001
Desconforto com o Tema	13	16,7	24	9,3	17	12,6	0,184
Medo de impor ponto de vista religioso	30	38,5	95	37,0	44	32,6	0,610
Conhecimento sobre religião não é relevante	7	9,0	20	7,8	5	3,7	0,222
Não faz parte do meu trabalho	7	9,0	31	12,1	16	11,9	0,746
Medo de ofender os pacientes	19	24,4	53	20,6	14	10,4	0,014
Medo de que meus colegas não aproveem	5	6,4	12	4,7	2	1,5	0,160

Fonte: Elaborado pela autora. (*) nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

A Tabela 17 mostra que os grupos de “Conhecimento da religião não é relevante” e “Não faz parte do meu trabalho” apresentam diferença sig. em relação do escore para a questão, “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”. Igualmente para a questão, “Sua religiosidade interfere na maneira de você atender seu paciente?”, segundo os motivos de desencorajamento.

Tabela 18 - Valores descritivos do escore para a questão “A medicina é uma forma de vivenciar sua religiosidade”, segundo os motivos de desencorajamento.

Motivo		n	Média	Dp	P25	Mediana	P75	p*
Falta de conhecimento	Não	404	3,75	1,48	3,00	4,00	5,00	0,242
	Sim	62	3,55	1,53	2,00	4,00	5,00	
Falta de treinamento	Não	388	3,69	1,52	3,00	4,00	5,00	0,703
	Sim	78	3,85	1,36	3,00	4,00	5,00	
Falta de tempo	Não	289	3,63	1,58	2,00	4,00	5,00	0,368
	Sim	177	3,87	1,32	3,00	4,00	5,00	
Desconforto com o tema	Não	412	3,73	1,48	3,00	4,00	5,00	0,734
	Sim	54	3,63	1,59	2,00	4,00	5,00	
Medo de impor ponto de vista	Não	297	3,64	1,53	3,00	4,00	5,00	0,105
	Sim	169	3,86	1,41	3,00	4,00	5,00	
Conhecimento não é relevante	Não	434	3,79	1,45	3,00	4,00	5,00	0,001
	Sim	32	2,81	1,69	1,00	3,00	4,50	
Não faz parte do trabalho	Não	414	3,84	1,42	3,00	4,00	5,00	<0,001
	Sim	52	2,75	1,66	1,00	3,00	4,00	
Medo de ofender o pac.	Não	380	3,68	1,51	3,00	4,00	5,00	0,419
	Sim	86	3,87	1,38	3,00	4,00	5,00	
Medo de não aprovação	Não	447	3,70	1,50	3,00	4,00	5,00	0,442
	Sim	19	4,05	1,27	4,00	4,00	5,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney
 Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 19 - Valores descritivos do escore para a questão “O quanto sua religiosidade influencia o tratamento do seu paciente, segundo os motivos de desencorajamento para falar sobre religião.

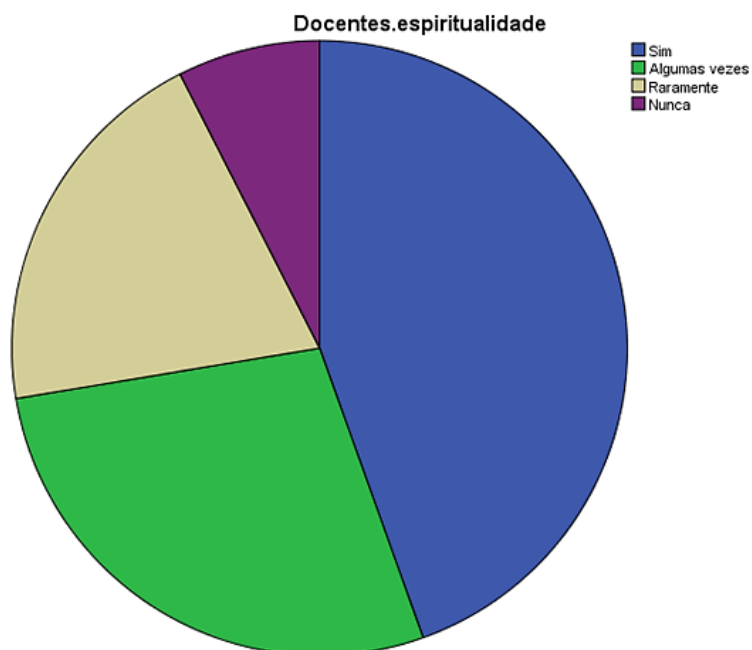
Motivo		N	Média	dp	P25	Mediana	P75	P*
Falta de conhecimento	Não	406	6,75	3,28	5,00	8,00	10,00	0,305
	Sim	63	6,37	3,28	5,00	7,00	9,00	
Falta de treinamento	Não	391	6,70	3,35	5,00	8,00	10,00	0,401
	Sim	78	6,69	2,88	5,00	7,00	9,00	
Falta de Tempo	Não	291	6,51	3,48	5,00	8,00	10,00	0,330
	Sim	178	7,02	2,92	5,00	8,00	9,00	
Desconforto com o tema	Não	415	6,72	3,28	5,00	8,00	10,00	0,746
	Sim	54	6,57	3,30	5,00	7,50	10,00	
Medo de impor ponto de vista	Não	300	6,45	3,44	5,00	7,50	10,00	0,078
	Sim	169	7,15	2,94	6,00	8,00	10,00	
Conhecimento não é relevante	Não	437	6,87	3,15	5,00	8,00	10,00	0,002
	Sim	32	4,38	4,11	0,00	4,00	8,50	
Não faz parte do trabalho	Não	416	7,01	3,09	5,00	8,00	10,00	<0,00
	Sim	53	4,23	3,66	1,00	5,00	7,00	
Medo de ofender o pac.	Não	383	6,67	3,32	5,00	8,00	10,00	0,817
	Sim	86	6,85	3,10	5,00	8,00	10,00	
Medo de não Aprovação	Não	450	6,67	3,30	5,00	8,00	10,00	0,463
	Sim	19	7,37	2,75	6,00	8,00	10,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney
 Fonte: Elaborado pela autora.

3.4 Formação Acadêmica e Religiosidade/espiritualidade

Na questão se professores abordaram temas sobre religiosidade nas atividades curriculares e disciplinas na faculdade, 44,2% responderam Sim; 27,6% Não; 20% Raramente e, 5% dos respondentes disseram nunca.

Figura 70 - Distribuição de frequências dos respondentes que tiveram religião em sua grade curricular.



Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 71 mostra que 71% dos respondentes acham relevante a inclusão de alguma disciplina com o tema religião no curso de medicina e 29% disseram não acharem relevante.

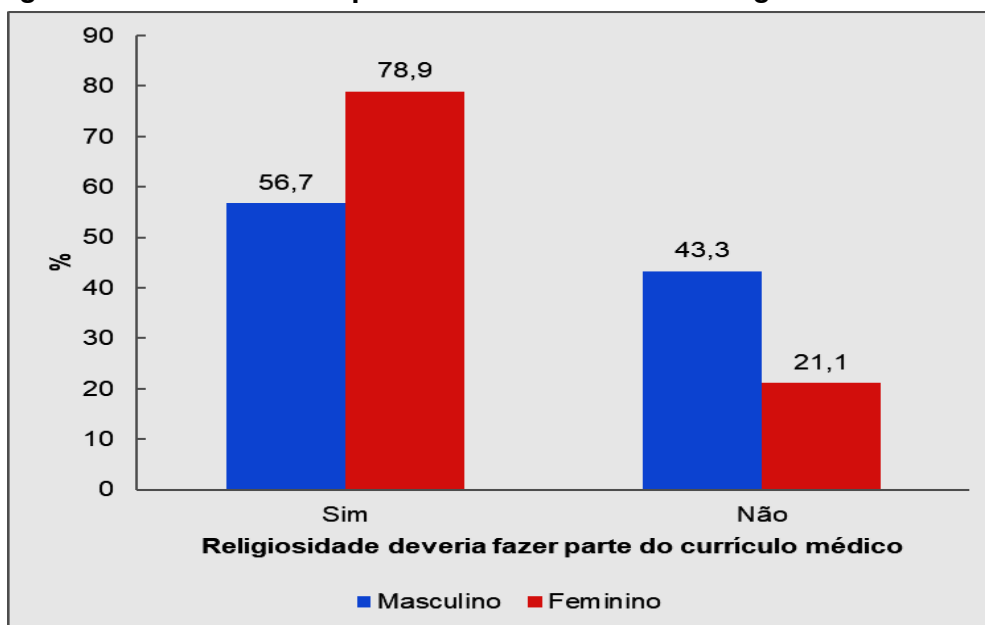
Figura 71 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a religiosidade deveria fazer parte do currículo médico.



Fonte: Elaborado pela autora.

As mulheres apresentam uma % sig. maior de casos que concordam com esta afirmação do que os homens $p < 0,001$.

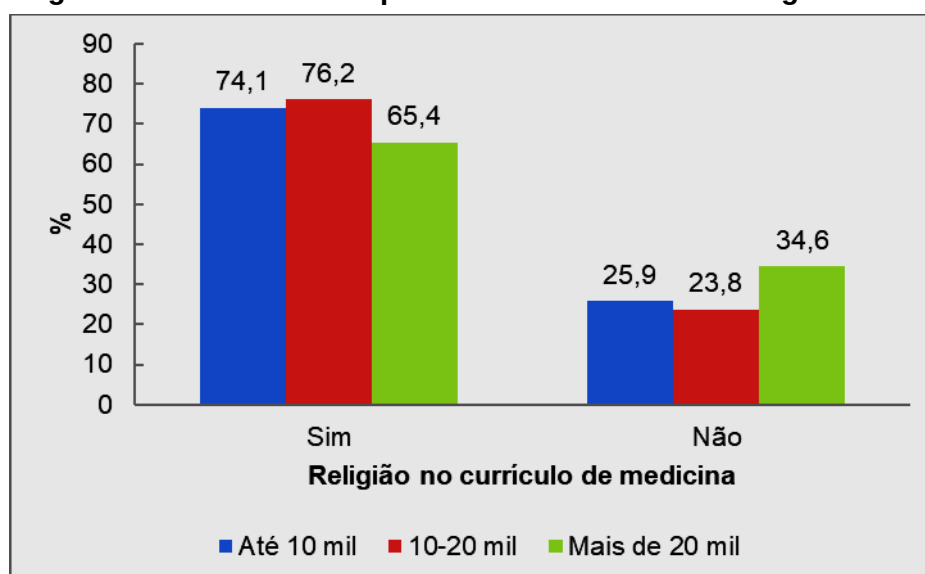
Figura 72 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a religiosidade deveria fazer parte do currículo médico segundo o sexo.



Fonte: Elaborado pela autora.

O grupo com renda de mais de 20 mil apresenta menor porcentagem de casos ($p=0,014$) quando comparado aos grupos até 10 mil e de 10 a 20 mil (que não apresentam diferença sig. entre si ($p=0,759$)).

Figura 73 - Distribuição de frequências dos respondentes quanto a religiosidade deveria fazer parte do currículo médico segundo a renda.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.5 Depoimentos

Nesta pesquisa as experiências religiosas foram relatadas em duas questões abertas: **“Sente a presença de seres espirituais no trabalho? “Já vivenciou alguma situação inexplicável no trabalho? Pode nos contar”**,

Estes relatos são ricos e ilustram a religiosidade do médico(a) presente e atuante no seu trabalho, servindo como auxílio em situações difíceis, trazendo soluções, conforto, ânimo, força e exito profissional.

3.6.1. Seres espirituais.

Na questão: **“Sente a presença de seres espirituais no trabalho?”**

52% dos entrevistados respondeu que sim, 30% nunca e 22,7% contaram a respeito.

Para alguns, sentir esta presença no trabalho é algo natural:

- 1- “Isso é comum no meu dia a dia.”
- 2- “Faz parte de qualquer ambiente em qualquer hora. Não está ligado só a medicina.”
- 3- “Deus está em tudo.”
- 4 “Vivencio sempre em consultas e partos. Tenho intuições de diagnósticos e tratamentos.”
- 5- “Sim. Durante um parto, em cirurgias e no consultório.”

Para outros ela ocorre em situações difíceis:

- 1- “Sim, em situações cirúrgicas difíceis.”
- 2- “Em um atendimento complicado”
- 3- “Sim. Já pedi ajuda e discernimento durante cirurgias difíceis e conseguimos alcançar a graça.”

Outros relataram particularidades da religião espírita:

- 1- “Tenho mediunidade.”
- 2- “Sim, sou médium e trabalho a psicofonia e psicografia.”.
- 3- “Sim. Tenho mediunidade consciente, intuição aguçada nos atendimentos.”

Neste depoimento o ser espiritual pode ser sentido através da relação com o paciente

“-Acompanhando um paciente com câncer estágio terminal, senti minha própria incapacidade de mudar o prognóstico, mas vendo a serenidade do paciente advinda da fé em um destino melhor após a morte, senti a presença de Deus comigo em todos os momentos.”

Nos depoimentos, os seres espirituais podem ser sentidos através dos cinco sentidos ou sensações corporais como luz, energia, som, cheiro, arrepios. Ou por pensamentos, intuições e sonhos

1- “Sentimento de presença de algo inexplicável, provocando sensações físicas, não compatíveis com o momento”

2- “Já senti cheiro de flor em centro cirúrgico, já ouvi voz de familiares em atendimento.”

3- “Quando me concentro e preciso de ajuda sinto **um feixe de luz sobre mim** ou sobre quem eu quero ajudar. Parece loucura, mas sei que existe algo superior. Sinto isto desde minha adolescência.”

4- “Por intuição, mentalmente pedi ajuda numa situação difícil e tomei uma conduta que deu certo!”

5- “Inspirações diagnósticas. Intuições.”

6- “Quando tenho atitudes que me surpreendem, como se algo fosse revelado aos meus **ouvidos**.”

7- “Tenho muitas intuições sempre que atendo, chego a ficar arrepiada quando converso com alguns pacientes.

8- “Tenho intuições e sei quando estou sob influência externa. Fé.”

9- “Através de intuição para tomada de decisão, diversas vezes, através de respostas a perguntas diárias em pequenos gestos.”

10-Intuição e percepção cinestésica.

11-Várias vezes por inspiração/ intuição

12-Sensitivo, não vejo e nem recebo espírito, apenas sinto a presença e ajuda nas decisões difíceis de conduta médica, por vezes, **sonho**.

Em alguns casos estes seres são figuras não definidas e abstratas

1- “vi um ser celestial”

2“Já percebi espectros luminosos em volta de mim durante internação e percebi que eram seres do Bem. Foi muito agradável.”

3“Sim. Como energia.”

4“Imagem de uma figura de branco”

Outros dão mais detalhes, ou características específicas de uma religião, como anjos, espíritos de pessoas queridas que faleceram entre eles médicos, entidades, Espírito Santo, Jesus e Deus.

1“Sim. Certa vez ouvi assobios no centro cirúrgico de um “erê” que a paciente que eu estava operando (mãe de santo) recebia.”

2“Às vezes sinto a presença de **pessoas que já partiram.**”

3- “Sim porque várias vezes senti a presença de espíritos acompanhando pacientes ou outros **espíritos** me intuindo sobre os pacientes, etc.”

4- “Sim, familiares comentaram ter uma **entidade** que nos acompanhavam. Vieram e comentaram coisas acontecidas no plantão.”

5- “Estava num parto difícil e depois de um fórceps complicado a criança nasceu. Fui pra casa depois do parto e muito cansada fui deitar e ao fechar meus olhos vi um homem de calça preta, jaleco branco e calvo saindo do meu corpo. Assustada e com o corpo leve liguei pra minha mãe e ela me disse que essa descrição era do **meu avô que também era obstetra.**”

6- “Num caso muito difícil que implicou em decisão por cirurgia cardíaca e resgate da vida de um jovem, senti que estava sendo guiada. Mais tarde, tive certeza que foi a presença de meu **bisavô médico que não conheci.** “

7- “Sim, a presença de **Deus** e possibilidade de ajudar alguém além do físico.

8- “Em diversas situações de urgência em tomadas de decisões senti a presença do **Espírito Santo** que instruindo o que devia fazer. Todas às vezes que entro no ambulatório ou início uma cirurgia convido **Jesus** para estar comigo. Pude ver a presença Dele uma vez em que o carrinho de anestesia parou de funcionar e estava em hipoxia por minutos e paciente acordou bem. Outra vez tinha um retalho chines isquêmico eu orei e Ele me falou claramente para soltar os pontos e o retalho melhorou em minutos.”

9- “Tenho um mentor **espiritual médico** que sempre me ajuda em situações necessárias com **intuição** ou **audição**. “

10- “Sim porque várias vezes senti a presença de **espíritos** acompanhando pacientes ou outros espíritos me intuindo sobre os pacientes, etc.”

11- “Todos os dias entrego meu trabalho nas mãos de Deus. Em várias ocasiões situações, aparentemente sem solução pela visão tradicional da medicina, se resolveram após uma prece ou à transmissão da luz Divina (Okiyome) ao paciente. Além disso, tenho alguns discernimentos durante as tomadas de decisões clínicas que considero ajuda superior. Em uma palestra da área espiritualista tive a sensação de crescimento da área cervical como se um "bócio" tivesse se formado de forma aguda. Na palpação nada percebi. Um ano após em um livro sobre mediunidade constatei que este sintoma poderia ser "incorporação ", ou seja, a constatação teórica foi posterior ao evento, assim não houve sugestão pela leitura. Sinto que os anjos nos assessoram. Peço sua inspiração sempre que estou diante de um caso desafiador, e que o melhor aconteça para o paciente em questão com todo meu coração e minha alma.”

Neste depoimento o ser espiritual se manifesta através de uma visão:

- “Tenho várias experiências desse tipo, a mais marcante foi num plantão em que eu estava no horário de descanso durante a madrugada e alguém veio me chamar para ver uma paciente que havia chegado na emergência. Quando levantei a enfermagem disse que ninguém havia me chamado. Enquanto estávamos falando, chega uma gestante com descolamento de placenta.”

Em outros depoimentos a função destes seres é relatada:

1-Através de oração no momento de **necessidade em ajudar o paciente** e ser atendida.

2-São incontáveis as situações de cirurgia de urgência com trauma que no início não sei bem o que vou fazer e **no decorrer da cirurgia após orar** as coisas vão conduzindo bem.

3-Insights durante procedimentos e as suas indicações, para procurar determinado paciente "esquecido", coincidências de encontros pessoais.

4-Sim. Estão sempre me orientando a **prestar atenção as minhas atitudes**.

5-No **alívio de dores e angústias dos doentes**, no momento de dar uma má notícia e dar conforto.

6-Caso de atonia uterina com grande sangramento onde uma histerectomia de emergência com **paciente gravíssima**, seria para durar mais de uma hora, **após uma prece** bem ficada na vontade de Jesus, durou 40 minutos, **foi super tranquila** que até deixei o residente fazer o procedimento sob minha orientação.

7-Sim, às vezes parece um “arrepio” e **tenho a certeza da necessidade de internar uma grávida**, por ex num plantão de urgência, mesmo sem sinais de alerta. Geralmente, reavalio a seguir, o feto e a mãe apresentam um sinal de alerta e se não estivesse num serviço hospitalar, tudo poderia correr mal.”
“Várias vezes, principalmente, durante as cirurgias.

8-“Quando tenho intercorrência cirúrgica parece que sinto Deus **pegar na minha mão para o movimento certo.**”

47% dos entrevistados realizam rituais no trabalho, 12% apenas em casos graves . Segue um exemplo de ritual.

“Inúmeras vezes.ou quase sempre que opero. Sempre guiado pelo meus guias espirituais. Da corrente Médica de Jesus e Caridade. Muito bom saber que existem anjos de luz Guiando nossas mãos. A responsabilidade é minha . **Quando me escovo**. Faço sempre sozinho e peço a Deus que ilumine meus caminhos e que guie minhas mãos. Que **eu seja um instrumento nas mãos de Deus.**

3.6.2- *Situações inexplicáveis no trabalho*

Na segunda questão, **Já vivenciou alguma situação inexplicável no trabalho? Pode nos contar.**

64% se omitiram em falar sobre o assunto; 18% responderam que sim e 18% disseram não.

70 pessoas contaram suas experiências inexplicáveis no trabalho, muitos relacionaram com o sentir a presença de seres espirituais, o que foi perguntado anteriormente. Temos vários relatos de curas, situações inexplicáveis diversas e de ajuda no exercício da medicina, as vezes sendo conseguida como respostas de orações e outras como algo natural, rotineiro. Há alguns cheios de emoções como amor ao paciente e alegria por ter feito um bom trabalho e ter a certeza da presença de algo maior. Vimos que a maioria deles foram feitos por médicos obstetras, em situações de parto complicados,

cirurgiões diversos e pediatras. O que ressalta os dados quantitativos obtidos pela análise estatísticas dos dados de que os G.O, cirurgiões e pediatras são os que mais vivenciam sua religiosidade/espiritualidade, no trabalho, quando comparados com outras especialidades.

3.6.2.1-Relatos de cura

1-” Sim. Criança de 6 anos, pos amigdalectomia, fez uma parada, as medicas fizeram as manobras de ressuscitação por 2 horas e finalmente a criança retornou sem Sequela; criança em coma na Uti por tu cerebral, após seu irmão tocar violino para ela, ela retorna do coma após 24 horas.

2- “Sim. Paciente em coma. Após acidente automobilístico. Dado como morte encefálica pela neurologia. Hoje dirige e tem uma vida, com suas importantes sequelas lógico.”

3- “Um paciente pediátrico estava com insuficiência renal e poderia melhorar, porém estava indicado diálise naquele período. No outro dia, melhorou de uma forma inexplicável e quando fomos contar aos pais, os mesmos nós contaram antes que tinham feito promessa em Aparecida do Norte comprando um rim de cera no dia anterior.”

4- “Punção de Marfan que não drenou nada, porém o RN quer estava com bradicardia e dessaturacao melhorou.”

5- “Já fui testemunha de vários "milagres" durante a reabilitação de pacientes. E observei também que esses "milagres" acontecem quando a família está muito presente e tem muita fé. Lembro-me de um adolescente que nunca tinha andado. Realizou cirurgia ortopédica de grande porte para correção dos MMII e internou para reabilitação. No início da internação conversei com sua mãe para expor a situação, talvez conseguisse somente marcha terapêutica. A mãe desse menino passou a ir todos os dias na igreja que fica perto da instituição. Todos os dias durante os dois meses de internação. O paciente saiu andando de muletas. Superou a expectativa de todos os médicos da equipe. Foi um caso de sucesso absoluto. Para mim aquilo foi um milagre.”

6- “A cura de só comprar a medicação e não ter que tomá-la.”

7- “Acompanhava um paciente há anos com uma osteoatrose de quadril. Resolvemos fazer a cirurgia e pedi todos os exames. Como demorou para retornar pedi para secretaria convocá-lo. Para minha supresa ele estava sem dor pois havia submetido a uma cirurgia espiritual. O mais impressionante é que ele fazia os movimentos (do médico espírita que havia operado) muito semelhante ao que fazemos. Suspendi a cirugia.”

8- “Cura de um tumor.”

9- “Após tratamento espiritual, mudar e regredir uma neoformação.”

10- “Cura de um descolamento de retina sem cirurgia.”

11- “Uma criança ficara surda de um ouvido durante o velório do avô e melhorou apenas de ser benzida.

12- “Já vi casos de revisão de retalho microcirúrgico com trombose venosa ter evoluído bem após revisão cirúrgica onde, inexplicavelmente, relataria baseado na ciência pura.”

13- “Inúmeras! Certa vez atendi a uma criança com dor abdominal, febre, mantendo posição antálgica que ao exame apresentava abdome dispendido, doloroso, principalmente em fossa ilibada direita; além de presença de sinais positivos sugestivos de abdome agudo. Como o local onde estava era falho em recursos para apoio diagnóstico, solicitei transferência. Durante alguns minutos me mantive perto da criança e, discretamente lhe transmiti o Okiyome (Luz Divina que os praticantes da Mahikari podem transmitir pelas mãos). Em poucos minutos (2 a 3) a criança se acalmou pediu para usar o banheiro e deixou de sentir dor. Exames posteriores nada revelaram. Certa vez, uma criança de 2 anos pisou sobre uma chapa de aço que estava sob o sol, provocando uma queimadura em ambos os pés. Após alguns minutos de Okiyome, a dor passou e não restou qualquer sinal de hiperemia ou bolhas.”

14- “Sim, melhora de paciente inexplicável pela medicina.”

15- “Paciente com descolamento de placenta na faixa dos 50%, em comum acordo com o casal, pedi para que orassem para que o melhor acontecesse, pois, a gestante estava há 3 meses em repouso com medicamentos e, após esse primeiro dia de orações por todos os familiares e também por devotos em Fátima, Portugal, a placenta começou a colar novamente. Em poucos por dias colou inteira e fez o parto de uma criança sadia e sem sequelas.

16- “Bebê que tinha cirrose hepática. Internado para aguardar peso para transplante, que teve regressão completa do quadro após vários dias de sessões diárias de prece dos familiares a beira do leito.”

17- “Tumor que sumiu após cirurgia espiritual. Fiz a cirurgia completa e tudo veio com ausência de neoplasia.”

18- “Um paciente pediátrico estava com insuficiência renal e poderia melhorar, porém estava indicado diálise naquele período. No outro dia, melhorou de uma forma inexplicável e quando fomos contar aos pais, os mesmos nos contaram antes que tinham feito promessa em Aparecida do Norte comprando um rim de cera no dia anterior.”

19- “Já. Numa cirurgia de fratura de cotovelo numa criança. Após várias tentativas, o alinhamento não ficava adequado. Pedi intervenção divina e, em menos de 15 segundos, o alingamento estava perfeito. “

20- “Oração numa cirurgia e o sangramento cessou na hora.”

21- “Várias vezes nestes 43 anos. Até tive um caso que beatificou o Frei Galvão com vinda do Papa ao Brasil e tive a oportunidade de falar com ele sobre o milagre deste parto.”

3.6.2.2-Ajudas espirituais na pratica clínica

Em alguns depoimentos ajuda espiritual vem através de poderes especiais para o profissional como tranquilidade, sabedoria para resolver situações complicadas ou para dar diagnósticos.

Exemplos de tranquilidade:

1- “Uma calma inexplicavel que me permite pensar.”

2- “Sim. Sentimento de alguém dizendo a mim o que acontecerá, ou para que eu ficasse calmo e tranquilo.”

3- “A Concentração é acima do normal na cirurgia. Muitas vezes não escuto nada do que está em minha volta. Parece que estou isolado numa bolha. De repente volto a um estado de consciência como se não tivesse mais a bolha.”

4- “Sim. Sentimento de alguém dizendo a mim, o que acontecerá, ou para que eu ficasse calmo e tranquilo.”

Sabedoria em situações variadas:

1-” Diversas - a maioria relacionada a **adivinhar"coisas** sobre pacientes.”

2-“Talvez, duas vezes agulhei um paciente e depois é como se eu acordasse e visse aqueles pontos sem me dar conta do porque daqueles pontos.”

3 “Uma certeza silenciosa.”

4” Sugestão de tratamento / alertas de erros.”

5- “Muitas vezes, tive intuição em condutas, que normalmente não tomaria.”

6” Paciente simulou síncope e eu pedi apoio ao meu anjo que a fizesse acabar com a situação logo e não me tirasse o controle emocional naquela situação, uma vez que todos os parâmetros de vitalidade estavam bons e não queria causar tumulto no ambiente de consultório sem nenhuma necessidade. Eu parei e sussurrei ao lado dela que eu estava ali para ajudá-la. Ela abriu

os olhos, bebeu a água que estava em minha mão e saiu muito bem como se nada tivesse acontecido.

7” Durante uma cirurgia infantil visualizei um trajeto luminoso no rosto da criança na tentativa de reconstruir a inervação facial. Foi como se fosse um direcionamento. A criança 15 dias depois estava no ambulatório e sem sequelas.”

8- “Sim! Algo me fez olhar para um paciente com hemorragia interna que aparentemente estava estável.”

9-” Atendi, certa vez, um paciente em franco edema agudo de pulmão (era meu diagnóstico provável), de madrugada em meu horário de atendimento. Fiz todas as condutas protocoladas para isso e, este senhor não dava uma resposta, inclusive garroteamento de mmii. Estava pronta a pedir para meus colegas me ajudarem quando, instintivamente, pareceu ato reflexo, bati em cunha com minha palma da mão na nuca do paciente e este cuspiu um baita alho!! Eu sabia que a manobra correta era o de Heimlich...Mas foi involuntário isso...de imediato este senhor de uns 80 anos começou a voltar a cor e assim que pôde veio me agradecer. Ele estava gripado e quis cheirar um alho grande para melhorar...Durante a sua crise de afogamento, falta de ar intensa, ele disse que não conseguia falar, só ficava desesperado. Eu, sinceramente, considerei isso uma providência Divina!!”

Sabedoria para dar diagnósticos

1-“Diagnósticos difíceis com ajuda espiritual.”

2- “Sim, às vezes parece que alguém nos sopra o diagnóstico.”

3- “Vários Como no relato acima. Ou um diagnóstico que vi e que ninguém tinha visto ou feito, mesmo sendo da prática médica”

4” Percepção de diagnóstico que nunca tinha passado na minha cabeça consciente.

5” Intuo condutas e diagnósticos antes do paciente entrar.”

Auxílio em situações diversas diminuindo a complexidade do caso;

1- “Nas cirurgias mais complicadas peço sempre a presença de Jesus no procedimento e ele ocorre como se fosse um de baixa complexidade! Sempre assim!”

2” Várias vezes em partos mais difíceis, sinto que alguma presença inexplicável "guia" a situação para uma solução.”

3- “Sim, por exemplo em reanimações em PCR, em algumas senti que o sucesso não dependeu só de mim e da equipe. E , em situações de start, um diagnóstico difícil de uma doença, um sinal de alerta pra alguma coisa que é rara ou não usual.”

4" Por duas vezes em procedimentos cirúrgicos fui assistida por colegas espirituais e trabalhamos conjuntamente."

5-"" Sinto que os anjos nos acessoram. Peço sua inspiração sempre que estou diante de um caso desafiador, e que o melhor aconteça para o paciente em questão, com todo meu coração e minha alma."

6-" Talvez não seja inexplicável, mas quando um procedimento está muito difícil, paro, faço uma oração bem firme, peço ajuda e na maioria das vezes consigo resolver."

7- "Sim, várias vezes. Frente a um caso grave, acontece uma angústia e resolvo o caso e senão fosse naquele momento o feto (os fetos) estaria(m) morto."

8" Sim. A da paciente que ficou com parada respiratória durante a cirurgia por minutos, pois o carrinho parou de funcionar. Orei e senti a presença de Jesus em pé ao lado da paciente. Ela acordou normal."

9" Peço ajuda e acontece."

10" Um paciente estava sem urinar (sou médica!) mesmo após todas as medidas para que ela melhorasse. Então, fiz uma oração desesperada e ela urinou.""

3.6.2.3 *Ajuda na saúde do(a) médico(a)*

1- "Tive experiência quando fiquei doente na UTI."

2 "Inúmeras vezes, em especial, na vida profissional, em cada transplante microcirúrgico que faço. Na minha vida pessoal, ter sido curado de um tumor renal e diversas outras situações de recuperação de saúde na família. Em supra especial, minha filha num tremendo susto ao nascer com quadro de taquipneia transitória de recém-nascido evoluindo com desfecho sem sequelas.

"3-A não pegar uma doença."

3.6.2.4 *Situações diversas*

1- "Quando progressão é bem diferente do predito, para um lado ou pra outro."

2- "Em um atendimento domiciliar quando duas moças com mais ou menos 20 anos tinham acabado de chegar de rezas em um cemitério para conquistar um namorado (SIC). Estavam visivelmente perturbadas, muito agressivas, fora do comum e vozes irreconhecíveis pelos parentes. Foi necessário o exorcismo até que as mesmas retornassem. Os Anjos foram

sentidos por todos na casa e as entidades que saíram os viram e os temeram.”

3- “Uma mulher jovem, com CA em tto paliativo, chorando de dor no PSF; a próxima CD era morfina. Não teria condição de comprar o medicamento. Enquanto aguardava o transporte para ir à UPA para a morfina EV (chorava de dor) uma cuidadora veio doar medicações de um idoso que havia falecido. Na sacola havia basicamente morfina.”

4- “Percepção de vidas passadas de paciente com transtorno mental grave esquizofrenia.”

5- “Sim. A mais marcante foi um parto em que eu estava no meu horário de descanso e os espíritos vieram me acordar. Senti como se tentassem me pegar no colo, com pressão na nuca e atrás do joelho e entendi que precisava levantar porque ouvia uma paciente gritar e o bb não nascia. Cheguei na sala de parto e perguntei se precisavam de ajuda e aí me perguntaram quem tinha me chamado, porque estavam tentando locar um fórceps e não conseguiam. Loquei o fórceps, fiz o parto e ficou Td bem.”

6- “Uma gestante faleceu quando eu estava na residência. Eu via o espírito dela gesticulando para mim e não conseguia entender. Falei com a médica que cuidava dela e fui informada que aquela gestante tinha um filho do primeiro casamento e quis ter esse segundo, com outro parceiro, para deixar um irmão para seu filho pois sabia que o problema cardíaco que tinha, iria morrer cedo ou num parto, como realmente veio à acontecer. Acontece que o pai desse filho iria deixar a criança com a mãe dele e seu primeiro filho ficava com a mãe dela, ficariam separados e ela não queria isso. A médica dela conversou com o pai da criança sobre o desejo da mãe e ele concordou de deixar os irmãos juntos. Não a vi mais depois disso.”

7- “Fui fazer um parto prematuramente pois a bebê estava em sofrimento fetal agudo grave e quando foi diagnosticado fui comunicar aos pais sobre a necessidade do parto com 34 semanas e orientei sobre a prematuridade e seus riscos. Neste momento os pais estavam MUITO tranquilos, eu estava aflito mesmo sabendo da extrema necessidade do parto. Fizemos o parto e deu tudo perfeitamente bem. A bebê ficou ótima e inclusive conseguiu ir de alta com a mãe. Após 1 semana quando a paciente retornou no consultório ela estava muito bem e me trouxe uma medalhinha de lembrança e explicou que estavam calmos antes do parto pois seu esposo sonhou na noite anterior ao parto com seu falecido pai que estava com a medalha milagrosa em suas mãos e falou, no sonho, que o parto seria em 1 dia e que daria tudo certo. O mais interessante não foi isso. Eles me deram uma correntinha que eles tinham confeccionado de lembrancinha para as visitas com a medalha que o falecido avó usava em suas mãos no sonho, e é a mesma medalha que eu uso desde quando passei no vestibular há 16 anos. A medalha milagrosa, que por coincidência também foi a igreja em

que houve a missa da minha formatura. Muitas coincidências que fortaleceram minha fé em Deus.”

8- “Eu estava com dor de cabeça durante um ambulatório, e uma paciente que eu atendia fez uma prece em silêncio que eliminou a dor assim que ela terminou.”

9” Paciente terminal pré óbito na UTI acordar mesmo com sedação e intubação e dizer que “eles o estavam levando, mas disse que ainda precisa voltar e ficar um pouco com os filhos”. Teve alta hospitalar e veio a falecer umas semanas depois.”

10-” Estava em atendimento clínico quando um Pai de Santo trazido por umas 4 pessoas precisava de ajuda, pois não estava conseguindo controlar duas entidades ao mesmo tempo. Este não estava agressivo, ao contrário, estava engraçado porque ora falava ele ora falava um com voz bem aguda ora falava outro com voz bem grave. Depois da medicação eles saíram com um debate mais ameno.

11” Já me vi ajudando numa parada e, no dia seguinte, descobri que uma paciente no setor que pegaria teve uma PCR de madrugada.”

12” Estava fazendo a prática da Limpeza Psíquica preconizada pelo Racionalismo Cristão na reunião pública, à noite, e pensei no paciente que estava no hospital para que ele se recuperasse. E, ele me perguntou no dia seguinte se tinha entrado no quarto dele à noite, pois viu minha imagem de jaleco branco junto ao pé da cama, no horário que estava pensando e irradiando por ele.”

13” A que mais lembro foi durante o internato, onde uma paciente oncológica com doença de Paget em mama esquerda, ulcerada e malcheirosa, sem prognóstico, aparentava uma calma inexplicável diante da sua situação, entregando tudo nas mãos de Deus.”

14” Cirurgia adiada sem motivo, paciente enfartou no dia que havia marcado!”

15” Atendi uma paciente muito grosseira, sem paciência e até mal educada. Respirei fundo, tentei ser o mais agradável possível, porém ela continuou respondendo mal e jogando pedras. Entreguei um avental a ela e pedi para se trocar. Depois que ela foi ao banheiro comecei a rezar o Pai Nosso e uma Ave Maria. Depois que saiu do banheiro parecia outra pessoa, delicada e sorridente. Incrível! Saiu do consultório me dando dois beijinhos. Acredito que algo de muito ruim acompanhava essa mulher e depois das orações foi embora.”

16” Estava fazendo um procedimento no rosto de uma senhora e ela começou a dizer que de olhos fechados via uma luz azul emanando de minhas mãos e tinha uma sensação de muita paz.”

17” Paciente em coma profundo não induzido, melhora espontaneamente, acorda para se despedir de familiares e falece logo após a última despedida.”

18” Muitos pacientes sem dor com cânceres avançados.”

19” Paciente relatou que viu um espírito que falou seu nome para ela e que estava me ajudando. O nome era de um mentor meu, colega e amigo mais idoso e já falecido.”

20” Sim ... sonhei com um paciente que já havia morrido e veio buscar outro que morreu na mesma semana.”

3.6.2.5. Sentimento de ser usado(a) por Deus, amor e conexão com o paciente

1 “Não sei se é inexplicável, mas em muitas situações senti que aquela situação a ser resolvida veio específica p mim. Me senti usada por Deus”

2- “Sim. Já fui até uma sala de cirurgia sem ser chamada e eles estavam precisando muito de ajuda.”

3” Conexão com o paciente, sua história, emoções, vivências, de forma empática com possibilidades de exposição e conscientização do paciente a respeito de eu mesmo, com os significado e sentidos de suas dores e sintomas.”

4” Na residência médica durante um plantão! Realizei um ultrassom em uma paciente terminal com metástase disseminado câncer de mama com quadro de dor abdominal! Quando terminei e estava saindo da UTI senti uma vontade inexplicável de voltar! Do lado do leito novamente perguntei onde ela sentia mais dor e automaticamente pus a mão direita no local! Imediatamente senti que a minha estava esquentando e perplexo olhei para a paciente que na quele momento me disse que a dor estava passando, foi quando do nada comecei a chorar compulsivamente de alegria! Foi incontrolável! A minha pegava “fogo” e quando parei de chorar a paciente estava dormindo! Não durou 5 minutos! Sai da UTI com um sentimento muito forte de Amor, alegria e plenitude! Esse sentimento permaneceu por cerca de 1 mês! Vivi esse período nas nuvens! Esse fato ocorreu em 1999, foi quando comecei a estudar sobre espiritualidade! Acredito que foi o Amor e Deus manifestado naquele dia, onde eu tive o privilégio de ser o instrumento que transformou a minha vida! Apesar de nunca mais passar por algo parecido, continuo os meus estudos para autoconhecimento e espiritualidade na esperança de atingir esse estado de graça novamente!”

3.6.2.6. Situações desagradáveis

1- “Morte inexplicada.”

2” Algumas, como pctes que apresentam recuperações surpreendentes. Ou um Pcte suicida (se jogou do viaduto do chá) durante sua cirurgia, o rendimento de todos os presentes foi muito ruim, todos se sentindo cansados e desconfortáveis. Tínhamos a sensação de que o Pcte não queria ser cuidado ou tratado.”

3 “Ser “punida” quando não há entrega total.”

4 “Sim, numa situação em que eu corria risco e estava sendo muito prejudicada, coisas estranhas aconteciam no consultório: coisas caíam, quebravam. Houve uma infestação de aranhas.... em 3 dias me livreí da situação negativa e tudo voltou ao normal.

5” Não presenciei, porém percebo que dependendo do dia, dos casos que atendo, saio mais carregada. Ombros doem, sinto dor de cabeça, mal-estar!”

6” Sim, já vi espíritos e já senti a presença, de maneira boa e ruim”.

7” Sinto energias boas ou não antes das cirurgias.”

3.6.2.7 Incômodo com o tema

1” Melhor não.”

2- “Sim, mas não vou comentar.”

3” Sim, mas não sei comentar”

4- “Não. E essa é uma vantagem de ser ateu.”

5- “Não. Qualquer situação terá uma explicação racional. Se eu a desconheço, não preciso de um deus de lacuna para preencher o significado. Apenas entendo que ainda não tenho conhecimento suficiente para explicar aquela situação naquele momento.”

6- “Inexplicável não é a melhor palavra. Foi durante uma cesariana de urgência num hospital público da periferia de São Paulo. Uma hemorragia grave por descolamento placentar; após extração fetal a grávida teve uma PCR. A anestesista, tão “jovem especialista” como eu (talvez há 2 anos) pediu para realizarmos manobras de reanimação, massagem cardíaca enquanto ela fazia as drogas e esperava pela chegada do sangue já solicitado (estava sozinha, pois outra cirurgiã a decorrer ao lado ocupava a sua colega). Só me lembro de ter a sensação de agir rapidamente e pensar “desmontar” Campos operatórios e massagem externa, infecções, etc., decidi fazer a massagem internamente, via infra-diafragmática e não me lembro de mais nada além da anestesista me dizer: “continue que estás a manter a pulsação.” Ao sentir a sensação do coração a bater novamente na mão me emociona até hoje... A minha colega que me ajudava, relata que fiz uma “prece” a Nossa Senhora e chamei a

grávida pelo nome e que seus filhos (outras 3 crianças) precisavam dela para que voltasse e, a seguir a anestesista a dizer que ela “voltará”, o sangue ia começar a perfundir para terminarmos a cirurgia. Não tenho dúvidas da ajuda extra que tivemos nesta situação, pois foram manobras não habituais. O fato de ter a sensação de assistir de fora o que estava a fazer. Pode ter sido a adrenalina, o stress, mas com a fé que tenho mais desenvolvida, hoje sei que somos instrumentos de algo maior, de ensinamento, aprendizagem e ajuda. Destaco que, por vezes, não é fácil expressar esta fé, pois há colegas a olhar de lado por descrença ou preconceito. Destaco que quando trabalhava em Portugal sentia esta reserva e “tabu” deste assunto entre meus colegas, mas por ser a “brasileira”, não estranham quando expressava as minhas crenças.”

Este capítulo apresentou, em forma de tabelas e gráficos, os dados coletados na pesquisa de campo distribuídos por perfil sociodemográfico; afiliação religiosa; prática clínica e espiritualidade; paciente e espiritualidade e formação acadêmica e espiritualidade e os depoimentos coletados pelo questionário especializado. O capítulo seguinte apresenta a análise descritiva de caráter exploratório das variáveis selecionadas. Os resultados obtidos na pesquisa de campo foram analisados com base no referencial teórico que sustenta o presente estudo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Na população médica brasileira, segundo a pesquisa do CFM (Conselho Federal de Medicina), realizada e publicada em 2007, mostrou que 86,4% dos médicos têm uma religião. (BARBOSA,2007). Nesta tese a religiosidade foi analisada pela frequência em celebrações ou práticas individuais como oração, meditação, entre outras e pela crença na existência de uma alma que permanece viva após a morte do corpo. A análise sobre religiosidade relacionada com a medicina considerou-se também a crença na existência de doenças de causas espirituais. Nos resultados dos dados é possível constatar que as pessoas que mais frequentam celebrações religiosas e/ou realizam práticas individuais acreditam na existência da alma e em doenças espirituais. Estas também praticam a fé religiosa no trabalho e através da prática da medicina aumentam a sua religiosidade/espiritualidade.

4.1 Crença religiosa na prática clínica

Segundo demonstram os dados desta pesquisa, a religiosidade/espiritualidade e crença religiosa do(a) médico(a) está presente na prática clínica de várias maneiras, melhor dizendo, está viva e atuante. Contudo, cabe observar os tipos de práticas religiosas no interior do contexto médico e reconhecer a importância da integridade da ação da crença religiosa. (COLEMAN; WHITE, 2009)

A religiosidade foi associada ao local de trabalho pela a realização de rituais e a sensação da presença de seres espirituais no mesmo. Os depoimentos dados nas questões abertas serviram para ilustrar o que chamamos de religiosidade/espiritualidade e como esta atua na prática da medicina.

Em relação a carga horária é interessante observar que aqueles que apresentam carga horária elevada, ou seja, acima de 50 horas semanais, tiveram cerca de 35% dos respondentes assíduos em celebrações ou seja mais de uma vez por semana. Demonstrando que o excesso de trabalho não impede o médico de frequentar celebrações religiosas e que pessoas religiosas dedicam mais horas de sua vida a medicina.

Os rituais religiosos no trabalho possibilitam a expressão da religiosidade através da medicina e a prática da crença aumenta a espiritualidade pelas respostas de preces em situações graves. Assim como a religiosidade influencia na maneira de tratar seu(sua) paciente e no seu interesse pela crença do(a) mesmo(a).

Aqueles que afirmaram que a medicina era uma forma de vivenciar a religiosidade/espiritualidade sentiram também um aumento desta ao longo dos anos de prática e alegaram que ela influenciava na maneira de tratar o(a) paciente.

O sentir a presença de seres espirituais no trabalho pode trazer coragem, ânimo, tranquilidade e sabedoria ao médico(a) resultando em bons resultados na prática clínica. Assim como o sentir a esperança e confiança de um paciente oriundos de sua crença religiosa, pode possibilitar ao médico(a) uma aproximação com a própria religiosidade/espiritualidade.

4.2 Crença e prática clínica segundo sexo.

Os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil, mas a diferença relacionada a gênero vem diminuindo ano a ano, como mostram os levantamentos mais recentes do estudo Demografia Médica no Brasil (CFM, 2020). A proporção de médicas tem aumentado na maioria dos países, tais como, Portugal e Reino Unido que aumentaram em quase 10% e a Espanha em torno de 18% a porcentagem de mulheres médicas entre os anos de 2000 e 2017(CFM, 2020, p. 83). No Brasil, também está havendo cada vez mais mulheres na profissão médica. Em 2020, os homens representavam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%. Há cinco anos, na pesquisa de 2015, médicos homens somavam 57,5% do total, e as médicas, 42,5%. Trinta anos atrás, em 1990, as mulheres eram 30,8%. (CFM, 2020, p. 41)

A feminização da Medicina tem sido objeto de diversos estudos que buscam apontar o impacto desse fenômeno nos sistemas de saúde, além de avaliar as desigualdades de gênero na remuneração, nos campos de atuação e na ocupação de especialidades.

Ao analisar os dados desta pesquisa, deparou-se com algumas diferenças, estatisticamente relevante, entre homens e mulheres.

No quesito religião, há mais homens católicos (45%) ou ateus (10%) do que mulheres. Elas são mais espiritualistas (8%) e espíritas (16%) do que os homens. As mulheres praticam mais a religiosidade de maneira individual, sentem mais a presença de seres espirituais no trabalho e acreditam mais na permanência na alma mesmo após a morte do corpo, do que os homens. As mulheres médicas têm menos filhos que os médicos. Ganham menos, trabalham menos horas e dificilmente se tornam professoras de outros médicos. Comparadas com os homens elas vivenciam mais a religiosidade/espiritualidade através da prática da medicina e acreditam que esta interfere no cuidado com o(a) paciente.

Apesar de se dedicarem menos horas à medicina, as mulheres citaram que um dos empecilhos para não conversar sobre religião com seus pacientes é a falta de tempo; por outro lado, para alguns homens falar sobre religião com seu paciente não é relevante ou gera incômodo.

As mulheres são as que mais concordam que disciplinas que abordem o tema religião devam fazer parte da graduação médica e são as que mais se interessam pela religião do paciente além de mais usarem a prática da medicina como maneira de aumentar sua religiosidade quanto comparadas com os homens.

Em relação às especialidades, assim como demonstram outras pesquisas, as médicas estão mais presentes na pediatria e na ginecologia e obstetrícia em comparação com os homens; estes são em número relativamente maior nas especialidades de cirurgia.

Esses dados corroboram com o padrão cultural da sociedade onde predomina a cultura machista que produz na área médica o discurso que a mulher está mais apta a exercer a ginecologia obstetrícia e a pediatria do que outras áreas. (PANKE, 2019)

A cirurgia pediátrica se mostra um campo de inserção feminina. Dos 85 participantes da Associação de cirurgia pediátrica do Rio de Janeiro, 43 são do sexo feminino, configurando o maior percentual de profissionais do sexo

feminino em especialidade cirúrgica. A presença feminina em algumas especialidades continua rara. A cirurgia torácica, a cirurgia cardíaca e a neurocirurgia têm um contingente muito pequeno de especialistas do sexo feminino.

Pesquisas demonstram que médicas se encontram em situação desfavorável na remuneração, poucas vezes, participam de cargos de chefia e de liderança. Na UFRJ, em 1998, cento e noventa anos após sua fundação, somente quatro mulheres chegaram a Professoras Titulares por concurso e apenas uma delas era cirurgiã. Uma explicação para essa diferença está relacionada à falta de modelo de outras cirurgiãs como também a ausência de suporte institucional às médicas-mães o que contribui para o pequeno número de mulheres cirurgiãs. (PANKE; PANKE, 2019; FRANCO; SANTOS, 2010)

4.3 Medicina como sacerdócio

Giannini (2004) fez um levantamento de médicos que foram canonizados pela igreja católica que se tornaram santos e de sacerdotes que ingressaram na carreira médica. O autor registrou a história de vida de cada um. Contudo, cabe destacar o caso do Dr. Giuseppe Moscatti, ausente no levantamento de Giannini, que foi canonizado em 1987. Nas histórias de vida destes médicos, o que havia em comum era o desapego de bens materiais; a gratuidade de atendimento aos pacientes pobres e dedicação no trabalho com pessoas em situação de pobreza. Logo, o amor aos pobres e a prática da caridade são comportamentos defendidos em várias religiões.

As atitudes beneficentes sempre foram vistas pela igreja católica como um caminho para a salvação da alma. A prática da caridade dentro dessa doutrina religiosa serve para a remissão dos pecados. (SILVA, 2013) O profeta Salomão, reconhecido também pelos judeus, ensina no livro dos Provérbios: “Quem trata bem aos pobres empresta ao Senhor e ele o recompensará” (Provérbios 19:17). Nos evangelhos da Bíblia, Mateus, Marcos e João contam que Jesus quando enviava seus apóstolos para espalharem seus ensinamentos recomendava que estes não aceitassem nada como pagamento.

No juramento de Hipócrates os médicos assumem um compromisso com a caridade.

“Prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência”. (médico grego Hipócrates, 460 a 377 a.C.).

Em pesquisa feita com estudantes de Teologia e Administração com o objetivo de verificar se há diferenças entre a percepção de significado do dinheiro entre os estudantes do curso de Administração e os estudantes do curso de Teologia de uma instituição de ensino superior privada, localizada em Santa Maria/RS, constatou: aqueles que procuram seguir os princípios de sua religião demonstram-se menos apegados a bens materiais, mais dispostos a ajudar os outros, acreditam que recompensas espirituais são mais importantes que as materiais e não acreditam que dinheiro traz felicidade. Assim, pode-se associar que as pessoas que seguem os princípios religiosos demonstram dar menos valor ao dinheiro. (ROSA; MILANI, 2014)

Nesta tese, ao analisar estatisticamente a variável renda foi possível notar que aqueles(as) que tinham renda mais baixa praticam mais sua crença individualmente através de orações, meditações e outros. Também se interessavam mais pela religião do paciente e são aqueles(as) praticam a religiosidade/espiritualidade através do exercício da medicina.

Na questão, “O que te impede de conversar sobre religião com o seu paciente?”, as pessoas que ganhavam mais de 20 mil, ou seja as que possuem renda maior, responderam em maior número, “não faz parte do meu trabalho” ou que “não era relevante”. Estes também não acham que deveria fazer parte da graduação médica disciplinas sobre o tema religião e nem se interessam pela religiosidade do paciente.

4.4 Relação médico(a) e paciente

Esperandio (2014) pesquisou profissionais de saúde que trabalhavam em UTI e verificou que 83% utilizam de estratégias religiosas para lidarem com situações estressantes em seu dia-dia e para suprir os próprios sofrimentos possibilitando melhor enfrentamento do estresse inerente ao trabalho e assim obter maior satisfação com a atividade desenvolvida. Contudo, apenas 51% se

sentem confortáveis para abordar questões religiosas para lidar com o sofrimento dos pacientes e, apenas 18% perguntam com frequência a seus pacientes sobre questões vinculadas a espiritualidade.

Considera-se mais tranquilo para um paciente expressar sua religiosidade durante um processo de tratamento do que diretamente para o(a) médico(a), pois o modelo científico excessivo faz com que o sentimento religioso seja bloqueado. (STANZIANI, 2002)

Médicos(as) sentem receios em falar sobre religião por alguns motivos: não terem estes conceitos claros; não desejarem se envolver com aspectos institucionais das religiões oficiais; evitar e/ou opor-se aos colegas de profissão que realizam proselitismo religioso. Esta conduta, eventualmente, é praticada por médicos(as) fiéis que adotam uma posição religiosa de vida e buscam dar vazão às suas próprias crenças no contato com o paciente. (STANZIANI, 2002)

A maioria dos códigos de ética que regulam as profissões da saúde no Brasil proíbe interferências no campo religioso. No Código de Ética da Medicina consta que o trabalho médico não pode ser utilizado para fins religiosos (CFM, 2010, p.30). Agir contrariamente à essa regra pode gerar consequências graves com possibilidade de cassação do direito de exercício profissional (STERN, 2008)

Como visto na pesquisa de campo, a falta de tempo foi utilizada como justificativa por 37,9% (178) dos respondentes para não falarem sobre religião com o(a) paciente; 36% dos respondentes (169) sentem medo de impôr a própria crença; 18,3% (86) responderam sentir medo de ofender o(a) paciente e 16,6% por falta de treinamento. Apenas 11% disseram que não fazia parte do trabalho médico.

Pesquisa similar feita com psiquiatras demonstrou que 60% dos respondentes encontram dificuldades em falar sobre religião/espiritualidade com seus pacientes (CHEQUINI-MENEGATT, 2016). Para esses(as) profissionais as barreiras citadas foram: 30% relacionadas a questões éticas (medo de impôr sua religião ou ofender o(a) paciente); 22,3% falta de treinamento; 16% falta de tempo; 8,7% acreditam não ser papel do(a) médico(a); 7,6% que não era relevante; 6,4% medo que seus(suas) colegas não aprovassem. Do total, 76,8%

consideraram muito importante integrar a religião/espiritualidade do(a) paciente na prática clínica e 71,1% pensam ser importante o treinamento para isto. Dentre os psiquiatras, 71,4% acreditam em Deus, 67,4% se consideravam religiosos e 45,5% falavam sobre religião com seus pacientes. Um dado relevante nesta pesquisa foi o número reduzido de médicos(as) que participaram; de 3.120 psiquiatras contatados por email, apenas 484 aceitaram o convite.

Outra pesquisa que realizada com 86 médicos demonstrou que a maioria dos profissionais (78,9%) acreditou que sua espiritualidade/religião interfere no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-indivíduo. (SILVA,2017) Mais de 70,0% dos entrevistados(as) acreditaram ser moderada ou muito pertinente a abordagem da espiritualidade da pessoa, enquanto 71,4% responderam que tal prática seria apropriada apenas quando houvesse abertura ou solicitação por parte do(a) paciente para essa intervenção. Ao serem questionados(as) sobre como se comportam diante do tema, 54,1% afirmaram ter indagado sobre a espiritualidade das pessoas. De forma rotineira, apenas 4,0% faziam esse questionamento em sua prática clínica. A maioria dos(as) médicos(as) (77,1%) referiu que os(as) pacientes nunca ou raramente lhe parecem desconfortáveis quando foram questionados sobre a sua espiritualidade. Dentre os motivos para evitar a abordagem da espiritualidade na prática, falta de tempo foi o motivo mais apontado (40%); seguido pelo medo de impor pontos de vista religiosos ao paciente (33%), falta de treinamento (30%), medo de ofender o(a) paciente (24%). Apenas 6% responderam que o conhecimento sobre religião não é relevante no cuidado, 9% não faz parte do meu trabalho, 3% têm medo de que meus colegas não aprovem.

Pesquisa realizada com pediatras e residentes da pediatria demonstrou que entre os(as) entrevistados(as) (62%) não se sentem ou raramente se sentem à vontade para abordar o tema com seus pacientes e 49% se consideram pouco ou nada preparados(as) para abordar os aspectos religiosos ou espirituais com seus(suas) pacientes e 84% responderam que consideram ao menos moderadamente pertinente esta abordagem. Dentre as afirmações que desencorajam os(as) entrevistados(as) a discutirem religiosidade/espiritualidade com seus(suas) pacientes, falta de tempo (22,6%), falta de treinamento (21,3%) e falta de conhecimento (14,6%) são apontados como os principais motivos

somando-se 58,5% das respostas. Observou-se também que a falta de tempo foi apontada por 42% dos entrevistados(as) e a falta de treinamento por 40% deles. (OLIVEIRA,2018)

Na prática clínica, o desconforto dos(as) médicos(as), a falta de tempo e o temor que o(a) paciente se sinta ofendido(a) são também fatores que dificultam a abordagem do assunto (KOENIG, 2007).

Lucchetti e Granero (2010) afirmam que os médicos não são preparados para abordar as preocupações espirituais e religiosas dos pacientes e familiares. Algumas questões são apontadas como barreiras para a discussão dos assuntos espirituais junto aos pacientes: limitações de tempo, dificuldade na identificação de pacientes que querem discutir assuntos espirituais, falta de treinamento para abordar tais discussões junto ao paciente, medo e desconforto de abordar o assunto, medo de projetar suas próprias crenças para pacientes e falta de interesse pessoal na religião e espiritualidade. (LUCCHETTI et al, 2012; NEELY; MINFORD, 2008).

MacLean et al (2003) concluíram em seu estudo que a espiritualidade e a religiosidade dos(as) médicos(as) influenciam o cuidado clínico e que muitos pacientes acreditam que os(as) médicos(as) devam estar cientes sobre suas crenças espirituais e religiosas.

Nesta tese, ao comparar as especialidades, observou-se que os(as) pediatras e os(as) ginecologistas obstetras são os(as) que mais praticam a religiosidade no trabalho, sentindo a presença de seres espirituais e realizando rituais e práticas individuais. Por outro lado os clínicos são os que mais se interessam pela religiosidade do paciente.

Em pesquisa de mestrado feita por uma pediatra, constatou-se que os(as) pediatras e os(as) residentes em pediatria mostram-se abertos e dispostos a incluírem a temática da religião em seu trabalho como grupo de estudo, bem como nas discussões dos casos clínicos. (SANTOS, 2013)

Na pediatria a doença de uma criança, especialmente a crônica, é uma das situações que apontam para a fragilidade humana tornando as pessoas que enfrentam estas condições, ainda mais vulneráveis. Para lidar com a situação de crise é preciso considerar as estratégias encontradas pela própria família para

enfrentar esta situação, as quais geralmente se apoiam em crenças, religiões e filosofias de vida como suporte que contribui para fortalecer a família. (DAMASCENO; SOUZA; SILVA, 2011).

Em relação à inclusão do tema religião na graduação médica, os dados desta pesquisa mostraram o interesse de 70% dos(as) respondentes. Como já é conhecida, no meio acadêmico, a influência de aspectos religiosos no contexto de saúde e doença, muitos profissionais se interessam pela crença religiosa do seu(sua) paciente não apenas os(as) médicos(as) religiosos(as).

Lucchetti e Granero (2010) e Lucchetti et al. (2012) descreveram os desafios enfrentados na integração de espiritualidade nas faculdades de Medicina brasileiras, ressaltando que grande parte das barreiras é a de haver poucos estudos brasileiros publicados sobre o tema; a visão de que a Medicina deve se manter secular e, portanto, deve evitar abordar questões religiosas, pois pode ser vista como coercitiva por alguns pacientes; e ao fato de que poucas conferências médicas brasileiras abordaram o tema espiritualidade e saúde antes do ano 2000, já que os departamentos de pesquisas universitárias raramente investigaram tal temática, assim como falta de programas de pós-graduação existentes no país.

Segundo os mesmos autores a abordagem das necessidades espirituais dos pacientes e suas famílias pode ser incluída na anamnese clínica através de ferramentas como a aplicação de escalas para avaliação e valorização dos aspectos espirituais e religiosos trazendo melhoras na comunicação e na relação com o(a) paciente.

A abordagem religiosa no contexto clínico é problemática. Há evidências de que a vivência religiosa é importante na vida de vários desses médicos(as), porém encontram dificuldades para tratar do assunto com os(as) pacientes porque esse tema não é debatido no cotidiano profissional. Logo, se revela uma demanda oculta de reflexão sobre o tema. Vê-se que existe um campo aberto ao debate acadêmico na área de educação em saúde com relação à presença de aspectos religiosos no processo clínico. Quem não admite participar do debate ainda se posiciona contra sua inserção na academia e contra as pesquisas. (TAVARES, 2016).

4.5. Educação médica

Não há dúvidas tanto para o senso comum como para a comunidade científica que a religião e as práticas espirituais exercem influências sobre a saúde. Diante da importância e valorização crescente da religiosidade e da espiritualidade na saúde é urgente inserir a discussão do tema na educação médica e no processo de trabalho médico. A fim de possibilitar que os(as) médicos(as) abordem questões religiosas e espirituais de seus pacientes são necessários o desenvolvimento de currículos, políticas de saúde, busca de agenda de pesquisa para apoiar a inclusão da espiritualidade e da religião na formação médica.

Diante da enorme complexidade que implica o encontro da ciência e da religião na medicina; entretanto, ao mesmo tempo que se tem abertura há muito constrangimento, pois é um tema tratado com muita reserva.

O presente estudo identificou marcante fragilidade na formação médica a respeito da abordagem da espiritualidade do ser humano tendo em vista que cerca de metade dos entrevistados se consideram pouco preparados para essa atividade e a maioria não teve nenhum contato formal com questões como crenças religiosas e/ou espirituais durante a graduação.

Uma minoria (6,9%) dos entrevistados no presente estudo acreditam que o conhecimento sobre religião não é relevante para o cuidado. Com relação às principais fontes de conhecimento sobre espiritualidade, 42,8% dos médicos(as) entrevistados responderam que deveria ser abordado em disciplina optativa específica; 33,3% em cursos, eventos e estágios; 33,7% por livros; 29,0% por ensinamentos de sua própria religião e 25,5% por artigos científicos.

As deficiências inerentes à formação em saúde reduzem os impactos positivos da assistência, privilegiam aspectos biofísicos em detrimento dos componentes sociais, psicológicos e espirituais do processo saúde-doença. A ausência de uma abordagem formal resulta na falta de interesse dos(as) estudantes pelo tema “saúde e espiritualidade” durante a formação tradicional também em função da carência de docentes capacitados no tema em questão.

Estudos como de Conde (2018) mostram que uma minoria de escolas médicas possui a temática espiritualidade inserida em seus currículos e, quando aparece, está diluída em vários momentos do eixo transversal.

Corroborando com outras pesquisas, o presente estudo reafirma a hipótese que a religiosidade do(a) médico(a) está presente na atuação clínica e evidencia a importância de se utilizar estratégias didáticas inovadoras para a renovação curricular, como as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a fim de sensibilizar os estudantes para o tema, desde o início do curso e de forma transversal, favorecendo uma construção e prática profissional com visão holística.

A crença religiosa do(a) médico(a) pode ser um recurso importante para enfrentar desafios profissionais, além disto o próprio exercício da medicina seria uma forma de vivenciar esta crença, uma vez que, afeta decisões clínicas. A prática da medicina esvaziada da presença do “humanum” torna-se insensível às dores humanas e incapaz de responder as perguntas existenciais, profundas, transformadoras e salvadoras. Para uma abordagem holística, como pressupõe o método clínico centrado na pessoa deve-se incluir a sua dimensão espiritual.

O fato é que ainda não existe uma inquietação forte o suficiente para abordar a dimensão espiritual do ser humano nos cursos de graduação em medicina no Brasil. Ainda não existe um reconhecimento de que esta abordagem ampara, protege e defende a promoção da saúde em todos e qualquer tipo de procedimento terapêutico e de reabilitação. A resistência ainda persiste em função do desconhecimento que o suporte espiritual pode oferecer desde a formação até a atuação clínica cotidiana de médicos(as).

A medicina é uma profissão que lida com o ser humano. Porém, encontra-se desumanizada na modernidade capitalista perante ao enorme avanço da tecnologia. A saúde mental dos(s) médicos(as) vem sido atingida com as transformações sociais, com a degradação das relações trabalhistas e o crescente individualismo no ambiente de trabalho que exige, cada vez mais, o conhecimento especializado do corpo humano. As dificuldades podem se agravarem em virtude dos locais que oferecem pouca estrutura e condições precárias de trabalho; muitas vezes, o(a) médico(as) nem é diretamente contratado pelo serviço onde atua. Ainda que conte com auxílio da medicina do

trabalho, o(a) médico(a) tende a não procurar ajuda seja pela sobrecarga de trabalho, seja pelo medo de ser identificado entre seus pares como vulnerável e fraco. Sentimentos como onipotência e vergonha fazem com que muitos profissionais recorram à automedicação.

Para o(a) médico(a) é fundamental que enxergue seu(sua) paciente além da doença para que se crie uma relação de confiança e parceria. A literatura assinala que o ensino médico precisa ser repensado e que disciplinas sobre religião/ espiritualidade deveria ser acrescentadas na graduação. Se assim fosse, o(a) estudante aprenderia a lidar com aspectos religiosos/espirituais tanto seus quanto do(a) paciente. Não seria necessário reprimir suas crenças e, sim, utilizá-las para seu benefício de maneira menos preconceituosa. Se o assunto fosse tratado com mais naturalidade deixaria de ser secreto e poderia ser compartilhado com professores, colegas e pacientes. Certamente, sem deixar de lado as questões éticas para não comprometer a qualidade do ensino e do saber médico.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo conhecer como a religiosidade/espiritualidade do(a) médico(a) se expressa em sua prática clínica. Para isto foram analisadas estatisticamente as seguintes informações: tipo de instituição (pública, privada ou ambas); carga horária, renda individual, especialidade, tempo de formado. Além de verificar se médicos(as) realizavam rituais religiosos no trabalho, se sentiam a presença de seres espirituais em suas práticas, se acreditavam na existência da alma independente do corpo ou em possíveis doenças de causas espirituais. Foi questionado se a religiosidade do médico interfere na maneira de lidar com seu paciente e se a medicina era uma forma de vivenciar a espiritualidade. Para finalizar foi vista a relevância da inclusão do tema religião na graduação médica, qual era o empecilho para se tratar sobre este assunto com o seu paciente e se havia interesse em se conhecer sobre a religiosidade do(a) mesmo(a). Foi também permitido que o respondente se expressasse livremente em duas questões abertas, gerando depoimentos.

Conclui-se que a religiosidade do(a) médico(a) está presente na atuação clínica de diversas formas. Pode ser utilizada como recurso importante para enfrentar desafios profissionais, traz sabedoria, consolo e alívio do stress. A religião traz o sentimento de estar em companhia especial, de não estar só, sendo uma boa aliada a saúde mental dos médicos(as) e estudantes de medicina. Desde o início da carreira, logo com a escolha da profissão, lidam com pressões e o desafio de estar sempre entre os melhores. A medicina é a carreira mais concorrida no vestibular do Brasil, quem quiser entrar nesta disputa precisará renunciar atividades de lazer para se dedicar integralmente ao saber médico.

Para alguns, o exercício da medicina possibilita vivenciar e alimentar a espiritualidade. Ao se relacionar com o(a) paciente, experimenta sentimentos como amor, compaixão, alegria e satisfação por vencer uma doença e poder aliviar o sofrimento de seu próximo. Sente-se importante, poderoso e amado. Mesmo que as coisas deem errado ainda pode encontrar na religião respostas que tragam consolo afinal a morte não é o fim, não pode ser vista como uma

derrota. A crença na colaboração e parceria de uma força superior, ou de seres espirituais que ajudam a vencer desafios profissionais ou mesmo a lidar com situações conflitantes, faz com que a religiosidade/espiritualidade do(a) médico(a) permaneça viva, atuante e presente em seu ambiente de trabalho e não afastada deste.

Religião e medicina continuam sendo assuntos interligados, apesar das tentativas de separação devido a crença social de que são antagônicos. Há pouco estudos no Brasil com este tema, mas veremos mudanças em breve devido a pandemia atual . Estamos em época de transformação em todas as áreas da nossa sociedade, incluindo a medicina.

A religiosidade pode ser uma aliado ao saber técnico. Quando um(a) médico(a) busca ajuda espiritual, força transcendente, não significa que é incompetente ou incapaz. Simplemente, está buscando dar o seu melhor utilizando todos os recursos disponíveis sem desconsiderar sua humanidade. Afinal, trata-se de um ser humano cuidando de outro.

Neste estudo os dados apresentados foram apenas os que tiveram relevância estatísticas, porém o banco colhido é rico e volumoso e pode ser utilizado em novas investigações e em outras análises específicas. Poderia ser feito um estudo detalhado com os depoimentos utilizando a análise de discurso. Outra possibilidade é escolher investigar médicos(as) de alguma religião específica ou determinada especialidade médica.

Este estudo teve como limitações; a presença de várias especialidades médicas que foram agrupadas de forma convencional para serem avaliadas estatisticamente, não sendo a mais adequada. Por ter sido uma amostra por conveniência se limitou entre conhecidos da pesquisadora tendo a predominância da região sudeste e uma população pouco variável entre características socio-econômicas culturais. Também não houve interesse inicial por parte da pesquisadora fazer uma distinção relacionada a raça o que pode ter trazido prejuízo, empobrecimento para as análises. Os dados qualitativos poderiam ter sido melhor explorados com análise de discurso.

Para estudos futuros questões sobre a bioética pode ser acrescentadas e relacionadas com a religiosidade do médico. Outros profissionais da área da

saúde podem ser incluídos na pesquisa para serem comparados entre si. Como esta pesquisa deu ênfase nos aspectos positivos da religiosidade do médico(a) outra possibilidade seria questionar aspectos negativos da mesma.

REFERÊNCIAS

AMOROSO, G. C. Esclerose Múltipla e Imagens de Deus: a influência da crença religiosa na qualidade de vida de portadores/as da doença. Dissertação. **(Mestrado em Ciências da Religião)** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2009.

ARANTES, A.C.Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ASTROW, A.B; PUCHALSKU C.M; SULMASY D.P. Religion, spirituality, and health care: social, ethical and practical considerations. *AM J MED* 2001;110:283-7

AVILA, ET AL Avaliação da espiritualidade e religiosidade dos estudantes de medicina e implicações frente a sua formação médica, 2010.

AZEVEDO, C. A PROCURA DO CONCEITO DE RELIGIO: ENTRE O RELEGERE E O RELIGARE. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/religare/article/view/9773>. Acesso em: abril 2021

BALBONI, M. J. et al. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 50 No. 4 October 2015. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26025271/> Acesso em 17 nov 2019.

BARBOSA, G.A. et al. A saúde dos médicos no Brasil. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2007.

BARROS,J.O Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalho de médicos inseridos em um hospital universitário- São Paulo, Brasil. **Tese de Doutorado**. Apresentada a faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev Latinoam Enferm*. Ribeirão Preto, 13(1):99-104, 2005. Disponível em: . Acesso em: 08 mar. 2019

BENNETT, J. C.; PLUM, F. Cecil: **Tratado de medicina interna**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.

BENSON, H. **Timeless Healing**: the power and biology of belief. New York. Simon and Schuster. 1996

BERGER, P. **Os múltiplos altares da modernidade. Rumo a um paradigma da religião numa época pluralista**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017

BERNARD, J. *Da biologia a ética. Bioética os novos poderes da ciência: Os novos deveres do homem*. Campinas:Psy 1994

BIAGGI, T.M.D. **A relação médico-família em unidade de Terapia Intensiva:** Um estudo sobre as percepções do médico intensivista. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

BINZ M.C; MENEZES FILHO; SAUPE R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.1, p 28-42,2010

BJARNASON, D. Concept analysis of religiosity. *Home Health Care Management & Practice*, v. 19, n. 5, p: 350-355, aug. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1084822307300883>. Acesso em: 01 jun 2019.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200014>. Acesso em: 06 nov. 2019.

BOWKER, J. **Os sentidos da morte**. São Paulo: Paulus, 1995.

BRANCO, R. M. Micheal Foucault e a medicina: sobre o nascimento da clínica moderna. **Tese Doutorado** – Programa de Estudos Pós-Graduados em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

BRESCIANI, C. Saúde: Abordagem histórico-cultural. Saúde, Religiões e Espiritualidade. *Revista O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano. 24, v. 24, n. 6, nov/dez. 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**.ed Petrópolis,RJ:Vozes,2013

CAMARGOS, M.G. et al. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine*, Baltimore, v. 94, n. 47, p. 2145 nov. 2015. Disponível em: DOI: 10.1097/MD.0000000000002145. Acesso em nov de 2020

CAMARGO, A. P. O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão. *Rev UNINGÁ*, v.45, p.44-51, 2015.

CAMPBELL, J. MOYERS, B. **O poder do mito**. São Paulo. Palas Athena,1990.

CARRARA, S. Entre cientistas e bruxos: ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 174p. ISBN 85-85676-07-8.

CASTRO F.C Os temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos. *Rev de Bras Educ Med*.2004;28(1):38-45

CHEQUINI- MENEGATTI, M.C. et al. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *The British journal of Psychiatry*, 2016, 2:346-352.

CHEHAIBAR, G. Z. Bioética e crença religiosa: estudo da relação-médico paciente testemunha de Jeová com potencial de risco de transfusão de sangue. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2010.

COLE, T.R., CARLIN, N. The suffering of physicians. *Lancet*. 2009;374(9699):1414-5. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61851-1

CHEEVER, K. et al. Surgeons and the spirit: a study on the relationship of religiosity to clinical practice. *J Relig Health*, v. 44, n. 1 p.67-80, set/dez. 2005. Disponível em: DOI: 10.1007/s10943-004-1146-5. Acesso em: 10 nov 2019.

COELHO, M. O. **Relação Médico-Paciente e a Morte**. Orientadora Maria Helena Pereira Franco. 2001. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 30 dez. 2001

COLE R, T.; CARLIN, N. The suffering of physicians. **The Lancet**, v. 374, n. 9699, p. 1414-1415, 24 out. 2009. Disponível em: DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61851-1. Acesso em: 22 nov 2019.

COLEMAN, E. B.; WHITE, K. **Medicine, religion, and the body**. Brill, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1163/ej.9789004179707.i-300>. Acesso em: 22 nov 2019.

CONDE, S.R.S.S. et al. A espiritualidade nos currículos das escolas médicas da região norte e a visão do interno de medicina sobre sua importância na formação. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. Jan-Dez; 4 (1-2) : 9-18. 2019. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2018.013>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA -CFM. Explode número de médicos no Brasil, mas distorções na distribuição dos profissionais ainda é desafio para gestores. 08/12/2020 | 19:19. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/noticias/explode-numero-de-medicos-no-brasil-mas-distorcoes-na-distribuicao-dos-profissionais-ainda-e-desafio-para-gestores/> Acesso em 21 jan 2021

CURLIN, A. et al. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. *J Gen Intern Med*, v. 20, n. 7, p. 629-634 jul. 2005. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0119. x. Acesso em: 22 nov 2019.

CURLIN A, F. et all. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Med Care*, v. 44, n.5, p. 446-453 mai. 2006. Disponível em: DOI:10.1097/01.mlr.0000207434.12450.ef. Acesso em: 22 fev 2020.

DALLA; CAZALLA; COSTA. What do we know about the teaching of religiosity/spirituality and in medical undergraduate curricula? An integrative review, MedEdPublish, 2016

DAALEMAN E.; FREY B Spiritual and Religious beliefs and practices of family physicians. A national survey. *J Fam Pract* 1999; 48:98-104

DAALEMAN E NEASE .Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. *J Fam Pract* 1994;39:564-8

DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A.L.G.; LUCCHETTI, G. Ensino de "saúde e espiritualidade" na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde. *Revista HU*, v. 44, n. 4 fev 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.25928>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/25928>. Acesso em: 22 fev 2020.

DANILA, A. H. Suicídio entre médicos preocupam. *Associação Paulista de Medicina*. 2017. Disponível em <https://apmtsp.org.br/suicidio-entre-medicos-preocupam/> Acesso em 20 jan 2021.

DANTAS FILHO, V. P.; SÁ, F. C. Ensino médico e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 31 (2) abr/jun, 2007.

DIAS J.P.S A visão cristã da Medicina. Disponível em : <http://www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/Farmacia-e-Historia/node36.html>. Acesso em março de 2018

DOUGLAS, M. **Purity and Danger**. London: Pellican Books, 1970

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 12, n. 35, p. 805-832, 28 set. 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/7763>. Acesso em: 10 mar 2020.

ESPINDULA, J.A.; VALLE, E.R. M.; BELLO, A.A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 6, p.1229-1236 dez. 2010. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600025>. Acesso em: 11 jan 2020.

FANG, M.L. et al. A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of- -life care: findings from a scoping review. *BMC Geriatrics* v. 16, n. 107, 18 mai. 2016. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0282-6>. Acesso em: 11 jan 2020.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381-389, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>. Acesso em: 11 jan 2020.

FERREIRA ,F.C. Entre arabescos, luas e tâmaras:performances islâmicas em S Paulo. *Tese de doutorado*, Antropologia Universidade de São Paulo ,São Paulo, 2007

FLECK, A.P.A. Depressão. In DUNCAN, B. B. SCHMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. (Orgs.), *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências*, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.

FLECK M.P.A et al. Desenvolvimento do WHOQOL modulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* v.37 n 4 S.Paulo agosto 2003

FRANCO, T., SANTOS, E.G. Mulheres e cirurgiãs. *Rev. Col. Bras. Cir.* v. 37, n. 1, Rio de Janeiro, jan./fev. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912010000100015>. Acesso em 15 dez. 2020.

FRANÇA,G.V.**Comentários ao código de ética Médica**.ed Rio de Janeiro.Ed Guanabara Koogan, 2010

GIANNINI, S.D. **Santos Médicos Médicos Santos**. São Paulo: Editora Panda, 2004.

GONÇALVES, A. Deslumbramento e preservação ante a sacralidade da vida: despertar para a religiosidade holística. Protestantismo em *Revista, São Leopoldo*, v. 32 p.122-135. set./dez. 2013. Disponível em: Acesso em: 25 ago. 2019.

GUIMARAES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

HERVIEU-LÉGER, D. **Le Pèlerin et le Converti**: La Religion en Mouvement, Flammarion, France, 1999. (tradução brasileira: O peregrino e o convertido: A religião em movimento. Editora Vozes, 2008

HIGUET, E. Saúde, cura e salvação no pensamento de Paul Tillich. In. **Psicologia, Saúde e Religião**: em diálogo com o pensamento de Paul Tillich. V. 16. São Paulo: ed. Da Universidade Metodista de São Paulo, 1999.

HILL PC ; PARGAMENT KI. Avanços na conceituação e medição da religião e espiritualidade. Implicações para a pesquisa em saúde física e mental. *American Psychologist*,58,64-74.2003. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>

INOCÊNCIO, D. Medicina e Religião: a visão do profissional médico. *Revista Pandora do Brasil*, n. 25, dez. 2010.

IROSON, G.; STUETZLE, R.; FLETCHER, M. A. Increase in Religiousness\ Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 years in people with HIV. *Journal of General Internal*

Medicine, v. 21, n. 6, p. 62-68 dez. 2006. Disponível em:

DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x. Acesso em: 11 jan 2020.

JAMES, W. **As Variedades da Experiência Religiosa**. São Paulo: Cultrix, 1995.

JATENE, A. **Cartas a um Jovem Médico**. Elsevier/Ed. Campus, 2007.

JORGE FILHO, I. Os compromissos do médico: Reflexões sobre a oração de Maimônides. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. v. 37, n. 4, Rio de Janeiro, jul./ago. 2010. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S010069912010000400013>. Acesso em: 11 jan 2020.

JUNG, C.G. **Psicologia e Religiao**. Petropolis RJ: Vozes, 1978.

KAPLAN H.I, SABOCK B.J **Manual de Psiquiatria Clínica**. Editora Médica e Científica Ltda. 1992

KEARNEY M. et al. Self Care of physician caring for patients at the end of life: being connect a key to my survival. *JAMA*. 2009; 301(11)1155-64

KEMP K. A relação saúde e doença. In: GUERRIERO, S. **Antropos e Psique: o outro e sua subjetividade**. Ed. Olho d'água. São Paulo, 2012.

KOENING, H.G.; LARSON, D.B.; LARSON, S.S. Religion and coping with Serious Medical Illness. *Ann Pharmacother*, v. 35, n. 3, p. 352-359 mar. 2001. Disponível em: DOI: doi.org/10.1345/aph.10215. Acesso em: 11 jan 2020.

KOENING, H. G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENING, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: Por que, como, quando e o que**. São Paulo: Jornalística Ltda, 2012.

KOVACS M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, São Paulo 1992

KÜBLER-ROSS, E.; COELHO, A. M. **Morte, estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1978.

LARCHET, J.C. A doença, o sofrimento e a morte: suas relações com o pecado ancestral. In: *Concilium 278 Doença e cura*. Petrópolis. Vozes. 1998

LEVIN, J. Partnerships between the faith-based and medical sectors: implications for preventive medicine and public health. *Preventive Medicine Reports*, v. 4, p. 344-350 jul. 2016. Disponível em: DOI [org/10.1016/j.pmedr.2016.07.009](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.07.009). Acesso em: 15 jan 2020.

LIMA, L.L. Educação Médica e finitude da vida; abordagem para melhoria de saberes e práticas. **Dissertação de mestrado**. Centro Universitário Christus Unichristus, Fortaleza 2017.

LIMA J.A.M de. Transdisciplinaridade na obra de C. Jung e suas influências na atualidade. *Revista PLURALS – Virtual* – v. 5, n. 1 – jan/jun, 2015

LONGUINIÉRE, A. C.F. Influência da religiosidade /espiritualidade dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, v. 9, n. 1, p. 1961-1972 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>. Acesso em: 15 jan 2020.

LOTUFO NETO, F.; LOTUFO JUNIOR, Z.; MARTINS, J. C. **Influências da religião sobre a saúde mental**. São Paulo: ESETec, 2009

LUCCHETTIG, DAMIANO R.F. Ensino de "saúde e espiritualidade" na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde. *Revista HU*, fev 2020

LUCCHETTI et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *Bmc Medical Education, London: Biomed Central Ltd*, v. 13, 8 p., 2013. ISSN 1472-6920. DOI org/10.1186/1472-6920-13-162. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6920-12-78> Acesso em: 15 jan 2020.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A.L. Spirituality and health's most productive researchers: the role of primary care physicians. *Family Medicine*, v. 42, n. 9, 2010. ISSN 0742-3225. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/43646> Acesso em: 15 jan 2020.

MAUSS, M. *Techniques of the Body*. Economy and Society, vol 2 ,1973.

MATTHEWS, L.; J. MARWIT S. Meaning reconstruction in the context of religious coping: rebuilding the shattered assumptive world. *Omega-Journal of Death and Dying*, v. 53, n. 1, p. 87- 104 01 ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/DKMM-B7KQ-6MPD-LJNA>. Acesso em: 15 jan 2020.

MARCO, M. **A Face Humana da Medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MARIANO, R. Sociologia da religião e seu foco na secularização. In: PASSOS, João Décio; USARSKI (org.) **Compêndio de ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013. p. 231-242.

MARTA, G. N. et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med.*, v. 33, n. 3, p. 405-416, 2009.

MARTINS, L.A.N. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Terap*, v. 20, n. 9, p.355-364 1991.

MARTINS, L.A.N. Morbidade Psicológica e Psiquiátrica na População Médica . *Boletim Psiquiátrico*. São Paulo, v. 22/3, n. 9, p.11-15 1990.

- MCLEOD, D.; WRIGHT, L. Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing. *J Fam Nurs*, v. 14, n. 1, p. 118-141 fev. 2008. Disponível em: DOI: 10.1177/1074840707313339. Acesso em: 15 jan 2020.
- MEALEY, L. The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 523-541. 1995.
- MEIRELES, M.A.C. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. *Rev bioet.* 2019;27(3):500-9
- MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre Médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 2, São Paulo abr./jun. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000200012>. Acesso em: 15 jan 2020.
- MENEGATTI-CHEQUINI, M.C. et al. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *The British journal of Psychiatry*, v. 2. n.6, p.346-352 2016.
- MONTERO, P. Max Weber e os dilemas da secularização: o lugar da religião no mundo contemporâneo. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 65, p.34 – 44, março, 2003.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENING, H. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 28, n. 3, São Paulo, set. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462006000300018. Acesso em: 15 jan 2020.
- MOTT, M. L. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 41-67 jan./jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100004>. Acesso em: 15 jan 2020.
- NEELY, D. MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality. *UK medical schools*. *Med Educ*. 42 (2):176-82. 2008. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2007.02980.x> Acesso em 18 nov 2019.
- NETTO, S.M.; ALMEIDA, A.M. Metodologia de Pesquisa para Estudos em Espiritualidade e Saúde In: SANTANA, Franklin. *A Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação*. Bragança Paulista, SP: Editora Comenius, 2010.
- OLIVEIRA, S. S.; POSTAL, E. A.; Afonso, D. H. As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da Covid-19: das (in)certezas acadêmicas ao compromisso social. *APS Revista - ESPECIAL COVID-19*. DOI 10.14295/aps.v2i1.69 Vol. 2, n. 1, p. 56-60 | Janeiro/Abril – 2020. Disponível em <https://apsemrevista.org/aps/article/view/69/49> Acesso em 20 jan 2021.

OLIVEIRA J.A.C. Desafios do cuidado integral em saúde: a dimensão espiritual do médico se relaciona com sua prática na abordagem espiritual do paciente? **Dissertação de Mestrado.** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo 2018

PANKE, L.; PANKE, G. Mulheres na medicina: questões de gênero interferem na prática profissional? In: BERTOTTI, Barbara Mendonça *et al* (orgs). *Gênero & Resistência: Memórias do II encontro de pesquisa por/de/sobre mulheres*, Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2 v. 2019.

PELLEGRINO, E. The four principles and the doctor- patient relationship; the need for a better linkage. In: Gillon R (ed) *Principles of health care ethics*. New York: John Wiley; 1994: p.354.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. *Revista Teológica do Instituto de Teologia e Pastoral de Passo Fundo*, Passo Fundo, RS, v. 65, p. 67-92, 03 jun. 2002. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215.

PESSINI, L. Saúde, Religião e Espiritualidade. *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 24, v. 24, n. 6, nov./dez. 2000.

PESSINI, L; HOSSNE, W.S. Bioética e religião: um diálogo necessário. *Revista - Centro Universitário São Camilo*, v. 7, n. 4, p. 363-366 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/editorial%20pt-br.pdf>. Acesso em: 15 dez 2020.

PESSOTI, I. A Formação humanística do médico. *Humanistic Education ND Medical education*. Medicina Ribeirão Preto, 29:440-448, out/dez.1996

PIERUCCI, A.F. De olho na modernidade religiosa. *Tempo Social*, vol.20 no.2, São Paulo, Nov. 2008.

PIERUCCI, A.F. Sociologia da Religião – área impuramente acadêmica. In: Sérgio Miceli (org.). *O que ler na ciência social brasileira*. Vol. II. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999. p. 237- 286;

PINHEIRO M.J.X. A VIDA É UMA PASSAGEM; Um estudo antropológico sobre a morte entre os judeus do Recife. **Tese de doutorado.** Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018

PINTO, A.N.; FALCÃO, E.B.M. Religiosidade no Contexto Médico: entre a receptividade e o silêncio. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 38, n. 1, p. 38-46 2014. Disponível em: DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100006>. Acesso em: 15 dez 2020.

PUCHALSKI, C. Spirituality and Health: the art of compassion medicine. In: B. NEWBERG, Andrew (ed). *Hospital Physician*, p. 30-36 mar. 2001. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.566.199&rep=rep1&type=pdf>.

PUCHALSKI, C. Religion, medicine and spirituality: what we know, what we don't know and what we do. *Asian Pac J Cancer Prev*, v. 11, n.1, p.45-49 2010. PMID: 20590349.

PUCHALSKI, C.M. et al. A. Espiritualidade e saúde: o desenvolvimento de um campo. *Acad Med.*; 89: 10–16. 2014.

PUCHALSKI, C. M., LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. *Acad Med*. 73:970-974, 1998.

RAMOS, D.G. **A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença**. São Paulo: Summus, 1994.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 316-325 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300019>. Acesso em: 15 jan 2020.

REZENDE, J. M. Caminhos da Medicina: O juramento de Hipócrates. *Revista Paraense de Medicina*, 17, 38-47. 2003.

RIBAS, J.B.C. A construção da realidade: imaginário, mito e religião. In: GUERRIERO, S. **Antropos e Psique**: o outro e sua subjetividade. São Paulo: Olho D'Água, 2001.

ROBINSON, A.K., CHENG, M.R., HANSEN, P., GRAY, R. Religious and spiritual beliefs of physicians. *J Relig Health*, v. 56, n. 1, p. 205-225 2017. Disponível em: DOI: 10.1007/s10943-016-0233-8. Acesso em: 15 jan 2020.

RODRIGUES, J.C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro. 7 ed. Fiocruz. 2006

ROSNER, B. - **Fundamentals of Biostatistics** - Boston, PWS Publishers, Second edition, 1986, 584pp

ROSA, I.R; MILANI B. Significado do Dinheiro: Um Estudo Sobre o Comportamento de Estudantes de Nível Superior. *Revista de Administração IMED*, 4(3): 369-380, ago./dez. 2014 <https://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/631/577>. Acesso fev de 2021

SAAD, M.; LIMA, P.T. (ed). Medicina integrativa: alinhamento entre crenças religiosas do paciente e tratamento hospitalar. *Educ Contin Saúde Einstein*, v. 10, n. 1, p. 36-37 2012. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2300-36-37.pdf>.

SANDOVAL, Ovídio Rocha Barros. O juramento de Hipócrates. *Jornal FMRP USP Online*, 01 abr. 2019. Disponível em: <https://jornal.fmrp.usp.br/o-juramento-de-hipocrates-por-ovidio-rocha-barros-sandoval-vice-presidente-do-conselho-consultivo-da-faepa/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SANTA, N.D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: revisão de literatura. Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 772-780 out./dez. 2016. Disponível em: ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>. Acesso em: 15 jan 2020.

SANTOS R.Z. A espiritualidade e a religiosidade na prática pediátrica. **Dissertação mestrado** -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Sorocaba, 2013

SARTRE.J.P **Esboço de uma Teoria das Emoções**.Lisboa:Presença,1972

SCHERNHAMMER e COLDITZ Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (Metaanalysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295-2302. 2004

SCLIAR, M. Cenas médicas: pequena introdução à história da medicina.2ed- Porto Alegre: Ed da Universidade/1996. UFRGS

SILVA, G. S. N. D.; AYRES, J. R. D. C. M. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Rev Bras Educ Méd.*, v. 34, n. 4, p. 487-496, 2010.

SILVA, J. B. D. A espiritualidade no cuidado em saúde: concepções de estudantes de medicina e de enfermagem. 2015. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SILVA, A.F. et al. Concepções sobre espiritualidade: programas de provimento de médicos no Cariri cearense. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017 Jan-Jul;2(1):16-24. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.014>.

SILVA, D.J. Quem ajuda o pobre empresta a Javé: caridade e doações nos testamentos em Goiás no século XIX. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1363958143>. 2013. Acesso em 03 fev de 2021

SILVEIRA N. **Jung Vida e Obra**.-16 ed rev-Rio de Janeiro:Paz e Terra,2000

SILVEIRA N. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 22, n. 1, p. 137, mar. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100014&lng=pt&nrm=iso. acessos em 21 mar. 2021.

SIQUEIRA, J. E. Educação médica em bioética. *Rev Bras Bioética*. 3 (3), 301-27. 2007.

SOUSA, G. M.; LUSTOSA, M.A.; CARVALHO, V.S. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. *Rev bioet.*; 27 (3) 516-27, 2019.

STANZIANI, A.F. Espiritualidade, Religiosidade e Medicina: A convicção de médicos sobre a influência da espiritualidade ou religiosidade na melhoria de pacientes. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

STERN L., F. et al. Aplicação do conceito de racionalidades médicas ao sistema de cura novaerista. *Espacos-Revista de Teologia e Cultura*, v. 26, n. 2, 2018. Instituto São Paulo de Estudos Superiores, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.espacos.ittesp.com.br/index.php/espacos/article/view/220>. Acesso em: 20 out. 2019.

STERN F. L. Cientista da religião como docente para unidades de aprendizagem de espiritualidade e saúde. In STERN F.L; COSTA M. da *Ciência da Religião Aplicada: ensaios pela autonomia e aplicação profissional Fábio L. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018.*

TAMADA et al. relatos de médicos sobre a experiência o processo de morrer e a morte de seus pacientes. *Rev Med (São Paulo)*. 2017 abr.-jun.;96(2):81-7

TAVARES, C.Q. et al, Espiritualidade, religiosidade e saúde: Velhos Debates, Novas Perspectivas. *Interações - Cultura e Comunidade*, Belo Horizonte, Brasil, v.11 n.20, p. 85-97, jul./dez. 2016

TEIXEIRA, J.J.V. O significado da Intervenção Médica e da Fé Religiosa e de Saúde. São Paulo, 2003. **Dissertação de tese de doutorado**- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

TERRIN, Aldo Natale. **O Sagrado Off Limits**. Loyola 1998.

ZANCHI M.T; ZUGNO P.L, **Sociologia da Saúde** .Caxias do Sul,RS:Educs,2012

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO SBAME

Questionário Multicêntrico SBAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*) coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP),

1-Dados pessoais

sexo 1- Fem 2- Masc

Idade _____ anos

estado civil-

tem filhos ?

2- tempo de formado em medicina

3-Especialidade médica -

4- Leciona?

Sim

Não

5- Ambiente de trabalho que mais se dedica

a- Ambulatorio

b- Internação

c- emergência

6- **Qual é a sua renda familiar?**

1. 1 Até um salário mínimo

2. 1 a 3 salários mínimos

3. 4 a 7 salários mínimos

4. 8 a 12 salários mínimos

5. Mais de 12 salários mínimos

PRÁTICA CLÍNICA, O PACIENTE E A ESPIRITUALIDADE

7. **O que você entende por Espiritualidade?** (assinale uma ou mais)

1. Postura ética e humanística.

2. Busca de sentido e significado para a vida humana.

3. Crença e relação com Deus / Religiosidade.

4. Crença em algo transcendente à matéria.

5. Crença na existência da alma e na vida após a morte.

8. **Você relaciona o assunto “Saúde e Espiritualidade” com:** (assinale uma ou mais)

1. Humanização da Medicina.

2. Qualidade de vida.

3. Saúde total / holística.

4. Interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde.

5. Interferência do transcendente/imaterial na saúde.

6. Abordagem do viver e do morrer.

9. **Em geral, o quanto você acha que a religião/espiritualidade influencia na saúde de seus pacientes?**

1. Extremamente

2. Muito

3. Mais ou menos

4. Pouco

5. Muito pouco ou nada

10. **A influência da religião/espiritualidade na saúde geralmente é positiva ou negativa?**

1. Geralmente positiva

2. Geralmente negativa

3. Igualmente positiva e negativa

4. Não tem influência

11. Em sua opinião, com que intensidade a espiritualidade/religiosidade dos profissionais interfere no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-paciente?

1. Enorme intensidade
2. Grande intensidade
3. Moderada intensidade
4. Pequena intensidade
5. Não interfere

12. Você sente vontade de abordar o tema fé/espiritualidade com os pacientes?

1. Sim, raramente
2. Sim, frequentemente
3. Não

13. O quanto você se considera preparado para abordar aspectos religiosos/espirituais com seus pacientes?

1. Muitíssimo preparado
2. Muito preparado
3. Moderadamente preparado
4. Pouco preparado
5. Nada preparado
6. Não se aplica

14. O quanto você acha pertinente tal abordagem?

1. Muitíssimo pertinente
2. Muito pertinente
3. Moderadamente pertinente
4. Pouco pertinente
5. Nada pertinente

15. Quando é apropriado para o profissional rezar com seu paciente?

- Nunca
- Somente se o paciente solicitar
- Sempre que o médico achar que é apropriado

16. Você alguma vez já perguntou sobre a religião/espiritualidade dos seus pacientes?

1. Sim (Se Sim, responder questões 16a e 16b)
2. Não
3. Não se aplica, eu não vejo pacientes

16a. Com que frequência você pergunta?

1. Raramente
2. Algumas vezes
3. Comumente
4. Sempre

16b. Com que frequência os pacientes lhe parecem desconfortáveis quando são questionados sobre a religiosidade/espiritualidade?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas Vezes
4. Comumente
5. Sempre

17. Alguma das afirmações seguintes desencoraja você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes? (Marque todas que couberem)

1. Falta de conhecimento
2. Falta de treinamento
3. Falta de tempo
4. Desconforto com o tema
5. Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes
6. Conhecimento sobre religião não é relevante no tratamento médico
7. Não faz parte do meu trabalho
8. Medo de ofender os pacientes
9. Medo de que meus colegas não aprovem
10. Outros _____

18. Quais das ferramentas ou tratamentos espirituais você acha que poderiam ser recomendados para seus pacientes?

1. Reza/prece
2. Leitura religiosa
3. Água fluidificada/Água Energizada/Água Benta
4. Desobsessão/Exorcismo/"Descarrego"
5. Imposição de mãos/Reike/Passe/Johrei
6. Trabalhos de caridade em templos religiosos
7. Outros. Quais? _____

A FORMAÇÃO ACADÊMICA E O TEMA ESPIRITUALIDADE

19. Os docentes já abordaram temas sobre crenças religiosas ou espirituais nas atividades curriculares? (se nunca, prossiga para a questão 20)

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas Vezes
4. Comumente
5. Sempre

19a. Em qual ano ou semestre da graduação? _____ ano, ou _____ semestre.

20. A formação universitária fornece informações suficientes para que os acadêmicos consigam abordar as crenças religiosas ou espirituais dos pacientes?

1. Nem um pouco
2. Um pouco
3. Mais ou menos
4. Bastante
5. Muitíssimo
6. Não tenho opinião formada

21. O acadêmico deve ser preparado, durante a faculdade, para abordar a espiritualidade com os pacientes?

1. Nem um pouco
2. Um pouco
3. Mais ou menos
4. Bastante
5. Muitíssimo
6. Não tenho opinião formada

22. Você já participou de alguma atividade de formação sobre a relação "Saúde e Espiritualidade"?

1. Sim
2. Não, mas gostaria de participar.
3. Não e não gostaria de participar

23. Você acredita que temas relacionados à “Saúde e Espiritualidade” deveriam fazer parte dos currículos dos o profissionais de saúde?

1. Sim
2. Não

24. Como deveriam ser abordados os conteúdos relacionados à “Saúde e Espiritualidade” nos cursos de saúde?

1. Disciplina obrigatória específica.
2. Disciplina optativa específica.
3. Dentro das atuais disciplinas.
4. Através de cursos, eventos e estágios.
5. Não se aplica.

25. De que forma você busca conhecimento sobre temas de saúde e espiritualidade? (assinale uma ou mais)

1. Eu não busco conhecimentos sobre o tema
2. Assisto palestras que abordam o tema
3. Leio livros que abordam o tema
4. Leio artigos científicos que abordam o tema
5. Procuro ensinamento sobre o tema através dos docentes de minha faculdade
6. Procuro ensinamento sobre o tema dentro da minha própria religião

26. Após sua entrada para a faculdade/curso de formação, suas crenças ou condutas em relação à religiosidade/espiritualidade se modificaram?

1. Sim
2. Não

27. Esta mudança estaria melhor enquadrada em qual categoria? (assinale uma ou mais)

1. Mudança de religião/ prática espiritual
2. Maior assiduidade em práticas religiosas ou espirituais
3. Menor assiduidade em práticas religiosas ou espirituais
4. Maior interesse religioso ou espiritual
5. Menor interesse religioso ou espiritual
6. Não se aplica

28. Você acredita que a faculdade tenha contribuído diretamente com essas mudanças? (Se sim, preencha a questão 28a)

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica

28a. Se sim, por qual motivo?

DIMENSÃO DE RELIGIOSIDADE

29. Das alternativas, aquela que melhor descreve sua afiliação religiosa é?

1. Nenhuma, mas acredito em Deus
2. Nenhuma e não acredito em Deus
3. Evangélico/Protestante
4. Budista
5. Hindu
6. Judeu
7. Espírita
8. Muçulmano
9. Protestante
10. Católico Apostólico Romano
11. Umbandista
12. Espiritualista
13. Outros (favor especificar): _____

30. O quanto você se considera uma pessoa religiosa? Você diria que é . . .

1. Muito religioso
2. Moderadamente religioso
3. Pouco religioso
4. Não religioso

31. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana.
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

32. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas, individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

33. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito):

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

34. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda minha maneira de viver:

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

35. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida:

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

36. Você acredita em Deus?

1. Sim
2. Não
3. Sem opinião formada

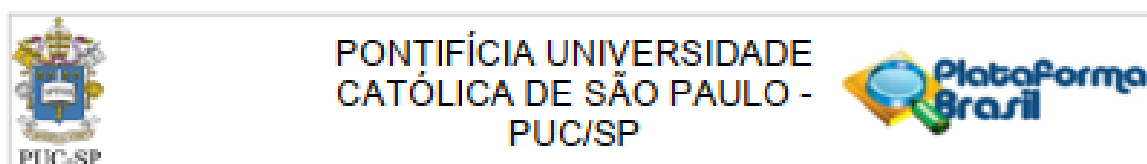
37. Você acredita que apesar da morte do corpo, a alma/espírito ainda preserva-se viva?

1. Sim
2. Não
3. Sem opinião formada.

38. A sua espiritualidade/religião modifica a forma com que você cuida dos seus pacientes?

1. Sim
2. Não

ANEXO B – PARECER COLEGIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.455.093

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Constrangimento em não saber responder às questões solicitadas;
- Insegurança de falar da sua prática pedagógica.

Benefícios:

- Refletir sobre seus conhecimentos e sua prática pedagógica;
- Interagir com outros professores;
- Troca de experiências e de conhecimentos;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A lista de documentos obrigatórios necessários a análise e revisão ética de seu projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP campus Monte Alegre (CEP-PUC/SP) é a seguinte:

1. Folha de Rosto - OK;

STATUS = APROVADO

-
2. TCLE - OK;

STATUS = APROVADO

-
3. Ofício de Apresentação - OK;

STATUS = APROVADO

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63 C			
Bairro: Perdizes	CEP: 05.015-001		
UF: SP	Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466	E-mail: cometica@pucsp.br	



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.455.003

4. Projeto de Pesquisa - OK;

STATUS = APROVADO

5. Autorização para realização da Pesquisa - OK;

STATUS = APROVADO

6. Parecer de mérito acadêmico - OK;

STATUS = APROVADO

Esta lista está disponível no site: www.pucsp.br/cometica/documentos-obrigatorios

Observação: aconselhamos que antes de qualquer procedimento de submissão na Plataforma Brasil, seja consultado o referido site, onde há vídeos tutoriais indicando o correto processo de submissão do projeto de pesquisa de acordo com as orientações do CEP-PUC/SP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP, aprova integralmente o parecer oferecido pelo(a) relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1516784.pdf	10/10/2020 16:45:02		Acelto
Parecer Anterior	parecered.docx	10/10/2020 16:44:34	GINA CORSI	Acelto
Folha de Rosto	rosto.pdf	26/09/2020 22:17:44	GINA CORSI	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	26/09/2020 22:04:24	GINA CORSI	Acelto
Outros	oficio.docx	26/09/2020 16:55:25	GINA CORSI	Acelto

Endereço: Rua Ministro Godoi, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 4.455.003

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/07/2020 14:12:23	GINA CORSI	Acelto
---	-----------	------------------------	------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 10 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Antonio José Romero Valverde
(Coordenador(a))

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Gina Corsi

Endereço: ~~Av~~ Sargento Geraldo Santana 240 apto 184º cep 04674-225

Fone: (11) 98074-2023 E-mail: gn.corsi@gmail.com

Meu nome é Gina Corsi, sou doutoranda em Ciência da Religião pela PUC -SP e trabalho com o tema religião e medicina, nas concepções de médicos(as). Minha proposta de pesquisa é buscar maiores informações sobre a relação atual entre medicina e religião ~~entrando em contato com médicos e pedindo para que participem da mesma através de questionário on line.~~ Meu objetivo é investigar como as crenças religiosas do médico ~~interferem~~ na prática clínica. O estudo é relevante para a compreensão da visão do médico(a) e de suas experiências religiosas na prática da medicina e questiona o interesse dos médicos em dialogar com a Ciências da Religião e ter uma disciplina acadêmica na graduação com o tema religião.

Faço meu convite para sua contribuição com a pesquisa, pois com isso posso ter mais informações, que com certeza podem me ajudar na análise do meu objeto de pesquisa. Sua participação será através de um questionário ~~on line~~, Questionário Multicêntrico SEBRAME (~~Spirituality and Brazilian Medical Education~~), criado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e modificado para atender os objetivos desta pesquisa. Meu papel no desenvolvimento de pesquisas é contribuir para a divulgação da área da Ciência da Religião na área médica.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido.

Esta pesquisa foi apreciada e revisada nos aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP Monte Alegre. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão que faz parte do Sistema CEP/CONEP vinculado ao Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil. Tem como principal finalidade resguardar os direitos dos voluntários/participantes de pesquisas, orientando os pesquisadores no que diz respeito as normas éticas vigentes e se colocando a disposição para esclarecer eventuais dúvidas por parte de voluntários de pesquisa e pesquisadores.

Irei tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada por mim e a outra será fornecida a(o) Sr. (a). Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, assumirei a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, nascido (a) em ____/____/_____,
residente _____ no _____ endereço
_____, na cidade de _____

_____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo Medicina e Religião: a presença da crença religiosa na prática clínica, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CIDADE/ESTADO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
 Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP Monte Alegre
 Rua Monte Alegre, 984, Perdizes - São Paulo- SP
 CEP: 05015-001 - Tel. (11) 3670-8466
 E-mail: cometica@pucsp.br - Atendimento de 2ª a 6ªfeira das 9h às 18h