



## Crenças: Encontro da Formação Médica com a Assistência

### Beliefs: The Meeting of Medical Training and Assistance

Anderson Nunes Pinto<sup>1</sup>  
Eliane Brígida Moraes Falcão<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** Este artigo relata pesquisa realizada em um hospital público universitário do Rio de Janeiro. A partir da compreensão do ser humano como ser biopsicossocial, abre-se espaço para a investigação de componentes culturais que podem influenciar as pessoas em suas formas de enfrentamento da doença. Foram investigadas as percepções de um grupo de médicos em relação à presença de crenças religiosas de seus pacientes, bem como a inclusão do tema na formação médica. A pesquisa destaca a presença de característica cultural de certos grupos de indivíduos: crença em algo que transcende a realidade natural e que pode assumir variadas formas. **Métodos:** Foram entrevistados 41 médicos mediante entrevistas semiestruturadas orientadas por questões abertas abordando opiniões, condutas e atitudes com relação às crenças religiosas e espirituais e o seu papel no contexto assistencial. Utilizou-se como base teórica a Teoria das Representações Sociais de Moscovici e como abordagem metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** Os discursos revelaram a percepção do grupo investigado de que não houve nenhum preparo na formação médica para responder às demandas provocadas pelo tema, mas a experiência na assistência os conduziram à percepção de que crenças compõem o perfil de muitos pacientes e que estas podem ser relevantes no trabalho médico. Atividades educativas e consulta à literatura científica já produzida sobre esse tema não fizeram parte da formação. O encontro com a realidade tem sido feita com base no “bom senso” do profissional médico a partir de experiências pessoais e profissionais. **Conclusão:** Os discursos mostram que responder às demandas provocadas pelas crenças tem sido feito com dificuldades na prática médica, mesmo trabalhando em um hospital universitário que produz pesquisas e estimula constantemente a atualização científica. Na ausência de suporte conceitual qualificado para a prática médica, os sujeitos esforçam-se para aprender nas trocas profissionais e por iniciativas de estudos próprios. Trata-se, assim, de uma questão que demanda resposta apropriada no contexto da formação médica.

#### PALAVRAS-CHAVE:

- Percepção.
- Religião.
- Espiritualidade.
- Assistência Médica.
- Educação Médica.

## KEY-WORDS:

- Perception.
- Religion.
- Spirituality.
- Health Care.
- Medical Education.

## ABSTRACT

**Introduction:** This article reports research on a conducted at a public university hospital in Rio de Janeiro. We understand the human being as a biopsychosocial being. Thus, there is opportunity to investigate cultural components that can influence people when they are coping diseases. The perceptions of a group of physicians regarding their patients's religious beliefs, as well as the inclusion of the subject in medical training were investigated. The research highlights the presence of cultural characteristics of some groups of people, such as believing in something that transcends the natural reality and that can take many forms. **Methods:** A total of 41 physicians were interviewed through semi-structured, open-ended interviews addressing opinions, behaviors, and attitudes regarding religious and spiritual beliefs and their role in the care context. The Theory of Social Representations of Moscovici as the theoretical base and the Collective Subject Discourse (DSC) as the methodological approach. **Results:** The discourses revealed of the investigated group's perception that there was no training in medical education to deal with the topic. On the other hand, experience in care led them to the perception that beliefs make up the profile of many patients, and these may be relevant in medical work. Educational activities and consultation of the scientific literature previously produced on this topic were not part of the training. The encounter with reality has been carried out based on "good sense" of the medical professional based on personal and professional experiences. **Conclusion:** The discourses show that dealing with patients' beliefs has been carried out with difficulties in medical practice, even when working in a university hospital that produces research and constantly encourages scientific updates. In the absence of qualified conceptual support for the medical practice, the individuals strive to learn through professional exchanges and through their own study initiatives. It is, therefore, an issue that demands an appropriate response in the context of medical training.

Recebido em 20/8/19

Aceito em 25/9/19

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é apresentar resultados de pesquisa sobre as percepções dos médicos de um hospital público universitário do Rio de Janeiro em relação à presença de crenças religiosas de seus pacientes e sua inclusão na formação médica.

Definições de termos relacionados às crenças religiosas e espirituais são complexas e numerosas, o que torna necessário, neste artigo, definir e diferenciar três termos: religião, religiosidade e espiritualidade. Para Rudolf Otto<sup>1</sup> e Mircea Eliade<sup>2</sup> a essência do fenômeno religioso é o sagrado (ou numinoso) que se refere à experiência descrita como algo maior, para além de si mesmo percebido como distinto de tudo o que existe e, ao mesmo tempo, presente na vida, tendo tanto um aspecto fascinante quanto temível. Geertz<sup>3</sup> e Berger<sup>4</sup> concordam que a religião é um sistema de símbolos que exerce para os que a ela aderem uma ordenação da realidade em defesa do terror da anomia, fundamentado em uma realidade transcendente, proporcionando um lugar simbólico para o sofrimento e a morte. Os termos "religiosidade" e "espiritualidade", apesar de correlacionados, não são sinônimos: a religiosidade pode ser entendida como a adesão a práticas e crenças frequentemente associadas a uma religião institucionalizada, enquanto a espiritualidade se refere à relação estabelecida com valores transcendentais, podendo ou não estar associada à crença em um poder superior<sup>5,6,7,8</sup>. Não obstante, os termos religião, religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e a tendência a polarizá-los não é considerada frutífera para a pesquisa científica<sup>9</sup>. No contexto deste artigo, destacamos a presença de uma característica cultural de certos grupos de indivíduos: crença em algo que transcende a realidade natural e que pode assumir variadas formas.

A associação entre religiosidade, espiritualidade e saúde possui raízes

histórico-culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e ainda influenciam as culturas, enquanto os progressos da pesquisa científica relacionados à medicina referem-se a períodos mais recentes da história da humanidade. Nos tempos medievais, por exemplo, as autoridades religiosas eram as responsáveis pelas licenças para a prática da medicina<sup>10</sup>. Foi no interior da cultura moderna, por meio do processo de secularização, que se reconheceu a autonomia dos diversos segmentos da vida individual e social e, assim, a saúde deixou de passar pelo crivo religioso<sup>11</sup>. Some-se a isso que, no final do século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica, nasce a medicina moderna<sup>12</sup>, e, desde então, o discurso médico-científico tem se caracterizado pela busca da neutralidade e da objetividade, com pouco apreço aos aspectos culturais presentes no relacionamento com os pacientes<sup>13</sup>. Nesse contexto, a medicina ocidental tem negligenciado o estudo dos aspectos psicossociais e culturais, destacadamente a religiosidade e a espiritualidade, como fatores culturais presentes na experiência de grupos humanos e que podem afetar seus processos de saúde-doença<sup>14</sup>.

Entretanto, ao longo do século XX as ciências sociais e humanas, como a sociologia, a antropologia e a psicologia, alcançaram grande desenvolvimento, colocando em foco diversos aspectos das culturas humanas. A compreensão do ser humano como ser biopsicossocial abriu espaço para a investigação de componentes culturais que podem influenciar pessoas em suas formas de enfrentamento da doença. Diante disso, a reflexão sobre a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde torna-se relevante, sendo publicados diversos estudos epidemiológicos em periódicos de alto impacto na literatura médica sobre a possível influência das crenças na saúde dos pacientes<sup>15,16</sup>. Dentre as pesquisas realizadas mais

recentemente, várias sugerem que as crenças e as práticas religiosas, quando presentes no perfil cultural dos pacientes, podem estar associadas com melhor enfrentamento de situações de alto estresse e conquista de bem-estar. Entre elas, encontram-se maior apoio social, menores índices de desordens emocionais e comportamentos adversos à saúde<sup>17, 18, 19, 20</sup>. Outras pesquisas mostram que, quando os médicos conhecem e valorizam o sistema de crenças dos pacientes conseguem a aderência do indivíduo, assim como com melhores resultados das intervenções<sup>21, 22, 23</sup>. Deve-se ressaltar, contudo, que essas pesquisas apontam para a importância das crenças religiosas e espirituais dos pacientes na medida em que elas expressam um componente cultural dos pacientes. Em havendo tais crenças, elas podem produzir os benefícios já descritos, mas não decorre desse fato que a religião ou a espiritualidade devam ser prescritivas a todos os pacientes, como se eles não pudessem obter os mesmos benefícios utilizando outros recursos de enfrentamento presentes igualmente na sua cultura.

Não obstante as mudanças referidas anteriormente pode-se dizer que no ensino médico ainda prevalece o modelo flexneriano, em que não há o reconhecimento da importância do tema religiosidade/espiritualidade<sup>24</sup>. O modelo flexneriano, francamente positivista e biologicista, considera a doença como um processo exclusivamente natural, em que as dimensões social e cultural estão excluídas a priori, conduzindo os programas educacionais médicos a uma visão reducionista do comportamento humano<sup>25</sup>. Assim sendo, constata-se entre os médicos pouco debate sobre tais aspectos no contexto acadêmico e assistencial<sup>26, 27, 28</sup>. Não surpreende, portanto, que, mesmo entre aqueles médicos que reconhecem a importância e o valor dos aspectos religiosos e espirituais dos pacientes, haja aqueles que se sintam inseguros sobre quando e como devem abordar tais aspectos e o que exatamente é importante saber<sup>29</sup>. Via de regra, a abordagem restringe-se a perguntar ao paciente, na anamnese, se ele tem uma religião e qual é, tal como se aprende na graduação, ou condicionada ao grau de religiosidade ou espiritualidade do médico<sup>30</sup>. Entretanto, uma visão mais integrada do comportamento humano tem avançado inclusive entre estudantes de medicina em que já existe demanda para ter um conhecimento mais amplo dos pacientes, o que inclui as crenças religiosas e espirituais e seus efeitos na saúde e na relação médico-paciente<sup>31</sup>. Essa demanda se junta a outras que indicam mudança no panorama da formação médica. Tanto no Brasil quanto no exterior, constatam-se em diferentes instituições de formação médica iniciativas para responder a tais demandas, com reformas em cursos de graduação que começam a incluir o tema em seus currículos a partir da década de 90<sup>32,33,34,35</sup>.

## METODOLOGIA

O interesse da pesquisa aqui relatada centrou-se na formação recebida por um grupo de médicos e docentes de uma universidade pública federal para responder às demandas provocadas pelas crenças religiosas dos pacientes. O objetivo da pesquisa foi investigar se, na formação dos médicos investigados, houve momentos em que o tema espiritualidade / religiosidade como possível característica cultural de pacientes tivesse sido abordada. A seguir, apresenta-se a metodologia usada.

A *Teoria das Representações Sociais* faz parte de um amplo espectro teórico e metodológico que compõe o campo da Educação em Ciências e Saúde e tem recebido crescente atenção por parte dos pesquisadores. No Brasil, aproximadamente a partir do final da década de 1980, houve uma multiplicação de pesquisas em educação que se utilizavam das

representações sociais como perspectiva de estudo<sup>36, 37</sup>. Essa teoria é uma útil ferramenta de análise para a consecução dos objetivos desta pesquisa na medida em que possibilita a compreensão do universo consensual vivido pelos sujeitos em contraste com o universo reificado próprio do ambiente universitário em que os sujeitos foram formados e atuam. No caso desta pesquisa, possibilita a compreensão dos valores, das ideias e das práticas presentes no grupo de médicos clínicos de um hospital público universitário no que concerne às crenças religiosas e espirituais. Os valores, as ideias e as práticas são expressos por meio dos discursos proferidos pelos sujeitos.

Moscovici (2011, p.21)<sup>38</sup> define as representações sociais como

*[...] um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, segundo, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social.*

Assim, as representações sociais devem ser vistas como uma “atmosfera” com relação ao indivíduo ou grupo e como uma maneira específica de um grupo compreender e comunicar o que sabe. Trata-se do universo consensual em que a sociedade possui uma voz humana em contraste com o universo reificado, que é o espaço próprio das ciências. Por isso, o universo consensual é o espaço do conhecido e do familiar, e o universo reificado é o do imparcial e do submisso. Para ele, na sociedade moderna os conhecimentos provenientes dos universos reificados da ciência expõem os limites dos conhecimentos derivados dos universos consensuais do senso comum e com isso geram a sensação de estranhamento e de não familiarização nos grupos sociais envolvidos com as mudanças<sup>39</sup>.

Baseada na Teoria das Representações Sociais, a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) visa obter descrições de pensamentos, crenças e valores em escala coletiva, partindo-se do pressuposto de que é possível produzir algum tipo de soma de discursos. Para tanto, é preciso fazer perguntas abertas para o conjunto de indivíduos que de alguma forma compõem essa coletividade e deixar que eles se expressem o mais livremente possível. Os DSCs são confeccionados usando-se as expressões-chave, isto é, pedaços, trechos ou transcrições literais das respostas dos investigados que revelam a essência do depoimento individual. Essas expressões-chave são analisadas e agrupadas por semelhança. Cada conjunto de expressões-chave semelhantes é nomeado por uma ideia central que expressa o seu sentido básico. O DSC é, enfim, um discurso-síntese redigido na primeira pessoa e composto pelas expressões-chaves que têm a mesma ideia central que visa explicitar uma dada representação social<sup>40</sup>.

A coleta de dados foi feita com 41 médicos mediante entrevistas semiestruturadas orientadas por questões abertas abordando opiniões, condutas e atitudes com relação às crenças religiosas e espirituais e o seu papel no contexto assistencial. Foram feitas aos sujeitos as seguintes perguntas:

- Você recebeu estímulo ou preparo para abordar assuntos relacionados à religião/espiritualidade na assistência médica? Como foi?
- Fora da sua formação médica, você encontrou ou encontra apoio (s) para abordar esses assuntos? Qual(is)?
- Você se sente bem preparado para lidar com esses assuntos? O que

ajudaria você a estar mais bem preparado(a)?

- Você já tomou conhecimento de pesquisas sobre a abordagem médica das crenças religiosas / espirituais? Quais? De que modo?

Coletaram-se dados sobre o perfil religioso investigando a religião, o grau de adesão às doutrinas e às práticas da sua religião, a existência de crenças religiosas/espirituais independentemente de adesão a uma religião, se e como as crenças influenciam as atitudes e as decisões no exercício da medicina. Também foram coletados dados sobre o perfil sociodemográfico: sexo, idade e escolaridade.

Os sujeitos foram estimulados a discursar o mais livremente possível a partir de questões relacionadas ao objetivo do trabalho. Os dados foram gravados com o auxílio de um gravador de áudio, transcritos e posteriormente analisados. A frequência de expressões-chave encontradas para cada ideia central no grupo investigado está apresentada por meio de porcentagem. Esse procedimento contribui como mais um elemento de compreensão da adesão a cada ideia central.

A pesquisa foi realizada em um hospital público universitário situado na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa foram médicos do Serviço de Clínica Médica do referido hospital. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (nº Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 43606015.1.0000.5286. Parecer nº 1.101.462).

Tabela 1

Perfil religioso dos sujeitos entrevistados

Sujeitos	n
Católicos	14
Espíritas	8
Evangélicos	2
Crença em Deus (sem religião)	11
Ateus	3
Agnósticos	3
Total	41

Fonte: Elaborada pelos autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistaram-se 41 médicos, tanto professores, quanto médicos do staff e residentes, de ambos os sexos e na faixa etária entre 25 e 62 anos. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos. A maioria dos sujeitos declarou ter religião. O grupo dos que declararam não possuir religião não exclui, no caso deles, a crença em Deus ou qualquer outra de natureza religiosa ou espiritual. Um pequeno grupo se declarou ateu ou agnóstico. O perfil religioso dos sujeitos é mostrado na Tabela 1.

Elaboraram-se sete DSCs. As respostas não foram mutuamente excludentes. Doravante, o termo “crenças” se refere tanto às crenças religiosas quanto às espirituais e não a outros tipos de crença. Os discursos serão apresentados de forma editada para os fins deste artigo. A adesão aos discursos de acordo com o perfil religioso e a faixa etária dos sujeitos é mostrada na Tabela 2.

**DSC 1: “Eu recebi pouca ou nenhuma preparação acadêmica para abordar as crenças dos pacientes” (n = 39/95%)**

*Não tem discussão sobre espiritualidade no nosso meio. Não recebi estímulo nenhum, é um assunto muito negligenciado. Nos meus seis anos de currículo médico não aprendi sobre isso, nem do ponto de vista legal nem do ponto de vista emocional. Não é uma questão de a faculdade estimular isso. Eu percebo que é um assunto tabu no meio acadêmico, que não circula. Nunca tive uma aula sobre como abordar as crenças. Talvez dentro das disciplinas, um tópico, nada aprofundado, mas pontual e rápido. Acho que na disciplina de Psicologia Médica teve um pouquinho. Na matéria de anamnese em Propedêutica foi citado sem ir mais a fundo, sem discussão. Mesmo nas aulas de Semiologia isso tinha uma importância muito menor com relação a todo resto. Não sei se o pessoal da Medicina Legal falou alguma coisa. Com relação a assunto de ética sim, mas, especificamente com relação à religião, não. Nunca foi algo muito claro, específico. Tem que melhorar principalmente na graduação. Eu não fui treinado pra isso e, por vezes, é um assunto delicado. Eu deveria ter sido mais bem preparado, com certeza. Devia ter uma formação e uma unidade melhor nesse sentido pra lidar com algum grau de padronização do processo de abordagem. Se de alguma maneira o tema fosse colocado mais na base, mais debatido, de uma*

Tabela 2

Adesão aos discursos de acordo com a religião

Perfil religioso	Discurso do Sujeito Coletivo						
	DSC 1	DSC 2	DSC 3	DSC 4	DSC 5	DSC 6	DSC 7
Católicos	13	11	8	6	7	1	3
Espíritas	8	3	4	5	2	4	2
Evangélicos	2	0	2	2	1	1	0
Crença em Deus (sem religião)	10	6	3	3	4	3	2
Ateus	3	2	1	1	1	0	1
Agnósticos	3	0	2	2	0	0	1
Total	39	22	20	19	15	9	9

Fonte: Elaborada pelos autores.

*forma mais franca e coletiva, ajudaria a abordar e conduzir a conduta terapêutica.*

O DSC 1 mostra que os sujeitos não consideram ter recebido preparo ou estímulo para a abordagem das crenças religiosas/espirituais dos pacientes no contexto da formação médica, especialmente na graduação. Nesse discurso, há tanto o reconhecimento dos sujeitos de que a academia deve preparar para a abordagem das crenças religiosas como a constatação de que ela não o fez. Chama a atenção o fato de que houve plena adesão a esse discurso, o que mostra uma demanda presente no grupo pesquisado. Esse dado vai ao encontro do que diz a literatura, como apontado anteriormente, sobre a ausência do tema nos currículos médicos e a pouca importância dada a ele no contexto acadêmico.

**DSC 2: “Eu aprendo a abordar as crenças dos pacientes na prática médica” (n = 22/54%)**

*Eu acho que abordar as crenças faz parte da nossa prática, a gente discute isso no dia a dia, quando vou sendo exposto a situações e aprendendo a lidar, tendo que pensar e refletir sobre essas coisas. O que impacta mesmo é aquilo que vejo na enfermagem, no ambulatório. O médico ele não se forma só na faculdade, ele tem os modelos de vida, a bagagem que ele tem. Aprendo pelas condutas dos meus pares. Também com as conversas no corredor, troco ideias: “E aí, como é que eu falo com o paciente? Como é que eu abordo?”. Ter interação com os colegas pode me ajudar a me estruturar nesse sentido. Até porque eu vou me identificando com eles. Quando eu era residente, eu ouvia umas dicas. O meu chefe da enfermagem discute bastante isso, ele é voltado pra essa parte espiritual. Às vezes a pessoa falou uma frase, que eu guardo e uso. Não tem regra nem fórmula mágica: cada paciente diante de mim é um desafio diferente. Todo dia tem uma dificuldade nova e aprendo com o doente. Às vezes vou acertar ou errar, falar o que é o certo ou não. Posso falar mais ou menos, perceber mal a situação ou ter um insight. Também posso abordar o assunto de novo com o doente. A preparação depende da experiência: com o tempo eu passei a abordar de forma melhor e não cometer alguns erros.*

O DSC 2, embora semelhante ao DSC 1 no sentido de afirmar o não preparo, mostra a percepção dos sujeitos de que a abordagem das crenças religiosas/espirituais se impõe pela realidade do atendimento médico e, diante dessa imposição, recorre-se ao que é possível: troca com colegas, por meio de observações e conversas. O contato direto com as situações do cotidiano assistencial pressiona a reflexão sobre o assunto. Ressalta-se que se aprende nas interações com os próprios pares e na reprodução de comportamentos de colegas. A faculdade não é reconhecida como lugar da aprendizagem sobre a abordagem das crenças religiosas.

**DSC 3: “Eu me considero pouco ou nada preparado para responder às demandas provocadas pelas crenças dos pacientes” (n = 20/49%)**

*Eu me considero despreparado. Como abordar, como conversar sobre essas coisas, até onde ir, até onde não ir... É difícil pra todo mundo, mais difícil do que fazer um diagnóstico. Eu não tenho uma metodologia clara pra poder fazer isso e nem consigo enxergar direito o porquê de estar fazendo isso... O Código de Ética*

*Médica diz que o médico tem que salvar o paciente em situação de iminência de morte, mas se o paciente viver a vida religiosa foi destruída... Não sei se é melhor ou é pior... Nesse momento a minha tendência de fugir do tema vem à tona. O ser humano é sempre imprevisível e eu nunca sei como ele vai reagir. Acho que eu nunca vou estar bem preparado. Eu não consigo explorar essa questão de olhar para o paciente e dizer: “Eu não tenho mais o que fazer”. Tecnicamente eu não sei muito como ajudar o paciente se não for pelo lado da fé. Se eu fosse lançado diante de um grande desafio, não sei se eu lidaria bem, ficaria enrolada.*

Como outra face da mesma constatação expressa no DSC 1, o DSC 3 revela a percepção do despreparo dos médicos para responder às demandas provocadas pelo tema. Expressa o quanto consideram difícil fazê-lo por conta da percepção da dificuldade inerente à tarefa e da desorientação sobre como fazer. Expressa hesitações e impasses diante de situações específicas, como decidir entre levar adiante o tratamento ou interrompê-lo em respeito às posições religiosas dos pacientes.

**DSC 4: “Eu penso que estudar sobre as crenças ajuda no exercício da medicina” (n = 19/46%)**

*Estou sempre estudando as religiões as mais diferentes. Talvez o que eu tenha de preparo específico seja tentar querer entender outras religiões pra ter uma facilidade de conversar. Foram questões muito pessoais minhas, de querer compreender. Eu faço um pouco além do que aprendi na faculdade. Sei que existem trabalhos que mostram isso: quando se envolve a religiosidade do paciente, ele responde melhor, enfrenta melhor a situação de doença ou até mesmo a morte. Fui a palestras relacionadas à parte espiritual, participei de congressos específicos de medicina e espiritualidade. Tem um teólogo eu vou aos cursos que ele faz. Também participei de uma Liga de Medicina e Espiritualidade, que é fora do oficial da faculdade. Eu acho que se tivesse talvez um curso sobre religião e saúde, que abordasse todas as religiões, seria uma coisa superinteressante. Estaria mais bem preparado se conhecesse melhor as outras religiões, saber em que ponto elas têm uma intercessão ou são discordantes. Até pra poder conversar com o paciente melhor sobre o que da religião interfere no tratamento dele e que eu poderia argumentar de uma forma mais embasada pra ganhá-lo para o tratamento. Acho importante tentar entender aquilo que o paciente está pensando pra poder orientar, aconselhar... Você não entende completamente o paciente se você não entende um pouco disso.*

O DSC 4 ressalta as iniciativas pessoais dos médicos para que possam se habilitar a responder às demandas provocadas pelo assunto. Trata-se de iniciativas individuais diante das pressões sofridas no exercício profissional: buscaram palestras, eventos, cursos e leituras. Há nesse discurso reconhecimento da importância do estudo das crenças tanto como parte integrante da complexidade humana como das possíveis repercussões no trabalho médico e na saúde dos pacientes. O discurso expressa uma atitude proativa de compensação de carências na formação profissional pela busca de preparo para um melhor atendimento.

**DSC 5: “Eu penso que as crenças podem ser um tabu na formação médica” (n = 15/37%)**



*A gente percebe que é um assunto tabu no meio acadêmico. Poderia haver na faculdade uma aula sobre isso? Não sei... Nem se haveria espaço na Faculdade de Medicina para fazer isso. Esse é um assunto que não circula, considerado de menor importância. Eu acho que talvez haja até um preconceito na faculdade, que traz muito a questão da diversidade racial, étnica, de orientação sexual e de gênero, mas a questão religiosa fica realmente à parte. Ao mesmo tempo, há alunos que não acham isso sequer importante. Eu não sei como seria a aceitação dos alunos com relação a isso. Não sei se isso deveria ser uma obrigatoriedade para todos. Conversar sobre religião é difícil por que sempre são assuntos que tocam muito fundo nas pessoas... Como conversar sobre política, as pessoas acabam se dividindo. A diversidade de crenças é muito grande e a forma como cada um encara isso. Sinto falta de entender como seria abordado na graduação hoje. Teria que mudar muito a linha. Acho que a gente nunca pode ter certeza sobre esse assunto. São compreensões muito profundas...*

O DSC 5 expressa a percepção da dificuldade em se abordar o tema no contexto de formação médica. Expressa a percepção de que a Faculdade de Medicina não é receptiva ao tema das crenças, ainda que seja receptiva a outros temas igualmente controversos, como a diversidade sexual e racial, que estão presentes nas aulas e no ambiente acadêmico. Reflete dúvidas sobre o modo como o tema das crenças poderia ser abordado tendo em vista a sua aceitação no contexto da formação médica. Essa dúvida expressa estranheza e distância em relação ao tema e traz desafios ao ambiente de formação médica.

**DSC 6 – “Eu encontro apoio para responder às demandas provocadas pelas crenças dos pacientes na minha formação religiosa” (n = 9/22%)**

*O que me influencia é a minha própria religião, a minha bagagem espiritual. Eu tive uma educação religiosa. Eu tenho crenças e ensinamentos que aplico na minha profissão. O ambiente religioso me ajudou a conhecer melhor a religião, a religiosidade e entender o que isso representa para determinadas pessoas. Quando eu compreendo, enxergo, vivencio um pouco da religião, acabo tendo mais empatia pelo paciente quando ele me fala de religião. Acabo compreendendo melhor o que está querendo dizer. Acho que por isso hoje eu sou mais sensível pra esse lado do paciente, o que facilita formar vínculo com ele, melhora a sua adesão ao tratamento e é uma forma de explorar a sua resiliência. Também recebo apoio nas diferentes crenças religiosas dos pacientes, além de ter tido contato com teólogos que trabalham em hospitais. Eu acho que tem muita coisa que a gente não sabe, não conhece, o mundo não termina aqui...*

Esse DSC permite pensar que a omissão da instituição acadêmica na preparação para responder às demandas provocadas pelas crenças no contexto assistencial abre caminho para que instituições religiosas o façam na medida em que o estudante de medicina ou o médico religioso as busque com esse propósito. Esse comportamento pode trazer riscos ao princípio da laicidade e à devida separação entre fé e ciência na formação médica.

**DSC 7: “Eu estou preparado para abordar as crenças dos pacientes” (n = 9/22%)**

*Eu respeito qualquer tipo de religião e qualquer tipo de crença. E não vejo como isso pode ser um problema na consulta. Nunca me deparei com um problema com relação a isso. Se eu chegasse à conclusão de que a religião estaria criando algum impasse ou benefícios, o próprio paciente me ensinaria sobre a religião dele, esse conhecimento a mais o paciente me daria, se eu necessitasse dele. Eu nunca percebi que houvesse uma lacuna nos meus conhecimentos que pudesse influir ou ajudar no tratamento. Não sinto falta de nada. Não me lembro de nenhum momento em que tenha me sentido enrustado e pensado “se eu tivesse aprendido isso melhor teria sido bom”. Se eu me deparasse com uma demanda do paciente sobre religiosidade acho que conseguiria lidar com isso de uma maneira razoável. Dá pra resolver bem, nunca tive dificuldade maior em abordar.*

O DSC 7 expressa tanto reconhecimento da possibilidade de crenças religiosas entre os pacientes, como a percepção dos que se veem aptos a abordá-las. Não há nesse discurso demanda de aprendizagem sobre o assunto. As crenças não constituem para eles uma questão especialmente problemática na relação médico-paciente. Nota-se, contudo, que não fazem nenhuma referência às atividades e aos estudos realizados na faculdade.

Esse conjunto de discursos revela a representação do grupo investigado quanto à formação recebida para responder às demandas provocadas pelas crenças de seus pacientes. Os diferentes discursos revelam aspectos da percepção que os médicos investigados têm com relação a esse preparo. O DSC 1, de maior adesão, tanto expõe o reconhecimento de ausência desse tema na sua formação quanto constata, por meio da experiência na assistência, os componentes limitantes dessa ausência. Os DSCs 2, 3, 4, 5 e 6 detalham a compreensão dos investigados para a sua constatação da ausência do estudo e da importância encontrada na assistência. O DSC 7 reconhece a importância das crenças e expressa o desembaraço de alguns com o tema, mas não estabelece relação com sua formação de médico.

## CONCLUSÃO

Considerando a tradição do ensino médico, os resultados da pesquisa são compreensíveis: não se prepara os profissionais sobre questões relacionadas às crenças religiosas/espirituais dos pacientes nem se dá atenção a elas. Pode-se pensar no modelo de ensino flexneriano hegemônico, com ênfase na reprodução de modelos e no especialismo, limitando a compreensão de uma visão mais completa da realidade dos pacientes e do processo saúde-doença. Os dados analisados indicam que o tema crenças religiosas e espirituais preocupa os médicos investigados. Prevalece entre os médicos a constatação de dificuldades vividas por causa das lacunas de atividades educativas direcionadas para esse fim em sua formação.

Conclui-se, nesta pesquisa, que há clara demanda de aprendizagem provocada pelo contato direto com as crenças dos pacientes no contexto assistencial. Na prática médica dos sujeitos surgiram questões como:

- O que fazer com as crenças dos pacientes quando entram em choque com a visão científica ou com a ética médica?
- Ou quando são contrárias às suas próprias crenças, ou com o seu ateísmo, ou o seu agnosticismo?

Percebe-se um conjunto de inquietações pessoais que demandam acolhimento, reflexão e discussão sobre o assunto tendo em vista um melhor preparo profissional. A assistência conduziu à percepção de que

as crenças compõem o perfil de muitos pacientes, que elas podem ser relevantes na assistência médica e que não foram oferecidos aos futuros profissionais recursos na formação médica para abordá-las.

Em resumo, os discursos expressam as diferentes faces que caracterizam a representação social do grupo investigado sobre a sua própria formação para abordar as crenças no exercício profissional. No discurso de maior adesão dos investigados, sobressai a constatação de que não houve nenhum preparo na formação médica para responder às demandas provocadas pelo tema. De acordo com os discursos, esse quadro não muda após a graduação, apesar de trabalharem em um hospital universitário que produz pesquisas e estimula constantemente a atualização científica. Os discursos mostram que responder às demandas provocadas pelas crenças dos pacientes tem sido feito com dificuldades na prática médica, e isso permanece depois de formados. Para os sujeitos pesquisados, houve silenciamento sobre o assunto que acarretou prejuízos à formação médica. Cabe ressaltar que isto se deu independentemente da adesão ou não a crenças dos sujeitos.

Na ausência de uma preparação acadêmica sistematizada e com conteúdo teórico específico, esforçam-se para aprender nas trocas profissionais e por iniciativas de algum estudo próprio. Buscam compensar o não aprendido durante a formação médica em alguma medida, e a própria religião dos médicos aparece como uma alternativa de aprendizagem. Como se trata de uma busca individual e não necessariamente orientada para questões relativas ao trabalho médico, não se pode assegurar que aí seja encontrado um suporte conceitual qualificado para a prática médica. Trata-se, assim, de uma questão que demanda resposta apropriada no contexto da formação médica.

## REFERÊNCIAS

- Otto R. O sagrado. 4 ed. Petrópolis: Vozes; 2017.
- Eliade M. O sagrado e o profano: a essência das religiões. 3 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
- Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
- Berger P. O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulinas; 1985.
- Koenig HG. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM; 2012.
- Levin J. Deus, fé e saúde – explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Cultrix; 2011.
- Worthington Junior EL, Kurusu TA, McCullough ME. Empirical research on psychotherapeutic process and outcomes: a 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin* 1996; 119(3):448-87. [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/bul/119/3/448.pdf>.
- Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1992. 180(11):673-82. [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: [http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1992/11000/Toward\\_a\\_More\\_Culturally\\_Sensitive\\_DSM\\_IV\\_1.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1992/11000/Toward_a_More_Culturally_Sensitive_DSM_IV_1.aspx).
- Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB et al. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior* 2000;30(1):51-77.
- Henry J. A revolução científica e as origens da ciência moderna. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- Rossi P. O nascimento da ciência moderna na Europa. Bauru: EDUSC; 2001.
- Foucault M. O nascimento da clínica. São Paulo: Forense Universitária; 2012.
- Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Larson SL, Larson DB. The forgotten factor in physical and mental health: what does the research show? Study guide. Rockville, M.D.: National Institute for Healthcare Research; 1994.
- Cobb M, Puchalski CM, Rumbold, B. Oxford textbook of Spirituality in healthcare. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Lucchetti G, Lucchetti AG, Espinha DC, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*. 2012; 12:78 [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/78>.
- Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira-Almeida et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011; 43(4): 316-22 [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2011/00000043/00000004/art00007>.
- Koenig HG, George LK, Tito P. Religion, spirituality and health ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(4): 554-62. [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x/full>.
- Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):440-45.
- Pargament KI. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford Press; 1997.
- Peres JPP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clín* 2007;34(1):136-45.
- Tix AP, Frazier, PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(2):411-22 [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/66/2/411.pdf>.
- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shama S.J, Kaplan GA. Frequent Attendance at Religious Services and Mortality over 28 Years. *Am J Public Health*. 1997. 87(6):957-61 [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.87.6.957>.
- Dantas Filho V, Sá FC. O cuidado na prática médica. *O Mundo da Saúde* 2009;33(2):189-94.
- Pagliossa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Méd* 2008; 32(4):492-99.
- Falcão EBM. The conflict between science and religion: a discussion on the possibilities for settlement. *Cultural Studies of Science Education* 2010;5(1):47-54.
- Falcão, E.B.M.; Mendonça, S.B. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. *Rev Bras Educ Méd*, 2009; 33(3):364-73.
- Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

29. Fosarelli P. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. JAMA [on line]. 2008. 299(13): 1608-9. [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182394>>.
30. Curlin FA, Chin MH, Sellergen SA, Roach CJ, Lantos JD. The Association of Physicians religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. Med Care. 2006;44(5):446-53 [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16641663>.
31. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG, SBRAME. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. BMC Med Educ. 2013; 13(62) [acesso em 10 mar. 2015]. Disponível em: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-162>.
32. Tostes JSRM, Pinto ADER, Moreira-Almeida, A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? Revista Debates em Psiquiatria 2013;3(2):20-26.
33. Ayres JRC, Rios RC, Schraiber LB, Falcão MTC, Mota. Humanidades como disciplina da graduação em medicina. Rev Bras Educ Méd, 2013;37(3):455-63.
34. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif, SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Bras Clin Med 2010;8(2):154-8.
35. Rios IC, Lopes Júnior A, Kaufman A., Vieira JE, Scanavino MT, Oliviera RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP – um caminho para o ensino. Rev Brasil Educ Méd. 2005;29(1):112-21.
36. Barbosa CLA. Perspectiva histórica da pesquisa educacional: do “saber desinteressado” aos estudos de representação social. Revista Educação 2008;33(2):337-52.
37. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública 2005;21(1):200-6.
38. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2011.
39. Jodelet D. (organizador). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
40. Lefèvre F, Lefèvre, AMC. O discurso do sujeito coletivo – um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores fizeram o planejamento do estudo, a análise e a interpretação dos resultados e a redação do artigo. O primeiro autor realizou a coleta de dados através de entrevistas.

### CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Áustria, nº 6, apto. 102, Campo Grande, Rio de Janeiro, CEP: 23092-662, RJ, Brasil.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.