

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM PSICOLOGIA**

**A RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR:  
CONCEPÇÕES E CONDUTAS MÉDICAS DIANTE DA  
RELIGIOSIDADE DO(A) PACIENTE**

**LEILA MARIA LOBO DE ALBUQUERQUE**

Brasília  
2006

**A RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR:  
CONCEPÇÕES E CONDUTAS MÉDICAS DIANTE DA  
RELIGIOSIDADE DA(O) PACIENTE**

**LEILA MARIA LOBO DE ALBUQUERQUE**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós - Graduação da  
Universidade Católica de Brasília,  
da Faculdade de Psicologia, para a  
obtenção do título de Mestre em  
Psicologia.

Orientadora:  
Tânia Mara Campos de Almeida  
Co – Orientadora:  
Ondina Pena Pereira

Brasília  
2006

A345r Albuquerque, Leila Maria Lobo de  
A Religiosidade no contexto hospitalar: concepções e condutas médicas diante da  
religiosidade do(a) paciente / Leila Maria Lobo de Albuquerque. – 2006.  
168 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Brasília, 2006.

Orientação: Tânia Mara Campos de Almeida

1. Religiosidade. 2. Comportamento humano - médicos. 3. Biociências. I. Almeida, Tânia  
Mara Campos de, orient. II. Título.

Ficha elaborada pela Coordenação de Processamento do Acervo SIBI – UCB.

21/03/07

## **BANCA EXAMINADORA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da professora doutora Tânia Mara Campos de Almeida e co-orientação da professora doutora Ondina Pena Pereira.

Examinada e aprovada pela banca:

---

Professora Doutora Tânia Mara Campos de Almeida  
Universidade Católica de Brasília - Orientadora

---

Professora Doutora Ondina Pena Pereira  
Universidade Católica de Brasília – Co-orientadora

---

Professor Doutor José Bizerril  
Centro Universitário de Brasília – Membro Externo

---

Professora Doutora Marta Helena de Freitas  
Universidade Católica de Brasília – Membro Interno

## DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Beatriz e Bárbara, que sempre demonstraram muita paciência e carinho durante os meus períodos mais difíceis, aceitaram a minha ausência e, portanto, compreenderam a necessidade deste trabalho. Para vocês, minhas princesas, dedico este trabalho com todo meu amor.

A Henrique Santos, que desde o meu ingresso no Mestrado esteve sempre presente com carinho, incentivo e tolerância.

Você foi mais que um companheiro.

Obrigada.

## **AGRADECIMENTO**

Às professoras Tânia Mara e Ondina, que me ajudaram a realizar um sonho. Serei eternamente grata.

Às professoras Marta Helena e Tânia Mara, pelas aulas ministradas de Psicologia e Senso Religioso, que me motivaram para o desenvolvimento da dissertação. Obrigada.

À Universidade Católica de Brasília, ao professor doutor Florêncio e, principalmente, aos médicos e às médicas participantes, que possibilitaram esta pesquisa. Muito obrigada.

Aos professores Fernando Lefrève e Ana Maria Lefrève, pelos curtos e grandes momentos na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e pelas aulas essenciais para a pesquisa. Obrigada.

À Lilia Albuquerque e à Doralice Jacomazi, que de maneira incansável, revisaram o material na reta final. Obrigada.

Ao Waldir Campos, que pelos conhecimentos em informática, me socorreu com a mesma simpatia e disposição. Obrigada.

Aos amigos do UNIEURO, Sandra Kuwada, Sérgio Sebastião, Maria Raquel, Américo e Delmo, pelas sugestões e observações, que muito engrandeceram o trabalho.

À minha grande amiga Sandra Cortez, que me permitiu partilhar dos seus ricos conhecimentos religiosos e me ajudou a ir ao encontro do meu Ser.

Aos meus pais e irmãs, meu eterno agradecimento.

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**INTRODUÇÃO..... 11**

### **CAPÍTULO I: CIÊNCIA E PODER**

**1.1 Relação Ciência e Poder..... 19**

**1.2 Poder na Relação Médico-Paciente..... 26**

**1.3 Ciência, Medicina e Religião..... 32**

**1.4 Formação Médica Contemporânea..... 43**

### **CAPÍTULO II: RECURSOS METODOLÓGICOS**

**2.1 Pesquisa qualitativa..... 51**

**2.2 Estudo piloto..... 53**

**2.3 Participantes da pesquisa..... 54**

**2.4 Dificuldades encontradas..... 55**

**2.5 Coleta de dados..... 57**

**2.6 Método de apresentação e análise de dados..... 58**

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

**3.1 Profissionais de saúde: Médicos (as) ..... 64**

**3.2 Eixos de investigação ..... 65**

## **CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

<b>4.1 Interesse na pesquisa .....</b>	<b>92</b>
<b>4.2 Reconhecimento da religiosidade do(a) médico(a) .....</b>	<b>99</b>
<b>4.3 Reconhecimento do(a) médico(a) ao discurso religioso do(a) paciente .....</b>	<b>102</b>
<b>4.4 Avaliação do(a) médico(a) relacionado à doença; ao tratamento e à religiosidade do(a) paciente .....</b>	<b>107</b>
<b>4.5 Os procedimentos do(a) médico(a) frente à crença religiosa do(a) paciente .....</b>	<b>111</b>
<b>4.6 Comportamento do(a) médico(a) .....</b>	<b>114</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>132</b>



## RESUMO

Albuquerque, Leila Maria Lobo de. A Religiosidade no contexto hospitalar: concepções e condutas médicas diante da religiosidade do(a) paciente. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2006.

O presente trabalho visa identificar as concepções e condutas dos(as) médicos(as) diante da religiosidade do(a) paciente. Apesar da dimensão religiosa estar presente no contexto hospitalar, geralmente não é considerada pelo(a) profissional médico(a) como uma referência relevante para a compreensão da doença e a eficácia do tratamento. Foram entrevistados oito profissionais médicos(as). Os dados coletados foram analisados e interpretados utilizando a técnica da análise de conteúdo, baseada nas teorias de Bardin (1996) e Minayo (1994). Entre os achados constatei que os(as) profissionais que possuem dificuldades no enquadramento do diagnóstico, na alteração dos procedimentos e no relacionamento médico(a)-paciente apresentam ausência de um maior e mais harmonioso entrosamento da biociência com a religiosidade do(a) paciente. Os(As) profissionais que a respeitam, em prol das exigências éticas, morais e jurídicas, adotam atitudes mais coerentes. Finalmente, existem aqueles(as) que respeitam e reconhecem a importância da religiosidade na vida dos(as) pacientes, possibilitando, a partir de uma perspectiva holística, uma dinâmica e fértil relação médico(a)-paciente.

Palavras-chave: ciência, poder, religiosidade, análise de conteúdo.

## **ABSTRACT**

Albuquerque, Leila Maria Lobo de. *Religiosity in a Hospital Context: Physicians' Conceptions and Conduct regarding Patients' Religiosity*  
Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2006.

This paper aims to identify the conceptions and conduct of physicians in regards to the patient's religiosity. Even though the religious dimension may be present in a hospital context, it's usually not considered by the medical professional as a relevant reference for the understanding of the ailment or the effectiveness of the treatment. Eight physicians were interviewed. The collected data was analyzed and interpreted using the content analysis technique based on the theories of Bardin (1996) and Minayo (1994). Amongst the findings, we observed that the physicians who encounter difficulty with the diagnosis, modification of procedures, and the physician / patient relationship show an absence of a greater and more harmonious interconnection between bioscience and the patient's religiosity. The medical professionals who respect the patient's religiosity for any ethical, moral, or legal reasons adopt more coherent attitudes. Finally, there are those who respect and recognize the importance of religiosity in the patient's life thus allowing for a dynamic and productive relationship between patient and physician from this holistic perspective.

Key words: science, power, religiosity, content analysis.

## INTRODUÇÃO

Durante os anos em que trabalhei como psicóloga de pacientes crônicos e terminais, no caso insuficiência renal crônica, câncer e AIDS, aproximei-me do universo institucional, social e psicológico do(a) profissional médico(a). No decorrer dessa experiência, pude acompanhar diferentes formas de interação médico(a)-paciente e observei que temas relacionados à religiosidade dos(as) pacientes eram freqüentes, mas negados, omitidos ou reinterpretados pelos(as) médicos(as) durante as consultas. Muitas vezes, essa atitude pouco receptiva dos(as) médicos(as) se traduzia no fato de considerarem tal religiosidade como pertencente ao quadro psíquico esperado de um(uma) paciente diante de uma doença grave, sendo, portanto, desconsiderada enquanto uma referência importante para a compreensão e a eficácia do tratamento da doença.

Por outro lado, diante desse fato, observei, a partir dos relatos dos(as) doentes, que a ciência não é, de acordo com a sua perspectiva, o único sistema de classificação e de explicação da realidade. Vários(as) deles(as) tinham, nas suas crenças e nos seus valores religiosos, um forte esquema para o entendimento, os sentimentos e a prática diante do processo de adoecimento e de cura pelo qual passavam.

Assim, a pertinência do presente estudo refere-se à questão da religiosidade ser um tema fundamental, principalmente em um país de arraigada tradição religiosa como o Brasil, em que a pessoa, geralmente, atribui à religião o *status* de um marco existencial em sua vida, pelo menos em momentos críticos. Censos nacionais têm apontado que a maioria da população professa algum tipo de crença religiosa e várias pesquisas indicam o quanto as pessoas a valorizam em seus cotidianos. De modo especial, em situações de sofrimento e

de morte iminente, constata-se a presença da fé e a sua relevância para atribuir sentido ao próprio sofrimento.

É nesse sentido que a *religiosidade* assume relevância neste trabalho. Compreende-se a *religiosidade* como a dimensão humana que se vincula ao transcendente, na qual habitualmente um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja uma proximidade entre as noções de *espiritualidade e religiosidade*, esta difere da outra pela clara sugestão de uma abertura humana que se liga a uma doutrina específica partilhada por um grupo. Dessa forma, a *religiosidade* vai estar relacionada à crença do paciente em uma religião, desde a sua formação na infância ou adotada posteriormente. Assim, “a *religiosidade* é definida como uma expressão do indivíduo na sua relação com o divino, normalmente vinculada a uma religião organizada e institucionalizada” (Moraes, 2002, p.62).

O ato de refletir e escrever sobre esse tema em contexto hospitalar significa adentrar em uma seara delicada e complexa, uma vez que se trata de um universo dominado pela lógica laica e racional da Medicina Moderna, voltada exclusivamente para a dimensão biológica do ser humano.

A atividade médica hoje hegemônica é uma ação baseada em objetivos claros, formulados previamente para cada tipo de patologia, e na escolha dos meios – técnico-científicos – mais adequados para se atingir tais objetivos. Em relação à doença, aplica-se o conhecimento para esclarecer e desvendar as causas, definir diagnósticos e terapêuticas, como prognósticos. Muitas vezes, tais procedimentos – por não serem adotados a partir de uma escolha partilhada com os(as) pacientes, os(as) quais, ao contrário, são mantidos(as), alheios(as) e objetivados(as) – não têm eficácia.

Desse modo, vem se tornando nítido que a biotecnologia médica está se distanciando cada vez mais da demanda social concreta por saúde e cuidados médicos, demanda esta que busca um compartilhamento entre o(a) médico(a) e o(a) paciente e que implica, também, soluções práticas para a angústia existencial e para a insegurança que compõem os aspectos simbólicos e psicológicos da pessoa.

Por conseguinte, o desenvolvimento de estudos que rompam com essa lógica médica se apresenta como tarefa essencial para o alargamento das perspectivas acadêmicas que apontam para as diversas formas de poder existentes na interação médico(a)-paciente, como, por exemplo, tornar inaudíveis, desprezíveis ou patologizáveis as vozes dissonantes da referida lógica.

A escuta dos indivíduos em sofrimento nos permite o acesso ao sentido e ao significado próprio de cada história relatada. E, enquanto profissionais, intervimos na vida dessas pessoas baseando-nos na técnica e no saber que detemos, o que demanda uma avaliação constante das condutas que assumimos. Essa avaliação deverá nos levar a questionar quais pré-conceitos e/ou preconceitos se colocam quando escutamos aqueles(as) que nos procuram em sofrimento, bem como os critérios que utilizamos para propor um determinado diagnóstico e tratamento.

A partir das minhas observações sobre a prática clínica, direcionei os primeiros objetivos deste trabalho. Dentro do contexto hospitalar, verifiquei a insatisfação de um grande número de pessoas que buscava o serviço médico e retornava frustrado devido à falta de sensibilidade do(a) profissional ao escutar suas queixas sobre diagnósticos errados ou tratamentos que não tiveram efeito. Será que parte dessa insatisfação e tensão em

relação aos atendimentos médicos pode ser atribuída ao pouco respeito dado à experiência religiosa vivenciada pelas pessoas?

Como primeira resposta a essa indagação, deflagrada e norteadora da presente pesquisa, afirmo, a partir de minha inserção em contexto hospitalar, que o modelo médico tradicional apresenta uma ineficácia operacional ao se deparar com a diversidade de patologias, cujos diagnósticos e possibilidades de cura exigem a integração do(a) paciente enquanto sujeito de busca da cura, isto é, dotado(a) de conhecimentos de si e do meio em que vive, portanto, capaz de contribuir efetivamente com as escolhas de procedimentos.

Afinal, os estados de doença encontram-se diretamente relacionados a distúrbios de ordem cultural, psíquica, emocional e religiosa, nos quais os tratamentos exigem associações e reconhecimento da legitimidade de diferentes métodos e concepções de cura.

Somado a isso, freqüentemente na prática clínica ocorre o fato do(a) médico(a) tentar resolver o impasse de uma transfusão de sangue que o(a) paciente não aceita por motivos religiosos. Este exemplo demonstra o quanto o(a) médico(a), apesar de apresentar um código próprio, também se expõe ao conflito referente à pluralidade de sistemas simbólicos, socioculturais e psicológicos do(a) paciente, já que estes estão intimamente imbricados com sua representação da moléstia. A maior compreensão por parte do(a) médico(a) sobre esses aspectos provocaria o vislumbre de uma gama de possibilidades para a situação, pois teria um maior entendimento sobre cada caso.

Mediante as considerações feitas sobre o tema, levantam-se determinadas questões balizadoras do problema, ou seja: Quais são as concepções do(a) médico(a) diante da crença religiosa do(a) paciente? Essas concepções geram condutas que advêm de certo respeito e interação com a interpretação trazida pela perspectiva religiosa do(a) paciente

sobre seu processo saúde/doença? O que pode significar o discurso religioso do(a) paciente ante a autoridade médica dentro da relação de poder aí estabelecida?

Busco, assim, algum tipo de diálogo entre as práticas em saúde e as práticas religiosas dos(das) pacientes, bem como entre os saberes que as sustentam. Em especial, tentando compreender como os(as) profissionais médicos(as) se posicionam diante do discurso religioso do(a) paciente e os seus efeitos na condução do tratamento.

Com a intenção de identificar e analisar as concepções e condutas médicas frente ao discurso religioso do(a) paciente que esteja sob cuidados, pretendo: (a) verificar se o(a) médico(a) reconhece o discurso religioso do(a) paciente; (b) levantar a possível avaliação que norteia a conduta médica ante o procedimento utilizado e o tratamento da doença, assim como diante da religiosidade do(a) paciente; (c) caracterizar a forma de julgamento utilizada pelo(a) médico(a) em relação à crença do(a) paciente.

Dentro desse contexto, propor um estudo sobre esse tema mostra-se também relevante e original para a Psicologia. A Psicologia, em seus discursos e nas práticas organizadas em torno dos fenômenos psíquicos ou subjetivos, tem ampliado de modo progressivo seu raio de ação no universo social contemporâneo, o que tem significado mudanças recentes na forma de inserção dos(as) psicólogos(as) na área da saúde e abertura de novos campos de atuação e novas perspectivas teóricas (Freitas, 2003). Tal quadro de transformações permite afirmar que estamos nos defrontando com a emergência de um novo campo de saber ainda que dentro da própria Psicologia.

A Psicologia da Religião, por exemplo, vem se apresentando como um desses promissores campos de saber. A história desta vertente da Psicologia mostra que, desde as suas origens na Filosofia, até a sua versão mais moderna, ela tem sido construída por

estudiosos(as) que percebem e se esforçam em compreender o assunto e abordar o ser humano na sua totalidade, o que tem resultado na agregação de reconhecimento e legitimidade enquanto um saber importante no seu campo específico de atuação.

Afinal, no campo de atuação da Psicologia, seja quando clinicamos ou fazemos intervenções sociocomunitárias, por exemplo, a religiosidade é uma dimensão fundamental na análise psicológica e sociocultural da pessoa. Isso porque a religião se constitui na internalização, pela pessoa religiosa, de crenças, atitudes e valores e, conseqüentemente, de perspectivas de mudanças na sua vida e na sua forma de se subjetivar no mundo.

Apesar da pouca divulgação sobre o fenômeno religioso nos livros introdutórios de Psicologia, existe uma grande quantidade de publicações em torno do assunto, o que demonstra um crescente interesse por esse campo. Verifica-se, então, a necessidade de inclusão dos aspectos religiosos na totalidade das abordagens psicológicas sobre as pessoas. Evidentemente, a maior compreensão sobre o tema, por parte dos(as) profissionais, pode contribuir para o melhoramento das condições mentais, físicas e sociais das pessoas, integrando a razão e a sensibilidade.

As pesquisas desenvolvidas e a literatura publicada sobre *religiosidade* têm levantado uma série de implicações teóricas, práticas e éticas na atuação dos(as) profissionais de saúde, cujos resultados apontam para a importância de maior sensibilização clínica e social, por parte dos(as) profissionais em geral, em todos os níveis de intervenção: primário, secundário e terciário. As crescentes evidências de que a religiosidade está associada à saúde mental, remeteram à busca de integrar, de forma explícita, as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença.



No tocante à Medicina, nota-se que, desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão “não material” ou “espiritual” da saúde vem sendo discutida extensamente, com o intuito de apresentar uma proposta efetiva para se modificar o conceito clássico de saúde da Organização Mundial de Saúde para *um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente ausência de doença* (Fleck, Borgesb, Bolognesia & Rocha, 2003, p.446).

Com vistas ao alcance do objetivo proposto por este estudo, como investigar a relação entre as construções de sentido e a conduta terapêutica conduzida pelo(a) médico(a), no capítulo I apresento como embasamento teórico, os conceitos e discussões que perpassam a fragmentação do conhecimento e a constituição do saber médico e suas implicações na prática clínica. Nesse sentido, enfoco basicamente as concepções dos seguintes pensadores: Pierre Bourdieu e Michel Foucault.

A seguir, comento a inserção do discurso religioso no processo saúde e doença, evidenciando a necessidade de transcender o puramente técnico e biologizante, e reconhecer o comportamento do(a) paciente inserido em uma rede de valores socioculturais, psicológicos e religiosos.

Para, finalmente, acrescentar as repercussões da biomedicina na formação dos(as) profissionais e a necessidade de uma reformulação acadêmica a partir de uma perspectiva interdisciplinar na formação médica atual.

No capítulo II apresento a metodologia seguida na pesquisa.

No capítulo III discuto, utilizando as entrevistas realizadas com os(as) profissionais, o resultado sobre o modo como eles(elas) entendem o fenômeno religioso do(a) paciente e como o consideram no momento da elaboração das condutas médicas.

No capítulo IV, reservado às discussões, destaco os pontos de impasse entre a proposta sustentada pelos(as) profissionais e a religiosidade. Além de apontar algumas possibilidades decorrentes da presença da religiosidade no discurso dos(as) pacientes e que, muitas vezes, são desconsideradas pelos(as) profissionais na elaboração do projeto terapêutico.

Finalmente, as considerações finais.

Espero que essa questão norteadora possa permitir uma série de reflexões sobre a postura tradicional da Medicina e das demais ciências voltadas à saúde humana, que, como detentora de um saber, deve assumir cada vez mais uma postura humanizada e integralizada, gerando uma continuidade entre as diversas dimensões de uma mesma realidade.

## **CAPÍTULO I: A CIÊNCIA MÉDICA E O PODER**

### **1.1 Relação entre Ciência e Poder**

Ao longo de sua história, a Medicina se modificou, separando-se de sua base mítica e sacerdotal, para o exercício da ciência. Como ocorre atualmente, o modelo institucional exigido para os trabalhos profissional e assistencial é a aplicação de modernas tecnologias e terapêuticas, produzindo resultados que nem sempre atendem às necessidades da demanda. Além disso, tornou-se dispendiosa à medida que os trabalhos profissionais, apoiados em equipamentos sofisticados, geraram custos mais elevados, ao mesmo tempo em que se fragmentou em especialidades.

Assim, a Medicina especializada estabelece a hierarquia no contexto hospitalar, que também se evidencia no ato do atendimento. A capacidade profissional é geralmente do(a) médico(a), reconhecido(a) como o(a) principal responsável pelo tratamento do(a) paciente, enquanto a equipe de enfermagem é vista pelo(a) profissional médico(a) como assistente no cuidado ao(à) paciente e os(as) outros(as) especialistas (assistente social, nutricionista e psicólogo(a), por exemplo), geralmente, não possuem um lugar formal na estrutura. A partir daí, se estabelece um processo clínico que começa no exame médico. O(A) paciente irá direcionar o seu relato sobre a doença para o(a) médico(a) à maneira que se percebe estando doente. Por sua vez, o(a) médico(a), através dos conhecimentos específicos, que acumulou no decorrer de sua especialização médica, reduz o atendimento ao(à) paciente a reparações das lesões e disfunções e a correções dos seus efeitos, comprometendo a totalidade da experiência. Essa fragmentação reforça a noção de como o saber médico se

impõe sobre os(as) outros(as) profissionais e pacientes, cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades sociais em nome do conhecimento científico.

A falta de reciprocidade entre os(as) diferentes profissionais de saúde e pacientes com a área médica deve-se à existência de uma disputa entre os campos dos diferentes tipos de saber (Bourdieu, 1983). O discurso médico-científico, ao se posicionar como um discurso universal (Pereira & Almeida, 2005), em função do acúmulo de informações, práticas e princípios políticos, torna-se capaz de identificar, examinar e direcionar uma forma de ação independente dos demais campos de atuação profissionais e necessidades sociais. A partir dessas referências, a área médica propõe uma “política específica” quase sempre baseada em um atendimento biotecnista, cuja implementação dependerá de pessoas capacitadas profissionalmente, isto é, dentro de um grupo de profissionais que foram formados por aquele campo específico (Ceccin, 1999).

Tomando como referência o caminho percorrido por Bourdieu (1983), para que o campo científico atue, torna-se necessário a existência de objetos e pessoas dotadas de “habitus” – um capital simbólico de técnicas, referências, crenças – propriedades que se atêm à história da disciplina, e que geram tanto a possibilidade de funcionamento do campo como o produto desse funcionamento. Assim, surge a autoridade científica.

A atividade médica é o estereótipo da profissão que possui um alto grau de autonomia técnica, baseado na competência científica, já que a especialização passa a ser sinônimo de qualidade. Para que esta autoridade médica seja exercida, há um alto poder de legitimidade que se estabelece a partir de sua formação e, conseqüentemente, do exercício profissional. O(A) paciente se submete a testes e exames, entregando-se e transformando o seu corpo em objeto de análise e transfere para o(a) médico(a) toda a autoridade de decidir

que comportamento deve assumir. O que a ciência produz e a escolha de seu objeto de interesse estariam vinculados à competência técnica como ao poder social. Assim,

(...) somos manipulados por nossas categorias de pensamento, em tudo aquilo que nos permite falar do mundo...o mundo social talvez deva algo às condições nas quais são produzidas, à lógica específica dos aparelhos políticos e do jogo político, da cooptação, da circulação de idéias (Bourdieu, 1983, p.52).

O fato é que o(a) médico(a) não só tem autoridade profissional sobre o(a) paciente, como exerce um real e forte poder de ação sobre ele(a), tornando-o(a) passivo(a) e pouco à vontade para decidir sobre condutas, independentemente da opinião do(a) médico(a). Na prática médica, o(a) paciente não é reconhecido(a) como possuindo uma subjetividade, confundindo-se com os procedimentos altamente tecnificados. O que configura ainda mais a força do poder do conhecimento médico, a partir dos avanços tecnológicos que permitem à Medicina concentrar sua atenção nos procedimentos técnicos, produzindo uma gradual separação entre o órgão e o corpo que será estudado, para depois ser reparado. A Medicina, enquanto saber, tem um dado – a doença – e a partir daí produz uma verdade, organizando, estabelecendo, instituindo o sujeito como seu objeto.

É no campo científico que os(as) pesquisadores(as) definem suas estratégias científicas e políticas possíveis, uma vez que se tornam referências para constituir o campo. Bourdieu (1983) enfatiza que as estratégias visam à obtenção do capital social específico do campo científico – autoridade científica. Conforme a autonomia específica dos diversos

campos, a autoridade científica terá o valor definido pelos pares, porque somente os(as) cientistas envolvidos(as) no contexto é que detêm os meios de se apropriar simbolicamente da obra científica e avaliar seus méritos. “O número de especialidades cresce a medida em que o processo formador de médico os gradua. Surgindo a cada dia subespecialidades” (Sayeg, 1978, p.56).

Nesse sentido, a área médica se fortalece à medida que o conhecimento, que sustenta sua prática profissional, seja aplicado às diversas populações, concordante internamente no entendimento de toda comunidade médica e este conhecimento possa ser confirmado por pesquisas e métodos definidos. Assim, a autoridade científica passa a ter o poder de delimitar, através da imposição, os campos de problemas, métodos e teorias considerados científicos, excluindo outros que não estejam de acordo com seus interesses específicos. Portanto, se estabelece uma hierarquia científica entre métodos e objetos, em que através das prescrições, do agrupamento de sintomas, institui-se um modelo de atendimento médico, arma eficaz e poderosa, ao qual a pessoa deve retornar para tratar a doença e ganhar um estatuto de estado normal.

O conceito de normalidade é usado no sentido funcional, já que o saber médico impõe um juízo de valor, independentemente dos critérios sociais e psicológicos, desconsiderando o significado de normal e patológico do sujeito. Dessa maneira, o(a) especialista, geralmente, se detém aos dados gerais que possibilitam identificar a existência dos problemas do(a) paciente e sugerem sua explicação, mas não permitem compreender sua singularidade, sua vigência subjetiva, suas conexões de sentido local (Ceccin, 1999).

A partir dessa concepção, o que se espera de um(uma) paciente “ideal”, à medida que está sendo investigado o seu problema, é que ele(a) se enquadre em um quadro clínico,

como também colabore durante o tratamento. Assim, o(a) especialista do campo médico mantém, sob controle, os avanços e os novos conhecimentos, como forma de assegurar o monopólio do saber e de sua prática profissional. Estratégia como essa faz com que a Medicina preserve sua autonomia, mas perca sua dimensão humanitária, a fim de preservar o conhecimento e práticas especializadas, abandonando o conhecimento generalista.

Bourdieu (1983) destaca que, em todo campo de atuação, se apresentam agentes com forças dominantes ocupando posições privilegiadas na estrutura de distribuição do capital científico. Mas é a distribuição de capital social que vai favorecer a luta entre dominantes, visando à perpetuação da ordem estabelecida, e os pretendentes podem se orientar por estratégias de sucessão ou de subversão.

Tal posicionamento, ao ser direcionado à realidade hospitalar, coloca em evidência a vulnerabilidade do campo médico dominante em relação às demais áreas do saber, quando o método clínico-patológico é aplicado a um número restrito de pessoas. A objetividade e o rigor da avaliação do método clínico-patológico visam exclusivamente aos parâmetros biológicos, o que exclui doenças e doentes com distúrbio de somatização, pseudoneurológicos, psicosexuais, reações dolorosas; além de não considerar o significado que a pessoa tem no processo clínico e no estado de saúde.

Em meio às dificuldades, nota-se que os anseios do(a) paciente em relação à resolução de seus problemas de saúde não são atendidos; diante disso, as pessoas têm buscado saídas “alternativas” para suas queixas, o que faz pensar em uma nova modalidade de cuidado à saúde, que se refere tanto às terapias – *tai-chi-chuan*, acupuntura, ioga, e outras – que buscam resolver as queixas através de procedimentos não biomédicos, quanto

às diversas atividades de solidariedade e apoio social que possam resultar, intencionalmente ou não, em melhorias de saúde (Valla, Guimarães & Lacerda, 2004).

Duarte (2003), ao comentar sobre a segmentação de domínios científicos e o olhar interpretativo sobre o corpo, seus sinais e sintomas, afirma que a biomedicina, através do seu fisicalismo, supera as superstições, as representações mágicas ou religiosas que envolvem a experiência da perturbação ou da doença em todas as culturas. Além disso, menciona a importância da confluência da linha de pesquisa sobre saúde e doença com a dos estudos sobre religião. Ressalta que as duas dimensões se mantêm entrelaçadas,

(...) tanto pelo lado das estruturas cosmológicas (...), quanto pela integração prática de sistemas de cura e trajetórias terapêuticas, em que fatos vividos ou classificados como religiosos se misturam a fatos vividos e classificados como médicos, psicológicos ou psiquiátricos (Duarte, 2003, p.180).

Valla e col. (2004), em um estudo sobre práticas terapêuticas como proposta para aliviar o sofrimento, constataram que as classes populares têm como estratégias para lidar com os seus problemas e dificuldades a busca de centros religiosos para solucionar questões de saúde. Desse modo, encontram na religião a resposta e o tratamento para seus males e sofrimentos.

Silveira (2003) atribui ao dilema histórico entre o novo – a alma indomada, por vezes cruel – e o velho – no caso de Hipócrates, o científico – ainda vivido pela Medicina,



resultante de sua incapacidade de abordar e resolver certas situações e casos que lhe é estranho, por fugir dos modelos explicativos e de sua racionalidade habitual.

No campo científico, a existência de uma área de produção especializada passa a ser uma condição do surgimento de uma luta entre a ortodoxia e a heterodoxia, as quais têm em comum a *doxa*, isto é, o indiscutido. Torna-se importante que o espaço onde é produzido o mundo social continue a funcionar como um campo de luta onde o pólo dominante não esmague o pólo dominado, a ortodoxia não esmague a heresia (Bourdieu, 1989).

Cabe, então, a busca de uma Medicina mais democrática, que seja capaz de restabelecer um conhecimento mútuo que envolva valores, julgamentos, interesses, informações que se manifestam, estabelecendo a base de uma relação singular. É a partir de uma perspectiva holística do sujeito que se atinge a singularidade, isto é, reconhece-se as necessidades reais com o propósito de fornecer uma terapêutica para aquele(a) paciente específico(a), a partir de princípios éticos.

Afinal, a Medicina inclui dentro de seus interesses e ações não só o fenômeno biológico conhecido como doença, mas possui uma proposta social ao cuidar do ser humano que padece e sem o qual o processo patológico não existiria, assim como nicho social e cultural onde ocorre o episódio.

Em outras palavras, no exercício da “boa” Medicina, o conceito médico não se contrapõe à concepção biopsíquica e sociocultural da doença, porém, as diferentes áreas de conhecimento e, conseqüentemente, as respectivas práticas devem estar articuladas para gerar transformações nos serviços de saúde baseados nos conceitos de atenção integral, humanização e qualidade.

## **1.2 O Poder na Relação Médico(a)-Paciente**

Para contextualizar a formação médica, pretende-se, inicialmente, inscrever as vias de positivação do modelo da Medicina Moderna a partir de Foucault, baseadas em saberes biomédicos dominantes e oficiais, que reforçam o universalismo/racionalismo e o cientificismo/fisicalismo. Em outras palavras, significa tratar de compreender a realidade observada, que se constitui através de uma lógica hegemônica da biociência e que se reproduz na prática clínica, desdobrando-se em dilemas em função da falta de entrosamento da biociência com outros saberes ou práticas de saúde não-científicas.

A Modernidade refere-se ao período que se inicia no Renascimento, que trouxe uma renovação dos paradigmas ético-estéticos até então vigentes. Segundo a perspectiva sociológica de Weber, representa o processo de racionalização da sociedade, ocorrido nos séculos XVIII e XIX, que acompanhou a expansão capitalista. Dentre os diferentes sentidos dados ao conceito, a Modernidade, no presente trabalho, será compreendida a partir das transformações socioculturais que ocorreram nas sociedades ocidentais, com a industrialização e o capitalismo.

A modernização da sociedade se evidencia na eficácia do controle da natureza através das tecnologias que o conhecimento científico possibilita de modo crescente e o ser humano moderno deixa-se levar pela possibilidade de domínio. Observa-se que a sociedade racionalizada tem a crença na razão instrumental como sendo capaz de diminuir ou até solucionar mesmo os problemas humanos, gerando o progresso e, conseqüentemente, construindo uma sociedade melhor. Assim, em relação ao conhecimento científico, enquadrado nos moldes cartesianos, busca-se, através do controle e da experimentação, enquadrar o mundo e a natureza.

A delimitação da positividade do saber médico, a partir de seus objetos, conceitos e métodos, possibilitou a formação da dicotomia “soma” e “psique”. Tal pensamento desencadeou a divisão entre a doença mental e a orgânica. A formação desses parâmetros permitiu a delimitação das noções normal e patológico, à medida que a Medicina se tornava um saber hegemônico.

Além disso, tais saberes associados às internações em instituições – como, no caso, o hospital - mostraram relevantes para o saber teórico, incorporando uma nova técnica, a necropsia, base do método anátomo-clínico. Deixar o(a) doente dentro de um espaço delimitado é também ter um maior controle sobre a doença, além de preservar as pessoas das possibilidades das curas pela natureza e dos curadores através de suas rezas e magias.

A “ciência médica” surge como modelo ideal, e tudo que se refere à subjetividade, ao imaginário, é colocado como não científico, sendo objeto de “farmacologização” tão maciça quanto cega – sempre em nome da ciência. As rotinas diagnósticas transformam-se em condutas mecânicas de localização de lesões e doenças.

Em *Nascimento da Clínica*, Foucault (2004, p.56) comenta que a doença sobre o olhar médico “(...) devia se formular, por si mesma, uma verdade inalterada e oferecida, sem perturbação, (...); a sociedade, medicamente investida, instruída e vigiada, devia por isso mesmo se libertar da doença”.

Assim, desde seus primórdios, a Medicina vai tratar a noção de doença, dando um caráter ontológico, e sua ação sobre o corpo vai envolver o adestramento do gesto, a regulação do comportamento e a normalização do prazer; além do objetivo de organizar, comparar, classificar, avaliar e hierarquizar a interpretação do discurso do doente. O que está em questão é encontrar, na prática médica, “algo” que sustente a explicação da

produção dos saberes, e o que não pode ser visto sob o “olhar clínico” e sob respaldo da instituição que dá ao médico o “poder de decisão e de intervenção” (Foucault, 2004) tem que ser identificado, para ser controlado. Esse modelo persiste até os nossos dias.

Dentro desse contexto, configura-se um campo de atuação específico – a Medicina – portadora de um discurso hegemônico sobre o corpo, com uma teoria ampla e sistematizada, cuja investigação sobre o ser humano se dá a partir de um estudo “in loco”, no hospital. É através do diagnóstico, prognóstico e tratamento que se constitui o saber médico e sua comprovação.

Em relação ao poder do médico sobre o controle do corpo, Foucault (2004) mostra que, na Medicina Moderna, a presença das doenças no corpo são tão contestadas em função da sua objetividade pelo discurso redutor do médico quando apoiado como objeto de seu olhar positivo. O sofrimento humano é desviado em prol de um conhecimento neutralizado. O que provoca uma configuração surda na qual a linguagem se apóia, em relação à situação e a postura entre o que se fala e aquilo que se fala.

O poder da “doença” também institui o avanço tecnológico, apesar disso ela parece não sofrer grandes modificações. Identificam-se as doenças, questionam-se tratamentos, fazem-se medicações e o problema permanece, o que acarreta conseqüências à biomedicina, ou seja, o risco de conceber à doença “ressonâncias míticas e religiosas”. Trata-se, então, de encontrar instrumentos apropriados para definir a doença.

Ao tentar encontrar aparatos tecnológicos para definir a doença, a biomedicina deixa de reconhecer a possibilidade do(a) paciente emitir sobre si mesmo uma fala singular. Para o(a) paciente, a experiência da doença – sofrimento – é incapacitante de maneira que

ultrapassa sua capacidade de autocuidado, tornando necessária a intervenção do(a) especialista.

Contudo, o(a) profissional considera o sofrimento fonte de graves distorções, sendo a única realidade concreta a doença, e o(a) paciente um mero canal de acesso a ela. A ponto de, após o período de estudo e diagnóstico do problema, se sentir autorizado(a) a orientar o(a) paciente sobre o que este(a) deve fazer, no lugar do que este(a) quer fazer.

Tal posicionamento por parte do(a) profissional ocorre na tentativa de impedir a evolução da doença. Afinal, a doença apavora, pois traz com ela a possibilidade de morte, dentro de certos limites pode-se abreviá-la ou estendê-la; ficando na vontade do(a) médico(a), do equipamento do hospital, da família e do Estado. As renúncias são impostas tornando a pessoa mera cumpridora das normas hospitalares e procedimentos terapêuticos, o que facilita ou agrava sua capacidade de adaptação.

Conforme Baudrillard (1976), nas sociedades modernas a morte é vivida como um desvio incurável, mas a sobrevivência pode ser analisada pela instalação do poder. O poder que se instaura como uma barreira da morte, ele funda-se entre o sujeito e seu corpo, onde haverá a manipulação, na administração da morte. Mas, quando a morte não chega na hora prevista ou chega de modo adverso do previsto, o moribundo desequilibra emocionalmente o meio médico, enganando a vigilância e a engenhosa aparelhagem que prolonga a sua vida.

E no meio de tubos e agulhas, o(a) agonizante é apenas um objeto privado de vontade, às vezes, de consciência, é um objeto perturbador, e tanto mais perturbador quanto mais é a “repressão da morte”, exalta Baudrillard. Ao realizar tal proposição/imposição de uma verdade sobre o corpo através dos aparatos tecnológicos, a biomedicina deixa de

reconhecer o que está além do corpo, que é a possibilidade do(a) paciente emitir seu desejo de morte.

Essa dificuldade de comunicação assinala o que Zimmernan (1992) reconhece como falhas na comunicação entre o(a) médico(a) e o(a) paciente e elas surgem a partir da falta de habilidade do(a) médico(a) em “ouvir” e “ver”; em ter “pré-conceitos”; em introduzir julgamentos morais e padrões de comportamento (“função apostólica” de Balint); em perder a delimitação de papéis; em usar jargões técnicos dificultando a compreensão do(a) paciente e na dificuldade do(a) médico(a) em ouvir, reconhecer e comunicar as difíceis verdades.

Acresce o fato do registro clínico ser uma técnica que se superpõe à do diálogo médico que consiste nas manipulações do corpo e na sujeição da pessoa, cuja prioridade é identificar a patologia. O(A) doente é percebido(a) como objeto e cria-se um diálogo estereotipado entre o(a) médico(a) e o(a) paciente, devido à redução do campo de comunicação, o que vai dificultar a compreensão da pessoa inserida em um contexto histórico-cultural.

Na pesquisa realizada sobre poder e saúde, Pereira & Almeida (2005) analisaram a comunicação entre profissionais de saúde e as comunidades populares. Constataram que parte significativa da ineficácia dos tratamentos ocorre em função da falta de uma reciprocidade comunicativa, o que leva ao descontentamento dos(das) usuários(as) do sistema de saúde. As pesquisadoras enfatizaram a importância de uma escuta ética dos discursos e saberes extracientíficos sobre saúde e doença, por parte dos(das) profissionais de saúde, o que pode viabilizar uma comunicação mais efetiva, e conseqüentemente, gerar transformações nas relações de subalternidades estabelecidas no contexto.

Em relação ao biopoder, Foucault, na fase genealógica, faz uma análise dos poderes disciplinares que regulam os corpos e formam pessoas e que, de maneira dócil e não coercitiva, produzem o saber e o poder. A atuação do biopoder pode ser percebida nas suas especificidades; em que de um lado as técnicas têm como objetivo o treinamento dos corpos, as disciplinas e o poder disciplinar; de outro lado, o corpo é entendido como pertencente a uma espécie, com suas leis e regularidades.

Assim, torna-se possível identificar três tipos de comportamentos no hospital: o(a) do(a) “bom”(“boa”) paciente, sendo aquele(a) que possui problemas médicos simples, ele(a) não se queixa e é dócil, toma pouco tempo e tem fácil recuperação; do segundo grupo faz parte a média dos(as) pacientes, são os(as) “bons”(“boas”) pacientes, exceto quando eles(elas) têm queixas secundárias que podem tirá-los(-las) da rotina e o terceiro grupo é aquele dos(as) pacientes “ruins”, subdivididos(as) em os(as) gravemente doentes e os(as) queixosos(as), de difícil recuperação. Tais comportamentos ressaltam que, por meio das estratégias que produzem, regulam, vigiam e reproduzem os processos de subjetivação, tornam possível o aperfeiçoamento da Medicina Moderna.

Nesse contexto, o saber médico vai se constituir hegemonicamente, consolidando o poder pela prática. Contudo, a compreensão sobre o ser humano é bem mais abrangente e envolve a necessidade de outros saberes. Realizando uma retrospectiva histórica sobre a Medicina, configurando-se como racionalidade, permite entrever as dificuldades pelas quais se depara para ascender como saber hegemônico. Tendo delimitado o “ser doente” e produzido uma teoria explicativa a respeito, o saber médico se contrapõe ao saber religioso, almejando o seu lugar. Assim, com o mesmo estatuto da Religião no passado, a Medicina apóia-se em um conjunto de códigos na tentativa de controlar a questão da vida e da morte.

### **1.3 Ciência, Medicina e Religião**

Fazendo uma retrospectiva histórica, nas chamadas sociedades primitivas – sociedades em que o desenvolvimento da produção não viabilizava a acumulação e a apropriação de um excedente econômico para dar início à divisão social do trabalho – a doença era provocada por uma ação externa ao indivíduo, do tipo espiritual, e a função terapêutica (médica) era exercida pelo pajé ou xamã que expulsava os maus espíritos do corpo do enfermo e assim obtendo a cura do doente.

Por sua vez, na tradição judaico-cristã, concebia-se a doença como uma conseqüência dos pecados supostamente praticados pelo enfermo. O papel do sacerdote (exercendo a função de médico) era conseguir a salvação espiritual do doente por meio de sua intermediação com o ser divino.

No cristianismo mantiveram a concepção de enfermidade e punição aos pecadores como também incorporou a segregação dos leprosos e loucos. Segundo Rego (2003, p.22) no “final da Idade Média, a ação fundamental dos médicos, sacerdotes em sua maioria, era salvar almas e, apenas secundariamente, possibilitar a sobrevivência dos enfermos (...)”.

Somente no século XVIII há uma separação entre a religião e a Medicina “que só aparece com o surgimento das cosmovisões com base nas interpretações e compreensões científicas e técnicas da realidade” (Rego, 2003, p.21), contrariando os conceitos religiosos.

Esse fato induziu a uma relação inconciliável entre os dois modos de perceber o mundo, o científico e o religioso. Com isso, o desenvolvimento da ciência no ocidente tomou uma direção excessivamente racionalista e mecanicista, em relação ao posicionamento religioso.



Assim, o pensamento linear (causalista e simplificador), o avanço tecnológico e sua crença numa filosofia empirista – positivista – passaram a delinear as condições que colaboram para o isolamento e estimulam os conflitos entre religiosidade e o pensamento científico, no caso específico, a Medicina. A função médica, desligada da função religiosa, assume uma prática específica e especializada, já que a dimensão religiosa, geralmente, não é percebida por aqueles que se consideram praticantes de uma ciência “neutra” e objetiva.

Percorrendo a história da ciência médica, constata-se que ela foi fundada na objetivação das disfunções do corpo, a partir de uma concepção “sacra” do homem e da doença, baseada em uma postura positivista e reducionista. Laplantine (2004, p. 215) reporta-se ao *Naissance de la médecine*, de Henry Ey (1981):

A verdadeira Medicina se separa da falsa, ou mágica, ou mitológica, ou sacerdotal, pseudomedicina, da mesma forma que a doença real deve ser distinguida da doença imaginária (...) O advento da Medicina consiste na desmistificação dessa parte do Mal que, na antimedicina, mitologizava a doença.

A propósito dessa configuração, Figueira (1978) aponta que, nas sociedades complexas, o afastamento do conhecimento comum e apropriação por uma elite de especialistas, marcam “a constituição da ciência e da filosofia moderna (...) na sociedade complexa, depois do divórcio entre a Igreja e o Estado, (...) e da conseqüente pluralização, o poder integrador das ciências religiosas foi esvaziado” (Figueira, 1978, p. 57).

A posição do Ocidente em adotar o materialismo científico como verdade absoluta permitiu o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, o que influenciou na visão de

mundo do sujeito ocidental, induzindo-o a uma forma fragmentada e distorcida de perceber, pensar e de se relacionar com a vida.

No entanto,

(...) não existem práticas puramente “médicas” ou puramente “mágico-religiosas”, mas, no máximo, recursos distintos, de resto raramente antagônicos, (...) Encontramo-nos, pelo contrário, quase sempre em presença de dois níveis interpretativos estreitamente ligados: uma interpretação concernente aos processos etiológicos-terapêuticos, uma interpretação concernente à questão do sentido e do porquê, a qual não cessa de aparecer do ponto de vista biomédico como uma duplicação inútil da problemática causal (Laplantine, 2004, p. 217).

Esta configuração permite ao ser humano se vincular a outros sistemas, já que o indivíduo é formado por práticas discursivas - religiosa, médica e outras – sendo algumas globalizantes; outras excludentes; outras complementares.

Segundo Paiva (2000), não é possível falar de ciência e religião em abstrato. Existem várias ciências e religiões que mantêm relações diferenciadas entre si. E essas relações se modificam de acordo com o tempo, imbricadas na cultura e nas subculturas de épocas e lugares. O autor afirma que atualmente, por exemplo, há ramos do budismo que não têm dificuldade em pautar-se pela ciência e, pela voz do Dalai-Lama, afirmam que abandonarão o conceito de reencarnação se a ciência provar sua inexistência. O espiritismo kardecista, semelhantemente, se interessa por confirmar reciprocamente religião e ciência. O islamismo chega a afirmar que as descobertas da ciência se encontram no Alcorão. No

âmbito do cristianismo, particularmente nos Estados Unidos, assiste-se a múltiplos esforços de convergência entre religião e ciência, mais da parte de teólogos que de cientistas.

Em pesquisa realizada na Universidade de São Paulo, Paiva (2000, 1999) e seus colaboradores analisaram as vicissitudes pessoais e psicossociais dos(as) cientistas na adesão ou na rejeição da religião. Foram realizadas entrevistas com vinte e seis pesquisadores(as) com carreira consolidada nas áreas de física, zoologia e história, homens e mulheres, quase todos brasileiros(as), alguns(algumas) de renome internacional. Os resultados da pesquisa evidenciaram que nenhuma das pessoas entrevistadas justificou sua adesão a uma visão religiosa ou sua rejeição dela com argumentos científicos. Ao contrário, foram as influências da família, de colegas, de grupos de amigos ou de profissão e da cultura circundante que as encaminharam, mesmo no atravessamento de crises pessoais, seja à aceitação e uma relação religiosa, seja a sua recusa.

De acordo com o pesquisador, o que concretamente encaminha a decisão favorável ou desfavorável à religiosidade ou ao agnosticismo/ateísmo são as prolongadas e múltiplas vivências do(da) cientista com as diversas subculturas e com a cultura geral, que lhe fornecem o sentido de suas opções. O que parece, em abstrato, uma discussão epistemológica é, muitas vezes, o precipitado das elaborações concretas do que seja ciência e religião. É aqui que, para Paiva, se situaria o fazer convergir (ou divergir) ciência e religião.

Em outras palavras, é o contexto pessoal, grupal e cultural que fornece as pessoas os pressupostos com os quais trabalham na formulação e no encaminhamento dos problemas, inclusive o das relações entre ciência e religião. Segundo Paiva (2000), a cultura portadora da religião parte com grande vantagem, pois não há como a religião para conferir sentido, e

esse sentido se faz mais imperativo na medida em que os cientistas, com o avanço da pesquisa, penetram a opacidade do real e necessitam transformá-lo em simbólico, isto é, em algo humano.

No estudo realizado por David (2001), na Escola Nacional de Saúde Pública, o pesquisador constata que a religiosidade se expressa através de estratégias e práticas cotidianas e está presente na forma como os grupos populares vêem e lidam com os problemas de saúde. Diante disso, propõe a incorporação da religiosidade na educação em saúde e levanta alguns questionamentos acerca das perspectivas desse trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

O que já acontece na Universidade Federal do Ceará, em que o estudo sobre religiosidade é disciplina optativa no curso de Medicina, cujo objetivo é trazer reflexões para humanizar os tratamentos hospitalares, utilizando pesquisas sobre espiritualidade e saúde. Alguns dos temas abordados são os estudos da consciência em pacientes que relatam suas experiências no coma prolongado.

Observa-se, no cotidiano cearense, uma mistura de ciência, fé e cultura popular. Em uma reportagem recente, realizada pela Revista Época (2/02/2004), atesta-se que os(as) profissionais de saúde se aliam aos(às) rezadores(rezadeiras), num programa chamado Soro, Raízes e Rezas, que conseguiu reduzir a mortalidade infantil. Médicos(as) e rezadores(rezadeiras) começaram a trabalhar juntos(as); os(as) rezadores(rezadeiras) foram orientados(as) a encaminhar todos os(as) pacientes aos postos de saúde, da rede pública, depois da reza. E os(as) médicos(as), por sua vez, passaram a receitar uma visita os(as) rezadores(rezadeiras), depois de indicar o tratamento convencional.

*“Claro que a Medicina é importante, mas não podemos desvalorizar a cultura popular”*, afirma a pediatra (...). *“Se a mãe não confia no pediatra ou no remédio, não dá certo. Nessa hora, o médico inteligente abandona a prepotência e faz parceria. (...) A rezadeira é uma líder natural que vive na comunidade e as mães a respeitam e confiam nela”* (p.45).

Os diferentes grupos e indivíduos da sociedade civil fazem uso de distintas racionalidades terapêuticas de acordo com as atribuições de sentidos e de significados específicos coerentes com as situações vividas relacionadas ao processo saúde/doença, portanto, a falta de simbolização adequada da doença não atinge apenas o(a) doente como também ao(à) médico(a). O(A) médico(a) passa a apresentar “conflitos de diversas naturezas psíquicas, econômica e social” (Martins, 2003,p.35) devido às pressões constantes e contraditórias exercidas nas sociedades complexas, por apresentarem diferentes níveis de interpretações para uma determinada manifestação corporal e/ou mental de mal-estar.

Afinal, nas sociedades complexas, o progresso científico se estabelece através de uma emancipação com relação “às crenças metafísicas, as especulações filosóficas e as interrogações psicológicas, mas também às etiologias sociais que atribuem à causa presumível da doença ao religioso” (Laplantine, 2004, p. 216).

Contudo, em uma pesquisa realizada por Alves & Minayo (1994) tem-se, através de uma perspectiva antropológica, a contribuição metodológica para estudos interdisciplinares biomédicos e etnomédicos. No estudo, abordam os seguintes temas: saúde, doença e cura com a religiosidade popular; universo da saúde mental, “nervoso” e problemas

psicossociais; relações dialéticas entre sujeito-objeto na configuração no campo das terapêuticas e da própria produção da enfermidade; e a produção de agentes e de práticas terapêuticas. Finalizam questionando o modelo que se fundamenta apenas em técnica, desconhecendo ou menosprezando o conteúdo da totalidade e abrangência que contorna o problema de saúde.

Alves & Souza (1999), pesquisando o itinerário terapêutico, verificaram que a recorrência de vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a terapêutica mostram que tanto a doença como a cura são experiências subjetivamente construídas, em que o(a) paciente, sua família e aqueles(as) que vivem próximos estão continuamente negociando significados. As decisões sobre o tratamento surgem através de um complexo processo, em que importa tanto a adesão dos sujeitos a certas imagens, quanto as interações que ocorrem no interior das redes de relações dos indivíduos, que podem confirmar ou não essas imagens.

Em *Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para reflexão*, Rabelo, Cunha & Schaeppi (1999) constataram que, para se compreender o papel da experiência religiosa na mudança dos modos de entender e lidar com a aflição em um ritual religioso, deve-se observar a direção que tomam os processos sociais em relação às imagens que são elaboradas, negociadas e legitimadas (ou deslegitimadas).

Investigando a interligação entre a descrição dos modos de imaginação dos(as) participantes no drama construído durante o ritual religioso, a compreensão do processo de significação que iniciou antes do tratamento e o modo pelo qual os(as) doentes compreendem os significados do ritual, dessa forma identificaram a formação da imagem

da experiência de aflição, enquanto consciência, sustentada pelo diálogo cotidiano, entre os sujeitos situados.

Até poucos anos, a Psiquiatria tendia a ignorar ou considerar como doença certos comportamentos religiosos e espirituais. Havia uma visão negativa das experiências religiosas, o que deu origem a atitudes discriminatórias por parte da comunidade psiquiátrica brasileira, principalmente com relação ao espiritismo e religiões afro-brasileiras, ocasionando prisões, internações e tratamentos desnecessários.

A pesquisa realizada no Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, pelo psiquiatra Alexander Moreira de Almeida (2005), verificou que o fenômeno da mediunidade pode não estar relacionado com transtornos mentais, como a esquizofrenia, que geram alucinações e delírios. Segundo seu estudo, uma das possíveis definições de mediunidade é a comunicação provinda de uma fonte que é considerada existir em um outro nível ou dimensão além da realidade física conhecida e que também não proviria da mente normal do médium.

Apesar de existirem casos em que as convicções científicas levem à rejeição da relação religiosa, atualmente, muitos especialistas médicos(as) têm se engajado no desenvolvimento de pesquisas envolvendo a saúde e a religiosidade, com o intuito de compreender melhor este fenômeno. Em um estudo de revisão foi mostrada uma associação positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. Nessa revisão, a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais (Gartner e col., conforme citado por Levin e col.,1998).

O médico e pesquisador americano Harold Koenig (2000), realizando um estudo longitudinal, tem demonstrado que os(as) praticantes ativos(as) de uma crença podem obter benefícios físicos e mentais, entre eles, sistema imunológico mais resistente e menor propensão a certas doenças. Entre os efeitos negativos estariam o fanatismo religioso e a autopunição, ou seja, acreditar que a doença teria sido enviada como um castigo de Deus.

Apesar de serem desenvolvidas há algumas décadas em outros países, como os Estados Unidos, no Brasil as pesquisas sobre esse tema ainda estão no início, mas já aparecem principalmente nas universidades públicas e particulares: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade de Campinas (Unicamp), Universidade Estadual de São Paulo (Unesp), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Ceará (UFC), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Universidade Católica de Brasília (UCB) e outras.

Estudos realizados em diferentes contextos socioculturais têm demonstrado que a espiritualidade tem relação com o comportamento e a predisposição ao vício. A equipe do psiquiatra Paulo Dalgalarro, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, constatou que a religião pode afetar de diversas maneiras o consumo de álcool e de drogas. Em estudo realizado sobre "Religião e o uso de drogas por adolescentes", os(as) pesquisadores(as) perceberam que o uso intenso de pelo menos uma droga (álcool, tabaco, medicamentos, maconha, solventes, cocaína ou êxtase) foi maior entre os(as) estudantes que não tiveram educação religiosa na infância. Por outro lado, o autor ressalta que alguns estudos mostraram que pessoas com alto envolvimento espiritual têm a tendência a ser mais depressivas, dependendo da própria pessoa e da religião, além de fatores econômicos, culturais e sociais.



Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Fleck, Borgesb, Bolognesia & Rocha (2003), estudando pacientes com AIDS, por meio de uma escala para medir bem-estar espiritual e desesperança, observaram que (os) as pacientes com escores maiores em bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos.

Na busca de publicações internacionais e nacionais sobre o tema medicina, religião e a prática médica, do material encontrado, a maior parte da literatura americana reconhece a importância da religiosidade no processo de saúde e doença. Em trabalho realizado por Randy & col. (2001), a religião e a espiritualidade são fontes de conforto para muitos(as) pacientes. Apesar de não esperarem que os(as) médicos(as) discutam espiritualidade, os(as) pacientes desejam que os(as) médicos(as) saibam como enfrentar os problemas. Este estudo exploratório sugere aos(as) pacientes que revelem a importância das crenças espirituais em suas vidas para os(as) médicos(as) e que eles(as) respeitem esses valores.

Kub & col.(2003) examinaram, através de um grupo representativo de pacientes terminais, o relacionamento entre prática religiosa, a importância da religião e variáveis demográficas. O resultado encontrado induziu os(as) pesquisadores a fazerem algumas recomendações aos(as) profissionais de saúde, para que tomem decisões baseados nas preferências do(a) doente terminal. A pesquisa apresenta como os(as) profissionais de saúde podem usar as respostas para as questões referentes à religiosidade dos(as) pacientes, para determinar a necessidade para uma maior intervenção espiritual e médica.

Segundo pesquisa realizada por MacLean e col. (2003) sobre a preferência do(a) paciente em discutir com o(a) médico(a) a respeito da espiritualidade, os resultados demonstram que, segundo os(as) pacientes, os(as) médicos(as) são cautelosos(as) em afirmar que os(as) pacientes desejam uma interação espiritual nas visitas de rotina. Quando

perguntados(as) sobre o uso de orações nos ambientes clínicos, os(as) pacientes desejam de acordo com a gravidade da doença. Também verificaram que há um decréscimo na gravidade do estado clínico quando o comportamento religioso é intenso. Um maior número de pacientes já considera que as visitas de rotina podem não ser o melhor momento para um diálogo sobre espiritualidade entre médico(a) e paciente.

Klitzman & Daya (no prelo) destacam que vários estudos apontam que os(as) médicos(as) percebem a espiritualidade diferentemente dos(as) pacientes. Contudo, afirmam que estes resultados não têm sido sistematicamente investigados entre os(as) médicos(as) que se tornaram pacientes, e que podem ser capazes de emitir uma crítica mais amena sobre a área. Os pesquisadores verificaram que o papel da espiritualidade deve ser explorado na formação médica e em futuras pesquisas. Uma ampliação cuidadosa nessa área poderia provocar uma relevância clínica, reforçando a relação entre o(a) médico(a) e o(a) paciente, a comunicação e a satisfação do(a) paciente.

Entretanto, alguns autores (Sloan, Bagiella & Vandercreek, 2000; Sloan, Bagiella & Hover, 2000) apresentam uma certa preocupação, na discussão de temas religiosos no decorrer da consulta. No entanto, revistas científicas de impacto elevado como *JAMA*, *Social Science & Medicine*, *Journal General Internal Medicine* e outras têm ampliado seus espaços para temas religiosos no contexto hospitalar, contudo observa-se a falta de estudos relevantes sobre as concepções e condutas do(a) médico(a) diante do discurso religioso do(a) paciente.

#### **1.4 Formação Médica Contemporânea**

A Medicina, fortemente influenciada pelo modelo cartesiano, tem sido cada vez mais criticada, por destituir o valor de uma formação e ação dos(as) profissionais médicos(as) que visem a uma forma integrada, relacional e holística, em relação ao processo de saúde e doença nas diferentes classes sociais.

Assim, através de uma superespecialização busca-se uma precisão, em que o uso inapropriado de conceitos de outras ciências e de pretensos paradigmas unificadores não se justifica para compreender o sujeito na sua complexidade, sendo necessário um diálogo com diferentes tipos de saberes.

A formação médica, ao se restringir à capacitação técnica ou à transmissão do conhecimento oferecida na faculdade e no hospital, privilegia o enfoque das doenças, impedindo a aquisição de conhecimentos de situações integradoras, e renegando para um segundo plano os contextos em que as pessoas adoecem, dificultando, assim, a aprendizagem.

A razão controladora pressupõe o sujeito do conhecimento como pura reflexão, capaz de dominar a si e a natureza. A ciência, baseada no cogito cartesiano, impõe ordem e racionalidade ao seu objeto, na sua permanência e na sua essência, rechaçando, pois, o que lhe é transitório e singular. A modernidade cultural apóia-se na noção de história como um “continuum”, uma linearidade de pontos seqüenciais e homogêneos em que a dimensão de futuro ganha relevância por guardar desdobramentos do progresso científico-tecnológico.

Nesse contexto, curas, agravações, sintomas ou sinais que sejam inexplicáveis, não previstos ou contraditórios pelas teorias em vigor são negados, reinterpretados ou omitidos

pelos(as) médicos(as). Segundo Tesser & Luz (2002), essa “cegueira paradigmática” contribui para que as tradições terapêuticas diferentes sejam reconhecidas pela biomedicina e pela ciência como mágicas, místicas e crendices. E faz com que algum conteúdo empírico-factual, caso mereça atenção, possa servir para futuras pesquisas nos moldes biomédicos existentes.

A postura crítica à ciência moderna se faz necessária porque a ciência impregnada de certezas só fez desconsiderar tudo o que se apresenta como incerto e imprevisível da realidade humana e social, propondo uma nova ordem baseada na racionalidade. Criou-se a ilusão de poder dominar o mundo através do conhecimento científico, o que coincide com a própria subjugação do ser humano pela máquina, a “objetivação do subjetivo”, a “morte do sujeito” (Baudrillard, 1976).

Assim, a ciência afastou-se do campo da experiência e da vida, submetendo-o ao enquadre formalizador do método e ao ordenamento imposto pelas narrativas universais. A ciência caracterizada por uma matriz universal desconsidera as possibilidades de conhecimento que não se propõem à predição e explicação do real, práticas institucionalizadas que fazem parte de um ritual acadêmico.

Não se trata de negar os benefícios do conhecimento médico, na redução da morbidade e mortalidade, criando perspectivas de níveis de saúde sem precedentes, mas num instante em que é repensada a prática médica, nota-se que o reducionismo, feito a partir de suas concepções de conhecimento, ciência e exercício profissional, exclui os vínculos com o “mundo sensível”. O que tem induzido a realização de várias pesquisas destinadas à Educação Médica, visando refletir a necessidade de uma atenção integral e humanizada, em que o ser humano deve ser compreendido nas suas dimensões biológica,

psicológica, social, cultural e espiritual. Portanto, a formação dos(as) futuros(as) profissionais deve capacitá-los(as) para que possam tomar decisões considerando o contexto em que vivem as pessoas, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes.

Para tanto, torna-se importante que o(a) médico(a) reconheça, compreenda e integre a realidade do(a) paciente à sua prática, e quando isso acontece ele(a) exerce sua profissão de forma integral. Caso contrário, a atitude distanciada e acomodada de profissionais que evitam o trabalho, ou seja, de pôr em prática os novos conceitos e idéias que aprendem, enriquece apenas seu vocabulário e discurso, empobrecendo a sua vivência.

Sabemos que a complexificação da realidade faz com que tanto o(a) profissional como o(a) estudante de Medicina se encontre despreparado(a) para enfrentar os problemas cotidianos que exigem não apenas uma formação específica, mas uma percepção global e uma atitude crítica frente a realidade, a partir de um aprendizado profissional capaz de gerir diferentes modelos de doenças.

Nesse sentido, na Medicina Contemporânea, a aprendizagem orientada às experiências da cultura popular é considerada e o conhecimento científico passa a ser um dos saberes de que os sujeitos podem dispor para ter acesso à realidade. Esse fato demonstra que o(a) paciente possui um saber próprio sobre o seu processo de saúde e adoecimento e é capaz de fazer escolhas compatíveis ao que realmente necessita. Assim, novos grupos sociais se posicionam como produtores simbólicos e questionam a confiabilidade do conhecimento científico.

Para tal fim, deve-se pensar na superação da atomização do conhecimento humano, o que requer determinação e reflexão a partir de leituras e práticas pedagógicas que levem à reformulação do ensino e da prática. O que vai permitir não só a interação da Medicina com

as Ciências Humanas, como também a formação de profissionais instrumentalizados para compreender e interpretar as diferenças das prioridades regionais durante o processo saúde-doença vinculada às dimensões emocional, social, cultural e espiritual das pessoas. Desta forma, os(as) futuros(as) profissionais médicos(as) possam ser conhecedores(as) das realidades locais e bem preparados(as) tecnicamente para exercerem as atividades profissionais (Pereira & Almeida, 2005).

No entanto, existem muitos movimentos e experiências em andamento a fim de construir um modelo crítico na formação médica, que conceba o ser humano de forma integrada. Desse modo, os mecanismos de educação devem ser condizentes com as transformações que se baseiam na construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde (Feuerwerker, 1998) para que possa promover a formação de um...

(...) profissional propositivo frente às demandas impostas pela necessidade de transformação política de saúde, como uma forma de potência de explicitar toda complexidade do processo do trabalho em saúde, assim como possibilitar a apreensão de novas habilidades necessárias à construção de uma prática mais qualificada e transformadora (Feuerwerker, 1999, p.164).

Experiências inovadoras, como, na Faculdade de Medicina de Botucatu, o projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” – UNI – tem tido um papel relevante na melhoria do Sistema de Saúde da cidade, facilitando a implantação do ensino orientado à comunidade, desde 1992. Os docentes, componentes da Comissão de Apoio Pedagógico, realizam um curso à distância, em

Educação Médica, com o Centro de Educação Médica da Universidade de Dundee, centro internacionalmente conhecido para treinamento de professores da área da saúde. O processo de treinamento também envolve o curso face-a-face em Dundee. Dessa maneira, os docentes pretendem participar do movimento mundial de reformulação do ensino médico, valendo-se da experiência de escolas que já vivenciaram as dificuldades de implantação de um novo currículo.

No contexto educacional brasileiro, como na prática profissional, a interdisciplinaridade é um dos meios utilizados para promover a superação da superespecialização e da desarticulação teórica e prática, construindo um tipo de conhecimento que leva em consideração a interação das disciplinas, que normalmente não se comunicam, organizando os conteúdos de ensino através de uma lógica de flexibilização. Os currículos construídos a partir dessa concepção contribuem para o desenvolvimento de um enfoque em que as pessoas envolvidas no processo – professores, alunos(as) e os(as) pacientes – possam (re)elaborar o saber através de um processo dinâmico, aberto e interativo para alcançar a formação integral na perspectiva da totalidade.

Na tentativa de gerir esse novo modelo de atuação médica, a partir de uma prática constante com realidades sociais existentes e seus respectivos problemas de saúde e doença, existe a necessidade de se criar um contexto que possa envolver a articulação dos diferentes saberes científicos com os conhecimentos das pessoas assistidas nos serviços de saúde. Acredita-se que a visão da pessoa, à luz da interdisciplinaridade, transforme o contexto de ensino a partir de uma postura mais humanizada e integralizada, gerando uma continuidade entre as diversas dimensões de uma mesma realidade, unindo o pensar do fazer e

construindo uma formação acadêmica que questione o próprio conhecimento e a forma como é produzido e trabalhado.

Nessa busca de aproximação ou interação entre diferentes áreas de conhecimento, a prática interdisciplinar exige um domínio teórico e técnico, além de uma postura ética, já que envolve uma reflexão crítica da realidade com a qual os profissionais, estudantes e pacientes devem conviver, para trocarem informações, em que um respeita o outro nas suas visões de mundo.

Em algumas cidades como Marília, Maringá, Boa Vista, dentre outras, têm ocorrido experiências inovadoras direcionadas à Educação Médica. No Distrito Federal, em 2001, o curso de Medicina, criado pela Escola Superior de Ciência da Saúde (ESCS) e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) surgiu a partir de uma série de reflexões críticas e na busca de alternativas que integrassem, em uma perspectiva original e interdisciplinar, os saberes da Saúde com os das Ciências Humanas.

O Projeto Pedagógico está voltado para uma prática acadêmica contemporânea ao ensino da Medicina, objetivando uma formação em que o futuro profissional tenha competência técnica para reconhecer as diferentes formas de adoecimento e seja conhecedor das diversas prioridades regionais.

No que se refere à grade curricular do curso, esta foi organizada para garantir uma formação técnica, científica e humanista, baseada nos seguintes elementos: interdisciplinaridade; envolvimento dos alunos em situações de prática de saúde ao longo do curso, integração ensino-serviços-pesquisa; desenvolvimento do estudo baseado na problematização; ensino centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes;



desenvolvimento da capacidade de realizar estudos para se manter atualizado (educação permanente); compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional e a adoção de uma avaliação que seja formativa e somativa.

Também no Distrito Federal, a pesquisa realizada na Universidade Católica de Brasília intitulada, “Ciências Humanas e a Saúde: implicações de uma inovação teórico-metodológica na formação médica” visou, apreender como e em que grau as Ciências Humanas estavam embasando a formação de médicos(as) numa proposta educacional inovadora. Almeida & Pereira (2005) constataram a baixa tradutibilidade dos termos do saber médico nas linguagens compreensíveis pelas comunidades populares, detentoras de saberes marcados por concepções e religiões estranhas ao universo de categorias médicas.

O problema, acima referido, forneceu dados suficientes para a montagem de um projeto mais amplo, denominado “As Ciências Humanas e a Saúde: Religião e Ética” coordenado pelas mesmas pesquisadoras, professora doutora. Tânia Mara Campos Almeida e professora doutora Ondina Pereira, cujo objetivo é a investigação sobre a presença de crenças e valores religiosos entre os usuários do Hospital Universitário da Universidade Católica de Brasília, bem como a forma pela qual tal presença se articula e/ou se contrapõe ao discurso dos(as) profissionais de saúde, em particular ao dos(as) médicos(as) e dos(as) estudantes de Medicina, além de propor diretrizes no campo da ética baseadas no respeito a essa diversidade cultural.

Diante desse quadro, possivelmente, pode-se vislumbrar mudanças de atitudes dos(as) estudantes e dos(as) profissionais a respeito de sua formação e ação, das quais fazem parte os aspectos afetivos, relacionais, éticos e metafísicos juntamente com os racionais, lógicos e objetivos, tornando-se, então, agentes transformadores. Para tal fim, a

ciência, diante dessa posição, estaria necessitando de se reencontrar com a vida e com a totalidade da experiência humana na atualidade.

## **CAPÍTULO II: RECURSOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 A Pesquisa qualitativa**

A pesquisa qualitativa permite a apreensão do fenômeno estudado através da intencionalidade dos significados, visto que estes são inseparáveis dos atos, relações e representações sociais, sendo estas últimas, tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 1994). Captar os sentidos e as significações do fenômeno implica ouvir e observar o comportamento dos sujeitos da pesquisa, como apresentar as interpretações sobre suas realidades.

Assim, a metodologia qualitativa permite: a especificidade da pesquisa; as possíveis generalizações nos resultados baseados nos processos de produção de sentido e o uso da subjetividade do(a) pesquisador(a) na busca da seriedade metodológica, permitindo uma reflexão do eu-pesquisador(a), valores, interesses e o impacto no delineamento.

O(A) pesquisador(a), que segue o método qualitativo, investiga um problema que não pode ser compreendido por meios de números e estatísticas. A valorização da objetividade por meio da padronização de instrumentos, a linguagem das variáveis oferecendo a possibilidade de expressar generalizações com precisão e a possibilidade de prever e determinar a ação humana, representam o rigor metodológico do método quantitativo. Neste caso, o conhecimento precisa ser comprovado para adquirir a objetividade científica.

Lefrève e col. (2000, p.15) concluem que: “(...) pelo espaço proeminente que conferem aos discursos, as abordagens de corte qualitativo (...) remetem a uma teia de

significados, de difícil recuperação através de estudos de corte quantitativo, em que o discurso, quando está presente, é sempre reduzido a uma expressão numérica”.

Entretanto, não se trata de criticar os métodos quantitativos, por vezes eficientes e adequados a determinados objetos de estudo. Acerca disso, Minayo (1994) recomenda que, quando for necessário, deve-se recorrer a instrumentos quantitativos, fazendo uso, portanto, de abordagens diversificadas.

Turato (2003) assinala que cada método deve estar baseado em três pontos: na natureza do objeto, pela forma como o sujeito do conhecimento pode aproximar-se desse objeto e pelo conceito de verdade definida por cada esfera do conhecimento.

Assim, diferentes formas de conceber e lidar com a realidade formam distintas maneiras de perceber e interpretar significados e sentidos do objeto pesquisado que não se opõem nem contradizem. A opção do método a ser empregado pelo(a) pesquisador(a) deve beneficiar o estudo e dependerá da definição do problema, dos objetivos da pesquisa, bem como das condições específicas que se pretende estudar.

Desse modo, o procedimento utilizado pela pesquisa qualitativa busca desmistificar a associação do rigor metodológico e mensuração, propondo uma análise “compreensiva-interpretativa, (...), pois seu objeto são as significações ou sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas e produzidas pelos seres humanos” (Chauí, 1995, p. 160).

Compreender e interpretar fenômenos através de seus significantes e contexto são formas de produzir conhecimento, o que contribui para que se perceba a vantagem no uso de um método que oferece uma ampla visão do problema, possui contato direto com objeto de análise e fornece um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade.

A aplicação do método qualitativo na presente pesquisa baseia-se na falta de exploração do tema na literatura disponível como no seu caráter descritivo capaz de apreender as dimensões e a dinâmica das relações que tomam como objeto a religiosidade na relação médico(a)-paciente. Assim, na prática médica a pesquisa qualitativa pode oferecer ao profissional observar a realidade a partir de uma nova perspectiva. O(A) médico(a) pode “olhar o mundo por um outro caminho – a abertura de um terceiro olhar. Cada entendimento pode reestruturar o desinteresse, ou recuperar um paciente aborrecido” (Teixeira, 2003, p.26).

## **2.2 Estudo piloto**

A pesquisa foi realizada com profissionais e docentes de uma Universidade pública e outra particular no Rio de Janeiro, durante o mês de janeiro de 2006 - período de recesso acadêmico. Os(As) depoentes foram abordados(as), a partir da indicação de colegas e, à medida em que eram encontrados(as) no local de trabalho, se dispuseram em colaborar, após serem informados(as) sobre a pesquisa. O estudo piloto tornou-se útil para uma melhor compreensão do fenômeno a ser estudado, como também para avaliar o roteiro de entrevista, por meio de uma observação mais precisa do instrumento de pesquisa. Ele foi aplicado a quatro professores(as) médicos(as), sendo duas mulheres e dois homens, três mestres e um especialista. Exercem a profissão em um período que varia de 10 a 24 anos e como professores de 2 a 24 anos.

### **2.3 Participantes da pesquisa**

O estudo de campo contemplou profissionais da área médica que pertencem ao quadro de professores da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília. Os(As) entrevistados(as) desta pesquisa foram contatados(as) durante os meses de abril a junho de 2006, após uma reunião com o diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília, que ao ter acesso ao projeto inicial aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entregou uma lista contendo os e-mails de todos os(as) médicos(as) que atuam como docentes do curso de Medicina, para que pudesse convidá-los(as) a participar da pesquisa. Dos(as) cento e dezoito médicos(as) que ministram aulas, enviei uma carta-convite (Anexo I), via e-mail, para os(as) vinte primeiros(as) e os(as) vinte últimos(as) da lista. Na carta forneci uma rápida explanação – genérica – acerca dos objetivos da pesquisa, enfatizando a importância da coleta de dados.

A seguir, o contato com os(as) entrevistados(as) ocorreu por telefone ou pessoalmente. Apresentei-me, explicando os objetivos da pesquisa e perguntei sobre a disponibilidade para participar de uma entrevista individual. Quando confirmada, era agendada a entrevista em horário e local convenientes para a pesquisadora e o(a) entrevistado(a). O agendamento tornou-se necessário em função da viabilidade prática tanto do(a) médico(a) que, geralmente, é muito requisitado(a) no seu local de trabalho, como também, sendo a entrevista importante para um trabalho científico, exige tempo suficiente para responder às perguntas e um local disponível com menor interferência possível.

Antes de iniciar a entrevista, foi fornecida novamente uma rápida explanação. Foi explicado aos(às) participantes o contexto em que a pesquisa se insere, os objetivos e a maneira como seria realizada, lembrando a questão do sigilo e do anonimato, sendo

solicitado a eles(as) a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), ficando o original com o(a) entrevistado(a) e uma cópia com a pesquisadora. Diante de tal tema, os esclarecimentos foram dados de forma que não interferissem ou influenciassem as respostas, quando na realização da entrevista. Também foi solicitada a gravação em áudio, com a qual todos concordaram. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada variando de trinta a sessenta minutos.

O número de participantes foi constituído por oito profissionais, entre 34 e 63 anos de idade, que atuam como médicos(as) em um período que varia de 5 a 35 anos e como professores de 1 a 33 anos. Em termos de titulação acadêmica, são quatro especialistas, uma mestre, duas pessoas possuem o doutorado e uma outra, o pós-doutorado.

O fato de estarem atuando clinicamente e de pertencerem à instituição acadêmica são aspectos relevantes, por serem responsáveis pela produção de conhecimento, práticas e valores da profissão.

#### **2.4 Dificuldades encontradas**

Ao longo do processo de contato e realização das entrevistas para identificar e analisar as concepções e condutas médicas diante da religiosidade do(a) paciente foram vivenciadas algumas dificuldades, as quais passo a relatar a seguir.

No período de abril a junho de 2006, dezoito profissionais médicos(as) que ministravam aulas na Universidade Católica de Brasília e possuíam prática clínica responderam ao e-mail, porém só foi possível realizar treze entrevistas. Cinco profissionais não se dispuseram a participar alegando falta de experiência com o tema, por

incompatibilidade de horários para o agendamento da entrevista e por não enviarem um telefone ou local para contato.

Entretanto, desses depoimentos, três foram descartados para comporem o quadro de discursos devido a problemas técnicos por parte da pesquisadora. Das dez entrevistas, duas não foram consideradas por terem sido superficiais e inconsistentes em relação ao tema e restaram oito depoimentos.

Os(As) informantes foram escolhidos(as) por terem participado de algum tipo de experiência com mais de um(uma) paciente que apresenta ou que tenha apresentado um discurso religioso durante o atendimento clínico, como também foi considerada a disponibilidade dos(das) participantes em colaborar com o estudo. A pesquisa incluiu profissionais médicos(as), independentemente de suas crenças religiosas e ateus. A participação foi plural, tendo-se total respeito ao credo dos(as) entrevistados(as).

O número de depoentes mostrou-se suficiente para alcançar os objetivos propostos e a compreensão do fenômeno estudado nesta pesquisa. O resultado foi baseado na qualidade das informações e como os mesmos poderiam contribuir para o tema proposto. Assim, em relação à amostragem na abordagem qualitativa, Minayo (1994) afirma:

preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (...) a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões (...) esforça-se para que a escolha



do locus e do grupo de observação e informação contêm o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (p.102).

## **2.5 Coleta dos dados**

A investigação foi desenvolvida nos locais previamente marcados pelos(as) participantes e na Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília, em Taguatinga Sul, situada no Distrito Federal.

Os recursos utilizados para captação dos discursos dos(as) profissionais médicos(as) foram a observação e uma entrevista semi-estruturada, visando aos seguintes objetivos:

1. *Observação*: apreender o comportamento geral do(a) participante, quando entrevistado(a).

2. *Roteiro de entrevista*: investigar os dados pessoais e profissionais, verificar como os(as) participantes estabelecem ou deixam de estabelecer as relações entre formação acadêmica, prática clínica e religiosidade; além de compreender os dados, bem como propiciar uma descrição mais detalhada sobre as condutas tomadas.

A entrevista é um procedimento muito utilizado em pesquisa qualitativa na área da saúde. Através dela, tenta-se buscar a linha de pensamento e as experiências contidas na fala do(a) participante, que começa a contribuir na elaboração do conteúdo da pesquisa. Como também pode desempenhar um papel importante quando combinado com outros métodos, como no caso a observação, pois permite que “as intuições provindas da pesquisa qualitativa possa melhorar a qualidade do delineamento de um levantamento e de sua interpretação” (Bauer e Gaskell, 2004, p. 65).

A observação, então, visou à anotação da comunicação não-verbal do(a) entrevistado(a), por trazer informações adicionais para a interpretação da pesquisadora/observadora.

O roteiro (Anexo III) investigou os seguintes aspectos: (a) interesse pelo tema; (b) a concepção do(a) médico(a) sobre religiosidade; (c) o reconhecimento do(a) médico(a) ao discurso religioso do(a) paciente; (d) avaliação do(a) médico(a) relacionada à doença; ao tratamento e à religiosidade do(a) paciente; (e) as condutas do(a) médico(a) diante da crença religiosa do(a) paciente; e (f) o comportamento do(a) médico(a).

Os dados coletados foram analisados e interpretados utilizando a técnica da análise de conteúdo, modalidade análise categorial temática, guiada por uma construção metodológica adaptada, baseada nas reflexões teóricas acerca dela defendidas por Bardin(1996) e Minayo (1994) por melhor se adequar à investigação.

## **2.6 Método de apresentação e análise de dados:**

Segundo Minayo (1994, p. 197), a análise dos dados possui as seguintes finalidades complementares: ultrapassar as incertezas, enriquecer a leitura e integrar as descobertas. Porém, a sua grande importância está em ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação e atingir uma postura crítica diante das entrevistas, documentos, biografias e outros.

Na busca de alcançar os significados manifestos e latentes do material qualitativo torna-se necessária a aplicação de três figuras metodológicas, propostas por Bardin (1996), Minayo (1994) e Lefèvre e col. (2000), resultando estas em: unidade de contexto (expressão-chave ou frase: pedaços contínuos ou descontínuos de discursos individuais que

revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente); núcleo de sentido (unidade de registro ou idéia central destacada que revela ou descreve de maneira resumida e precisa o sentido, ou o sentido e o tema de cada expressão-chave) e síntese da análise categórica (o tratamento do material, privilegiando os significados presentes no discurso).

A construção e escolha de tal método visaram preservar os discursos dos(as) entrevistados(as) visto que, com a aplicação das figuras metodológicas, estas possam contribuir para uma apresentação e descrição metodologicamente adequadas, ultrapassando o discurso individual.

Bardin (1996, p. 31) define a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Trata-se de uma técnica capaz de apurar descrições de conteúdo subjetivas para colocar em evidência com objetividade a natureza e os estímulos aos quais o sujeito é submetido.

Como opção metodológica acerca do objeto de pesquisa escolhi, dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, a análise categorial temática. Para Bardin (1996, p.105), o tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo os critérios relativos a teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis”.

Fazer análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo visado” (Bardin, 1996, p. 105). Esses núcleos correspondem aos temas amplos, traçados a

partir dos objetivos da pesquisa, bem como para identificar as categorias inseridas nesses temas.

Dessa forma, os dados são trabalhados através da análise qualitativa das respostas, agrupando o conteúdo em categorias. “Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (Bardin, 1996, p.153).

Operacionalmente a análise temática compreende três fases (Bardin,1996; Minayo, 1994):

- a) Fase da pré-análise: consiste na análise das entrevistas; retomada dos objetivos da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Para atingir tal fim, o(a) pesquisador(a) entra em contato exaustivo com a material coletado, tentando organizá-lo de forma que atenda os aspectos apresentados pelo roteiro, obedeça aos critérios precisos de escolha dos temas e esteja adequado aos objetivos do trabalho.
- b) Fase da exploração do material: fase de codificação do material, o texto é recortado em unidades de registro que podem ser: uma palavra, uma frase, um tema, um acontecimento. Para realizar a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que irão determinar a especificação dos temas.
- c) Fase dos tratamentos dos resultados e interpretação: as inferências são feitas e são realizadas as interpretações teóricas sugeridas pela leitura do material.

Bardin (1996) e Minayo (1994) pontuam que as finalidades da análise do material da pesquisa qualitativa, dentro da proposta de investigação social, compreendem as seguintes etapas: a heurística, etapa que leva a uma atitude de busca a partir do material

coletado; a seguir, as hipóteses provisórias, que informa-as ou as confirma ou levanta outras; e, por último, a de ampliar a compreensão dos contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens.

Neste estudo o conjunto de categorias foi estabelecido a partir da coleta de dados. Para a execução da fase da pré-análise foram feitas as transcrições das entrevistas, a leitura flutuante do material transcrito (fase de sensibilização, de aproximação dos relatos) e a identificação dos temas centrais no discurso de cada participante, quando são realizados os recortes transversais de “unidades de registro e contexto” relacionados ao tema e aos objetivos da pesquisa.

As “unidades de contexto” das falas dos(as) participantes da pesquisa foram organizadas em um instrumento individual de análise, “IA1” (Anexo V) de cada entrevistado(a), formado a partir das seis perguntas do roteiro. Em seguida, foram destacadas as “unidades de registro” das “unidades de contexto”, procurando-se alcançar uma primeira classificação categórica em torno das idéias centrais que parecem relevantes.

A partir do instrumento de análise “IA1”, listou-se em um único instrumento de análise “IA2”, em que as unidades de contexto extraídas das falas dos(as) entrevistados(as) já traziam suas unidades de registro destacadas e uma primeira categorização. Nesse momento as unidades de registro recebem uma nova denominação. Foram chamadas de núcleo de sentidos, aqueles que procuram apresentar as idéias centrais percebidas pelo(a) pesquisador(a) em torno do tema, no caso, em torno dos temas propostos na investigação.

Em relação ao “IA2”, organizou-se de tal forma um instrumento que se pretendia apresentar os resultados da análise, ou seja, pelos eixos de investigação, a saber: a) interesse pelo tema; (b) a concepção do(a) médico(a) sobre religiosidade; (c) o

reconhecimento do(a) médico(a) ao discurso religioso do(a) paciente; (d) avaliação do(a) médico(a) relacionado à doença; ao tratamento e à religiosidade do(a) paciente; (e) as condutas do(a) médico(a) diante da crença religiosa do(a) paciente; (f) o comportamento do(a) médico(a).

Produziu-se um instrumento final da síntese da análise categórica, segundo as categorias identificadas durante o processo, sendo preservados os códigos de identificação utilizados para enquadrar os(as) entrevistados(as). A organização das entrevistas tratadas no instrumento “IA2” possibilitou compreender as singularidades, convergências, ambigüidades e relações entre os discursos produzidos pelos oito entrevistados(as) relacionado a cada eixo de investigação. Tal estruturação mostrou-se útil tanto para o tratamento mais minucioso do material como para reflexão acerca do estudo.

A seguir, foram constituídas as categorias através da organização dos trechos das entrevistas de frases recorrentes e expressões emitidas espontaneamente pelo(a) entrevistado(a) correspondentes aos eixos de investigação.

O procedimento dessa análise permitiu reunir o discurso comum dos(as) participantes da pesquisa de acordo com a sua concepção e conduta diante do discurso religioso do(a) paciente.

A análise das entrevistas terminou com a discussão dos resultados a partir de temáticas e dos eixos estruturantes. Foram privilegiados os significados dos temas presentes nas falas. Enfim, nessa fase há o confronto entre o objeto empírico, o corpo teórico do trabalho e a experiência da pesquisadora.

Na necessidade da verificação da exatidão das falas, é possível consultar no Anexo IV a transcrição literal das entrevistas. Nesta, foram criados pseudônimos para substituir os nomes, a fim de preservar a não-identificação dos profissionais.

Assim sendo, buscou-se durante o percurso compreender os sujeitos desta pesquisa em torno do tema proposto. Os resultados dessa fase da análise são apresentados no capítulo III e, a discussão do resultado, no capítulo IV.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os materiais obtidos nas oito entrevistas. Os itens sociodemográficos e profissionais estão dispostos nos quadros I e II, enquanto os discursos dos participantes são apresentados conforme a estratégia metodológica adotada no estudo.

#### 4.1 Profissionais de saúde: Médicos(as)

Nesta seção apresento uma breve caracterização do perfil demográfico e profissional dos(as) oito médicos(as) da Universidade Católica de Brasília. Conforme os itens sociodemográficos, a maioria dos participantes pertence ao sexo masculino, é católica e nasceu na região Sudeste.

**Quadro I**

ENTREVISTADO	IDADE	RELIGIÃO	PRÁTICA	SEXO	NATALIDADE
<b>RITA</b>	59	AGNÓSTICO	_____	FEMININO	RIO DE JANEIRO
<b>JOSÉ</b>	63	ESPÍRITA	PRATICANTE	MASCULINO	MINAS GERAIS
<b>JOÃO</b>	50	CATÓLICO	NÃO PRATICANTE	MASCULINO	MINAS GERAIS
<b>IGOR</b>	35	CATÓLICO	NÃO PRATICANTE	MASCULINO	RIO DE JANEIRO
<b>ANA</b>	44	CATÓLICO	PRATICANTE	FEMININO	BRASÍLIA
<b>CAIO</b>	41	CATÓLICO	NÃO PRATICANTE	MASCULINO	GÓIAS
<b>CLÉO</b>	41	PROTESTANTE	PRATICANTE	FEMININO	RIO DE JANEIRO
<b>IVAN</b>	34	CATÓLICO	PRATICANTE	MASCULINO	BRASÍLIA



Todos os (as) entrevistados (as) possuem especialização na área específica, entretanto as médicas se apresentam com a titulação mais elevada e com maior experiência na área acadêmica, enquanto os médicos exercem a profissão há mais tempo. Em relação à busca profissional e acadêmica, ambos possuem interesses equivalentes.

**Quadro II**

<b>ENTREVISTADO</b>	<b>MOTIVAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL</b>	<b>TITULAÇÃO COMO PROFESSOR</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>TEMPO/ANOS COMO PROFESSOR</b>	<b>TEMPO/ANOS COMO MÉDICO</b>
<b>RITA</b>	VOCAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL	PÓS-DOUTORADO	GERIATRIA	33	35
<b>JOSÉ</b>	TRANSMITIR CONHECIMENTO E REALIZAÇÃO PESSOAL	ESPECIALISTA	CIRURGIA	30	35
<b>JOÃO</b>	ATRAÇÃO E VOCAÇÃO	ESPECIALISTA	ORTOPEDIA	1	25
<b>IGOR</b>	FORTE IDENTIFICAÇÃO	ESPECIALISTA	NEUROCIRURGIA	8	5
<b>ANA</b>	GOSTO PELO ESTUDO	DOUTORADO	PNEUMOLOGIA	10	19
<b>CAIO</b>	GOSTA DE ENSINAR E PRAZER PESSOAL	DOUTORADO	CARDIOLOGIA	2	18
<b>CLÉO</b>	FASCINAÇÃO E DESAFIO	MESTRE	ENDOCRINOLOGIA	5	15
<b>IVAN</b>	VOCAÇÃO	ESPECIALISTA	CIRURGIA	2	6

Cabe ressaltar que a transcrição do conteúdo relacionado aos quadros I e II não foram anexados para assegurar o anonimato dos (as) participantes.

#### **4.2 Eixos de investigação**

Serão apresentados os eixos temáticos de investigação, conforme já descrito. Os (as) depoentes que se prestaram a colaborar com a pesquisa adotaram diferentes formas de argumentação, apresentadas a seguir:

## IA 2

## PERGUNTA I: O QUE O (A) MOTIVOU A FAZER PARTE DA PESQUISA?

NÚCLEOS DE SENTIDO (idéia central)	UNIDADES DE CONTEXTO (expressões-chave)	CATEGORIAS TEMÁTICAS
RITA “(...) você me convidou e eu não podia dizer não”.	“(...) você me convidou e eu não podia dizer não”.	Sente-se no dever de participar.
JOSÉ “(...) o paciente quando se entrega ao cirurgião, (...), ele está com a morte muito próxima, (...), toda cirurgia tem risco (...), o paciente procura algo fora da matéria, onde ele possa se amparar, onde ele possa se segurar e, muitas vezes, ele busca isso no próprio cirurgião, na tentativa que ele possa trazer isso para ele (...) a vida e a existência fora dessa vida, (...) identifiquei uma filosofia que me dizia que as vidas eram sucessivas (...) isso me fez buscar uma doutrina espiritualista (...) ela tem (...) a ciência, a filosofia e a religião, que se associaram, (...), e (...) me sinto satisfeito com as explicações que recebo (...)”.	“(...) o paciente quando se entrega ao cirurgião, (...), ele está com a morte muito próxima, porque eles sabem que não existem cirurgias insignificantes, toda cirurgia tem risco. Uma cirurgia grande, (...), tem um risco grande (...), o paciente procura algo fora da matéria, onde ele possa se amparar, onde ele possa se segurar e, muitas vezes, ele busca isso no próprio cirurgião, na tentativa de que ele possa trazer isso para ele (...) a vida e a existência fora dessa vida, (...) identifiquei uma filosofia que me dizia que as vidas eram sucessivas (...). Com isso me fez buscar uma doutrina espiritualista (...) ela tem, diríamos, três pilares, (...) tem a ciência, a filosofia e a religião, que se associaram, (...), e hoje me sinto satisfeito com as explicações que recebo a respeito da vida”.	O paciente cirúrgico procura algo fora da matéria na relação com o cirurgião para se sentir amparado e seguro. Por fazer parte da doutrina espiritualista, que associando a ciência, a filosofia e a religião, explica a existência nessa e em outras vidas.
JOÃO “(...) membros de uma universidade, (...) recebe o convite de um profissional que atua na área de ensino e que ele gostaria de contar com a sua colaboração (...), é um dever (...) colaborar com atividade docente (...)”.	“(...) membros de uma universidade, em que o ensino é o objetivo principal, (...) sempre que você recebe o convite de um profissional que atua na área de ensino e que (...) gostaria de contar com a sua colaboração, (...) não só é um dever que nós temos de colaborar com a atividade docente (...). Por isso (...) me pré-dispus a colaborar”.	Os membros da universidade têm o dever de colaborar na atividade docente de um outro profissional.
IGOR “(...) Ajudar a pessoa que	“(...) Ajudar a pessoa que está	Colaborar no estudo e

está fazendo a pesquisa (...) interesse, (...), do que vai resultar a pesquisa”.	fazendo a pesquisa (...) do que vai resultar a pesquisa”.	curiosidade sobre o resultado da pesquisa.
ANA “(...) enfoque menor na técnica e mais no atendimento ao paciente, (...)”.	“(...) interessante a pessoa dar enfoque menor na técnica e mais no atendimento ao paciente (...)”.	Valorizar o atendimento ao paciente.
CAIO “(...) é o tema que, (...), me pergunto um pouco (...) curioso (...) o que é a pesquisa, (...) e o que eu posso aprender com isso (...), não tenho nada formado (...), mas é um assunto (...) relevante, (...) na prática do médico hoje, (...)”.	“Esse é o tema que, quase sempre, me pergunto um pouco. Estou curioso em saber o que é a pesquisa, até para saber o que vai ser perguntado e o que eu posso aprender com isso (...). A gente se depara com muita frequência no dia-a-dia, (...). É um assunto bastante relevante, (...) na prática do médico hoje, (...)”.	Tema relevante e presente na prática diária do(a) médico(a) que gera curiosidade, questionamentos pela falta de conhecimento e vontade de aprender sobre o assunto.
CLÉO “(...) interessante esse objeto de estudo da pesquisa (...) trabalhei (...) com um grupo de pacientes em fase terminal, e fazia parte desse acompanhamento o morrer, que leva em consideração toda situação religiosa do indivíduo, de como você vê a vida e como vê a morte”.	“(...) interessante esse objeto de estudo da pesquisa (...) trabalhei (...) com um grupo de pacientes em fase terminal. E fazia parte desse acompanhamento o morrer, que leva em consideração toda situação religiosa do indivíduo, de como você vê a vida e como você vê a morte”.	Pelo tema abordar o médico e a religiosidade que faz parte da prática médica com pacientes terminais.
IVAN “O interesse em saber qual resultado vai dar, (...) assunto religiosidade pro paciente e o toque médico estão (...) em toda a Medicina. (...) Não só no paciente terminal, está em qualquer doença, (...), em que nós vamos ter um contato médico-paciente muito rápido (...)”.	“O interesse em saber qual resultado vai dar (...) discutimos muito a questão religiosidade, principalmente com pacientes terminais. Quando discutíamos sobre (...) o que fazer ou não fazer, nós discutíamos também o conforto espiritual, (...) o que assunto religiosidade e o toque médico estão na verdade em toda a Medicina. Não só no paciente terminal, está em qualquer doença. Desde uma doença simples curável, em que nós vamos ter um contato médico-paciente muito rápido, (...) essa questão da religiosidade vai estar presente”.	Curiosidade sobre o resultado da pesquisa já que o tema religiosidade está presente na Medicina e na relação médico-paciente.

## **Síntese da análise categórica**

### **a) Interesse na pesquisa**

#### **Significado científico da pesquisa**

*(...) membros de uma universidade, (...) recebe o convite de um profissional que atua na área de ensino e que ele gostaria de contar com a sua colaboração (...), é um dever (...) colaborar com a atividade docente (...) (JOÃO).*

*(...) você me convidou e eu não podia dizer não (RITA).*

*(...) Ajudar a pessoa que está fazendo a pesquisa (...) interesse, (...) do que vai resultar a pesquisa (IGOR).*

*(...) é o tema que, (...), me pergunto um pouco (...) curioso (...) o que é a pesquisa, (...) e o que eu posso aprender com isso (...), não tenho nada formado (...), mas é um assunto (...) relevante, (...) na prática do médico hoje, (...) (CAIO).*

*O interesse em saber qual resultado vai dar, (...) assunto religiosidade e o toque médico (...) estão (...) em toda a Medicina(...). Não só no paciente terminal, está em qualquer doença, (...), em que nós vamos ter um contato médico-paciente muito rápido (...) (IVAN).*

#### **Significado humanista da pesquisa**

*(...) enfoque menor na técnica e mais no atendimento ao paciente, (...) (ANA).*

*(...) interessante esse objeto de estudo da pesquisa (...) trabalhei (...) com um grupo de pacientes em fase terminal. E fazia parte desse acompanhamento o morrer, que leva em consideração toda situação religiosa do indivíduo, de como você vê a vida e como você vê a morte (CLÉO).*

### **Significado religioso da pesquisa**

*(...) o paciente quando se entrega ao cirurgião, (...), ele está com a morte muito próxima, (...), toda cirurgia tem risco (...) o paciente procura algo fora da matéria, onde ele possa se amparar, onde ele possa se segurar e, muitas vezes, ele busca isso no próprio cirurgião, na tentativa de que ele possa trazer isso para ele (...) vida e a existência fora dessa vida, (...) identifiquei uma filosofia que me dizia que as vidas eram sucessivas (...) isso me fez buscar uma doutrina espiritualista (...) ela tem (...) a ciência, a filosofia e a religião, que se associaram, (...), e (...) me sinto satisfeito com as explicações que recebo (...) (JOSÉ).*

## **PERGUNTA II: VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA RELIGIOSA?**

### **NÚCLEOS DE SENTIDO (idéia central)**

### **UNIDADES DE CONTEXTO (expressões-chave)**

### **CATEGORIAS TEMÁTICAS**

RITA “Considero-me uma pessoa religiosa, mas só não frequento nenhuma igreja, nenhum rito de uma religião formal. (...) passei mais da metade da minha vida sem acreditar em Deus, o que dificulta muito a vida. (...). Todo dia eu converso com Deus, eu tenho, eu sei que tem alguém me protegendo. Eu não dou nome, eu sei que tem uma força me protegendo individualmente, que existe

“Considero-me uma pessoa religiosa, mas só não frequento nenhuma igreja, nenhum rito de uma religião formal. (...) eu passei mais da metade da minha vida sem acreditar em Deus, o que dificulta muito a vida. (...). Todo dia eu converso com Deus, eu tenho, eu sei que tem alguém me protegendo. Eu não dou nome, eu sei que tem uma força me protegendo individualmente, que existe uma força universal que

A religiosidade não está vinculada a um local, a um rito. A religiosidade pode ser expressa através de uma conversa diária com Deus, força universal que protege a todos e facilita a vida.

uma força universal que protege todo mundo. (...)”  
protege todo mundo. (...)”.

<p>JOSÉ “(...) A religião (...) coloca em contato com o criador (...) tudo (...), que nós convivemos (...) me impulsiona (...) em tudo, se tiver gratidão ao criador. Por isso, eu me sinto realizado”.</p>	<p>“Muito. A religião é a face do conhecimento humano que me coloca em contato com o criador (...) tudo que está criado, que nós convivemos (...) me impulsiona (...) em tudo, se tiver gratidão ao criador. Por isso, eu me sinto realizado”.</p>	<p>A religiosidade permite o contato com o criador que impulsiona para realizações.</p>
---	--	---

<p>JOÃO “Considero”.</p>	<p>“Considero”.</p>	<p>Considero.</p>
--------------------------	---------------------	-------------------

<p>IGOR “Não (...). Não sou praticante (...) isso (a religiosidade, acréscimo nosso) vai influenciar nos dados, cirurgias, terapêuticas (...) basicamente por não ir à igreja”.</p>	<p>“Não (...). Não sou praticante (...) achar, que isso vai influenciar nos dados, cirurgias, terapêuticas (...) basicamente por falta de prática, basicamente por não ir à igreja”.</p>	<p>Não se considera religioso porque não frequenta igreja. A religiosidade pode prejudicar a prática médica influenciando nos dados, nas cirurgias e nas terapêuticas.</p>
---	--	--

<p>ANA “(...) Não sou do tipo de estar sempre na igreja, (...) sou uma pessoa religiosa”.</p>	<p>“Sim. Não sou do tipo de estar sempre na igreja, até porque não tenho tempo, mas sim, sou uma pessoa religiosa”.</p>	<p>É religioso. A falta de tempo impede de frequentar a igreja.</p>
---	---	---

<p>CAIO “(...) me considero religioso, embora não frequente com frequência (...) um templo, um local (...)”.</p>	<p>“(...) me considero religioso, embora não frequente com frequência um templo, um local (...)”.</p>	<p>A religiosidade independe de frequentar o templo.</p>
--	---	--

<p>CLÉO “Sim”.</p>	<p>“Sim”.</p>	<p>Sim.</p>
--------------------	---------------	-------------

<p>IVAN “Sim. Eu sou católico”.</p>	<p>“Sim. Eu sou católico”.</p>	<p>Seguir uma religião formal.</p>
-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

## Síntese da análise categórica

### B) O reconhecimento da religiosidade do(a) médico(a)

#### Religiosidade impulsiona à realizações

*(...) A religião (...) coloca em contato com o criador (...) tudo (...), que nós convivemos (...)*  
*(...) me impulsiona (...) em tudo, se tiver de gratidão ao criador. Por isso, eu me sinto*

realizado” (JOSÉ).

### **A religiosidade influencia na prática médica:**

*Não (...) Não sou praticante (...) isso (a religiosidade, acréscimo nosso) vai influenciar nos dados, cirurgias, terapêuticas (...) basicamente por não ir à igreja (IGOR).*

### **Ser religioso independe do local**

*Considero-me uma pessoa religiosa, mas só não freqüento nenhuma igreja, nenhum rito de uma religião formal. (...) passei mais da metade da minha vida sem acreditar em Deus, o que dificulta muito a vida. (...). Todo dia eu converso com Deus, eu tenho, eu sei que tem alguém me protegendo. Eu não dou nome, eu sei que tem uma força me protegendo individualmente, que existe uma força universal que protege todo mundo (...) (RITA).*

*(...) Não sou do tipo de estar sempre na igreja, (...), sou uma pessoa religiosa (ANA).*

*(...) me considero religioso, embora não freqüente com freqüência um templo, um local (...)* (CAIO).

### **Ser religioso é ter uma religião formal**

*Sim, eu sou católico (IVAN).*

**PERGUNTA III - CONSIDERANDO A SUA EXPERIÊNCIA, EM QUAIS MOMENTOS O (A) PACIENTE FALA MAIS DE SUA RELIGIOSIDADE?**

**NÚCLEOS DE SENTIDO  
(idéia central)**

**UNIDADES DE  
CONTEXTO  
(expressões-chave)**

**CATEGORIAS  
TEMÁTICAS**

RITA “(...) fala mais de Deus na hora que (...) está mais doente ou está com problemas familiares. (...) idosas, (...) elas são muito religiosas e elas falam mais de Deus (...). Nas pessoas mais ricas é menos freqüente, (...) o pessoal mais pobre fala mais em Deus”.

“Ele fala mais de Deus na hora que está com mais problemas, ou está mais doente ou está com problemas familiares (...) é muito comum nas idosas, (...) elas são muito religiosas e elas falam mais de Deus (...). Nas pessoas mais ricas é menos freqüente, (...), embora eu tive, uma não era uma idosa, na faixa dos 40 anos, uma médica que ela falava muito sobre Deus, não era nem católica, mas a gente falava sobre Deus. Mas, fora essa experiência dessa médica, que, aliás, morreu,é, eu acho que o pessoal mais pobre fala mais em Deus”.

Fala-se mais de Deus quando está com problemas de saúde e familiares.

JOSÉ “(...) paciente, (...) no pré-operatório (...), após o pós-operatório (...), ele está sentindo todas as dores, todo o mal-estar e aquela insegurança dão para ele quase uma certeza de que ele não vai conseguir sobreviver, (...), ele busca (...) o médico, principalmente o cirurgião, é quase um Deus para ele (...) E ele, quer que nós prometamos fazer coisas, ele quer que a gente repita para ele uma porção de coisas, ele quer ter uma convicção cada vez mais consolidada (...)”.

“Para nós, os cirurgiões, o paciente, (...), no pré-operatório ele sempre busca essa estátua, à medida que se aproxima o momento da cirurgia, ele sente a insegurança cada vez maior (...) após o pós-operatório (...), ele está sentindo todas as dores, todo o mal-estar e aquela insegurança dão para ele quase uma certeza de que ele não vai conseguir sobreviver pela intensidade da dor, pela intensidade da dificuldade (...), ele busca muita proximidade conosco (...) o médico, principalmente, o cirurgião, é quase um Deus para ele. E ele, quer que nós prometamos fazer coisas, ele quer que a gente repita para ele uma porção de coisas, ele quer ter uma convicção cada vez mais consolidada (...)”.

Nos momentos de dor, de insegurança, de dificuldade, em que o paciente associa a figura do cirurgião como um Deus, capaz de fazer e falar coisas para que o paciente venha se sentir seguro e tenha a certeza que vai melhorar.



<p>JOÃO “(...) a situação clínica (...) está mais grave (...) tem risco de seqüela, risco de vida, possibilidade de não ter cura (...)”.</p>	<p>“Quando a situação clínica dele está mais grave (...) quando a situação tem risco de seqüela, risco de vida, possibilidade de não ter cura (...)”.</p>	<p>O discurso religioso aparece na situação clínica grave, em que há risco de seqüela e de vida, e quando não há cura.</p>
<p>IGOR “(...) quando tem que operar realmente (...) ele fala né, eu vou rezar muito pro senhor, pra que tudo de certo no seu dia, (...). Eles sentem que precisam de algo a mais para tomar essa decisão. Vamos rezar muito para que dê certo, (...)”.</p>	<p>“(...) quando tem que operar realmente (...) ele fala né, eu vou rezar muito pro senhor, pra que tudo de certo no seu dia, (...). Eles sentem que precisam de algo a mais para tomar essa decisão. Vamos rezar muito para que dê certo, mas eles sempre falam, abaixo de Deus é o senhor que está aqui para tentar resolver o nosso problema, aí eu sempre falo, graças a Deus”.</p>	<p>Quando tem que tomar decisão para operar.</p>
<p>ANA “(...) Paciente que é religioso geralmente ele já fala na consulta (...) os espíritas (...) falam da doença, independentemente de estarem muito doentes ou pouco doentes (...). Os católicos (...), não falam muito mesmo quando são católicos praticantes. Eu acho que o paciente espírita fala mais, o católico fala só se você perguntar”.</p>	<p>“(...) Paciente que é religioso geralmente ele já fala na consulta (...) os pacientes espíritas (...) são muito atuantes, dando auxílio ao próximo, (...) Esses sempre falam da doença, independentemente de estarem muito doentes ou pouco doentes (...). Os católicos (...), não falam muito, mesmo quando são católicos praticantes. Eu acho que o paciente espírita fala mais, o católico fala só se você perguntar”.</p>	<p>Os pacientes espíritas falam mais sobre a sua religiosidade, independentemente de estarem doentes, são mais atuantes. Os católicos praticantes não falam muito. O paciente espírita fala mais, o mais católico ele fala só se você perguntar.</p>
<p>CAIO “(...) na esperança do tratamento bem sucedido, (...) no momento de perda, para trazer conforto para aceitar uma perda, (...)”.</p>	<p>“Ele fala mais quando na esperança do tratamento bem-sucedido, uma expectativa que vai ser bem-sucedido, graças a Deus, se Deus quiser tudo vai dar certo, tenho muita fé que vai dar certo (...) no momento de perda, para trazer conforto para aceitar uma perda, (...)”</p>	<p>Na esperança do tratamento bem sucedido e no momento de perda, trazer conforto e aceitar a morte.</p>
<p>CLÉO “(...) no momento em que ele se vê impactado com o diagnóstico, (...) é de uma</p>	<p>“(...) no momento em que ele se vê impactado com o diagnóstico, (...) que esse</p>	<p>O paciente está impactado com uma doença que não tem cura.</p>

doença que não tem cura (...). diagnóstico é de uma doença que não tem cura (...).

IVAN “(...) apresenta uma doença grave (...) não conseguimos transmitir muita esperança de cura e de resolução daquela doença”. “Quando ele apresenta uma doença grave em que nós não conseguimos transmitir muita esperança de cura e de resolução daquela doença”. Diante de uma doença grave e incurável

### **Síntese da análise categórica**

#### **(C) O Reconhecimento da (o) médica (o) ao discurso religioso da (o) paciente**

##### **Ante a problemas de saúde e familiares**

*(...) fala mais de Deus na hora que (...) está mais doente ou está com problemas familiares*

*(...) idosas, (...) elas são muito religiosas e elas falam mais de Deus (...). Nas pessoas mais ricas é menos freqüente, (...)o pessoal mais pobre fala mais em Deus (RITA).*

*(...) Paciente que é religioso ele geralmente ele já fala na consulta (...) os espíritas (...) falam da doença, independentemente de estarem muito doentes ou pouco doentes (...). Os católicos (...), não falam muito, mesmo quando são católicos praticantes. Eu acho que o paciente espírita fala mais, o mais católico ele fala só se você perguntar (ANA).*

##### **Ante a situação cirúrgica**

*(...) o paciente, (...) no pré-operatório (...) após o pós-operatório (...), ele está sentindo todas as dores, todo o mal-estar e aquela insegurança dá para ele quase uma certeza de que ele não vai conseguir sobreviver, (...), ele busca (...) o médico, principalmente o cirurgião, é quase um Deus para ele (...) E ele, quer que nós prometamos fazer coisas, ele*

*quer que a gente repita para ele uma porção de coisas, ele quer ter uma convicção cada vez mais consolidada (...) (JOSÉ).*

*(...) quando tem que operar realmente (...) ele fala né, eu vou rezar muito pro senhor, pra que tudo de certo no seu dia, (...). Eles sentem que precisam de algo a mais para tomar essa decisão. Vamos rezar muito para que dê certo, (...) (IGOR).*

#### **Ante a problemas crônicos e/ou terminais**

*(...) a situação clínica (...) está mais grave (...) tem risco de seqüela, risco de vida, possibilidade de não ter cura (...) (JOÃO).*

*(...) na esperança do tratamento bem sucedido, (...) no momento de perda, para trazer conforto para aceitar uma perda, (...) (CAIO).*

*(...) no momento em que ele se vê impactado com o diagnóstico, (...) é de uma doença que não tem cura (...) (CLÉO).*

*(...) apresenta uma doença grave (...) não conseguimos transmitir muita esperança de cura e de resolução daquela doença (IVAN).*

#### **PERGUNTA IV - COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO O(A) PACIENTE EXPRESSA UM DISCURSO RELIGIOSO DIANTE DA DOENÇA DELE(A)?**

**NÚCLEOS DE SENTIDO  
(idéia central)**

**UNIDADES DE  
CONTEXTO  
(expressões-chave)**

**CATEGORIAS  
TEMÁTICAS**

RITA “(...) Quando alguém quer “(...) participando de uma Sente-se mal e irrita-se com a

me convencer de alguma coisa de religião (...) não gosto, (...). Quem era protestante querendo doutrinar quem não era (...) fiquei meio irritada”.

pesquisa, (...) coincidiu que nesse grupo de idosos, (...) tinha muitos protestantes e que começaram a doutrinar (...). Aí, eu não gosto e (...) eu me sinto mal. Quando alguém quer me convencer de alguma coisa de religião. Aí, eu não gosto (...). Quem era protestante querendo doutrinar quem não era. Aí, eu fiquei meio irritada”.

doutrinação dos protestantes querendo converter quem não possui a mesma prática religiosa.

JOSÉ “(...) direito dele, um dever nosso ouvir e respeitar (...) alguma identificação entre o nosso ponto de vista e o dele, nós reforçarmos. (...) não deixar nunca de colocar o processo físico, médico, (...) temos que respeitar (...) e na medida do possível valorizá-lo para que ele se sinta seguro (...)”.

“(...) é o direito dele, um dever nosso ouvir e respeitar. E, na medida do possível, onde nós percebermos que existe alguma identificação entre o nosso ponto de vista e o dele, nós reforçarmos. (...) Mas, não deixar nunca de colocar o processo físico, médico, (...), de forma clara, (...) simples e natural, não precisa ser traumática, (...), ser agressivo, não (...) temos que respeitar o ponto de vista dele e na medida do possível valorizá-lo para que ele se sinta seguro (...)”.

É direito dele e deve-se respeitar a religiosidade do paciente, e quando houver convergência entre o ponto de vista médico com o do paciente deve-se incentivar, para que se sinta seguro. Deve colocar a posição médica.

JOÃO “(...) a falta de uma melhor distribuição de renda, de uma melhor oportunidade para as pessoas de um nível socioeconômico nem tão aquinhado, (...) a gente (...) é um reflexo de um sistema que, parece que precisa ser mudado, e (...) as dificuldades são muito grandes (...), deveria fazer uma mudança de pensamento, eu sou católico, mas eu condeno a igreja nesse aspecto, em relação ao controle da natalidade, (...) há necessidade do controle da natalidade, (...) o Estado tem que dar condições para que exista educação, para que exista saúde, para que exista segurança, para que exista infraestrutura básica, que é a moradia,

“(...) sabe que está vivendo num mundo em que existem distorções muito grandes, existe um desnivelamento muito grande. (...), a falta de uma melhor distribuição de renda, de uma melhor oportunidade para pessoas de um nível socioeconômico nem tão aquinhado, a gente (...) é um reflexo de um sistema que, parece que precisa ser mudado, e (...) as dificuldades são muito grandes (...), deveria fazer uma mudança de pensamento, eu sou católico, mas eu condeno a igreja nesse aspecto, em relação ao controle da natalidade, (...)

Há um desequilíbrio sócio-econômico o que aumenta as dificuldades das pessoas menos favorecidas. Deve-se pensar no controle da natalidade e em proporcionar melhores condições de vida (saúde, educação, segurança, moradia e saneamento básico e alimentação) para estas pessoas.

que é o saneamento básico, que é a alimentação (...).”

nós, médicos, analisamos, que há necessidade do controle da natalidade, há necessidade que a sobrevivência, ela seja melhorada. (...) Ou seja, o Estado tem que dar condições para que exista educação, para que exista saúde, para que exista segurança, para que exista infra-estrutura básica, que é a moradia, que é o saneamento básico, que é a alimentação (...).”

IGOR “(...) sou bem imparcial (...) sempre respeitei, (...)”.

“Eu sou bem imparcial, eu sempre respeitei, nunca falei nada (...)”.

Sente-se imparcial e respeita as escolhas religiosas do paciente.

ANA “(...) eu não interfiro porque não conheço muito da religião (...) a sensação (...) que não sabe muito bem onde você está pisando, quando fala de uma religião que não é a sua (...) é uma coisa importante, (...) eles não ficam tentando converter ninguém, eles só falam da experiência pessoal. É uma coisa muito interessante, muito humana, (...)”.

“(...) eu não interfiro porque não conheço muito da religião (...) sensação (...) que não sabe muito bem onde você está pisando, quando fala de uma religião que não é a sua (...) às vezes me sinto perdida, (...), quando a pessoa falava sobre o espiritismo, (...) mas (...) você percebe que é (...) importante (...) Aos pouquinhos a gente vai começando a entender o que eles acham, mas de qualquer forma eles não ficam tentando converter ninguém, eles só falam da experiência pessoal. É uma coisa muito interessante, muito humana, não tem um problema maior, não”.

Não interfere, mas sente-se perdida quando falam de uma religião que não é a sua. Percebe a importância da prática do espiritismo na vida dos pacientes, considera interessante e humana.

CAIO “(...) essa expressão, (...), demonstra uma certa sensibilidade, (...). Demonstra uma busca de ajuda de alguma situação (...), abre uma brecha para que nós possamos colaborar dentro dessa religiosidade, dentro desse tratamento”.

“(...), me sinto bem. Não há nenhum pensamento jocoso, (...) me sinto confortável... demonstra uma certa sensibilidade, naquele momento. Demonstra uma busca de ajuda de alguma situação, (...) abre uma brecha para que nós podemos colaborar dentro dessa

Sente-se bem e confortável. O aparecimento da religiosidade no encontro clínico demonstra um pedido de ajuda, uma brecha para conciliar a religiosidade com o tratamento.

religiosidade dentro desse tratamento”.

CLÉO “enriquecedor (...) entender e visualizar as várias posições que esse paciente vai ter em relação ao discurso religioso. (...) o médico mais jovem tente trabalhar, descartar essa possibilidade, ele acha que a ciência explica tudo, mas (...) vejo como uma situação que vem facilitar a melhora desse paciente, o que contribui para o tratamento da doença”.

“(...) é enriquecedor para o indivíduo que está acompanhando e consegue entender e visualizar as várias posições que esse paciente vai ter em relação ao discurso religioso (...) talvez o médico mais jovem tente trabalhar, descartar essa possibilidade, ele acha que a ciência explica tudo, mas eu hoje vejo isso como uma situação que vem facilitar a melhora desse paciente, o que contribui para o tratamento da doença”.

É enriquecedor entender e observar como a religiosidade do paciente pode facilitar e contribuir para o tratamento da doença. O médico mais jovem prioriza o discurso científico, desprezando a religiosidade do paciente.

IVAN “(...) independentemente da religião do paciente, (...) é o momento de intimidade entre o médico e o paciente, (...) que permitiu que o paciente se abrisse, (...). A relação médico-paciente (...) deve estar se dando de uma forma adequada”.

“(...) me sinto muito bem, independentemente da religião do paciente, (...), mesmo que não seja coincidente com a minha religião, com a fé que professo (...) é o momento de intimidade entre o médico e o paciente, (...). É o momento bom que permitiu que o paciente se abrisse, (...) tranquilidade, (...) a relação médico-paciente que nós tanto falamos, que nós tanto idealizamos, ela deve estar se dando de uma forma adequada”.

Sente-se bem e acredita que a boa relação médico-paciente favorece o aparecimento do discurso religioso do paciente.

#### Síntese das categorias:

**(D) Avaliação do(a) médico(a) relacionada à doença; ao tratamento e à religiosidade do (a) paciente.**

#### Resistência a doutrinação.

*(...) quando alguém quer me convencer de alguma coisa de religião (...) não gosto, (...)*

*Quem era protestante querendo doutrinar quem não era (...) fiquei meio irritada (RITA).*

### **Respeito**

*(...) direito dele um dever nosso ouvir e respeitar (...) alguma identificação entre o nosso ponto de vista e o dele, nós reforçarmos. (...) não deixar nunca de colocar o processo físico, médico, (...) temos que respeitar (...) e na medida do possível valorizá-lo para que ele se sinta seguro (...) (JOSÉ).*

*(...) sou bem imparcial (...) sempre respeitei, (...) (IGOR).*

*(...) eu não interfiro porque não conheço muito da religião (...) a sensação (...) que não sabe muito bem onde você está pisando, quando fala de uma religião que não é a sua (...) é uma coisa importante, (...) eles não ficam tentando converter ninguém, eles só falam da experiência pessoal. É uma coisa muito interessante, muito humana, (...) (ANA).*

### **A favor de justiça social**

*(...) a falta de uma melhor distribuição de renda, de uma melhor oportunidade para as pessoas de um nível socioeconômico nem tão aquinhoado, (...) a gente (...) é um reflexo de um sistema que, parece que precisa ser mudado, e (...) as dificuldades são muito grandes (...) deveria fazer uma mudança de pensamento, eu sou católico, mas eu condeno a igreja nesse aspecto, em relação ao controle de natalidade, (...) há necessidade do controle da natalidade, (...) o Estado tem que dar condições para que exista educação, para que exista saúde, para que exista segurança, para que exista infra-estrutura básica, que é a moradia, que é o saneamento básico, que é a alimentação (...) (JOÃO).*

### **Sente-se bem diante do discurso religioso**

*(...) essa expressão, (...) demonstra uma certa sensibilidade, (...). Demonstra uma busca de ajuda de alguma situação (...), abre uma brecha para que nós possamos colaborar dentro dessa religiosidade, dentro desse tratamento (CAIO).*

*(...) independentemente da religião do paciente, (...) é o momento de intimidade entre o médico e o paciente, (...) que permitiu que o paciente se abrisse, (...). A relação médico-paciente (...) deve está se dando de uma forma adequada (IVAN).*

### **Facilita o tratamento**

*(...) enriquecedor (...) entender e visualizar as várias posições que esse paciente vai ter em relação ao discurso religioso. (...) o médico mais jovem tente trabalhar, descartar essa possibilidade, ele acha que a ciência explica tudo, mas (...) vejo como uma situação que vem facilitar a melhora desse paciente, o que contribui para o tratamento da doença (CLÉO).*

## **PERGUNTA V - A PRESCRIÇÃO, A FORMA DE TRATAMENTO OU QUALQUER OUTRA CONDUTA A SER TOMADA SOFRE ALGUMA ALTERAÇÃO DE ACORDO COM A RELIGIOSIDADE DO (A) PACIENTE?**

### **NÚCLEOS DE SENTIDO (idéia central)**

### **UNIDADES DE CONTEXTO (expressões-chave)**

### **CATEGORIAS TEMÁTICAS**

RITA “(...) não (altero, acréscimo, nosso), pode ter problema (...)”.

“A minha não, pode ter problema. Vamos supor que uma pessoa, sábado é o dia sagrado dele, e não pode fazer nada, e ele quiser seguir isso, é claro que isso pode

A religiosidade do paciente pode interferir na conduta médica e gerar algum problema ao paciente.



dar problema (...)"

JOSE “(...) o médico tem que ter o bom senso de conhecer o paciente. É importante conhecer a convicção religiosa, ou seja, a religiosidade, o grau de religiosidade desse paciente para transformar essa religiosidade num parceiro (...), ajudando a corrigir o processo de término dele”.

“(...) sofre (...) a religiosidade como convicção religiosa, muitos dos procedimentos que nós prescrevemos ao paciente são contrários a esta convicção (...) o médico tem que ter o bom senso de conhecer o paciente. É importante conhecer a convicção religiosa, ou seja, a religiosidade, o grau de religiosidade desse paciente para transformar essa religiosidade num parceiro, num amigo, ajudando a corrigir o processo de término dele”.

Há alteração na conduta médica para evitar criar um conflito em torno da convicção religiosa do paciente e o procedimento médico a ser tomado. Conhecer o paciente, o seu grau de religiosidade é fundamental para transformar a religiosidade em parceira do tratamento

JOÃO “Com a religiosidade não, a não ser esse caso que a gente citou claramente que é o caso da Testemunha de Jeová (...)”.

“Com a religiosidade não, a não ser esse caso que a gente citou claramente que é o caso da Testemunha de Jeová (...)”.

Não há alteração de conduta médica, exceto no caso da Testemunhas de Jeová.

IGOR “Só na transfusão de sangue que o paciente é Testemunha de Jeová que a gente tem que respeitar (...)”.

“Só na transfusão de sangue que o paciente é testemunha de Jeová que a gente tem que respeitar, (...) tem que fazer outras formas de elevar o hematócrito, taxa de hemoglobina, (...)”.

Alterações nos procedimentos ocorrem somente no caso do paciente Testemunha de Jeová.

ANA “(...) esses evangélicos, que têm essas crenças de que não pode ter transfusão de algumas coisas que você não pode fazer, que, às vezes, modificam um pouco. Você termina tendo que respeitar, (...). Os pais decidindo pela criança, a coisa começa a ficar um pouco complicada, até que ponto os pais tem direito de interferir e arriscar a vida da criança. O adulto falando de si mesmo é mais tranquilo, se ele decidiu, se ele sabe os riscos, (...) Assim, você não tem o direito de deixar o paciente aceitar qualquer tratamento, isso não existe”.

“Há esses evangélicos, que têm essas crenças de não pode ter transfusão, algumas coisas que você não pode fazer, que, às vezes, modificam um pouco. Você termina tendo que respeitar, (...) A crença dele enquanto é possível, e trabalhar dentro daquilo que ele está falando (...). Então, ele decide se ele vai arriscar ou se não (...) da gente ser obrigado a confrontar com o paciente ou você faz, mas você pega se o paciente tem condições de falar (...) Se ele está decidindo por uma outra pessoa, aí fica mais complicado. Os pais decidindo pela criança a coisa começa a ficar um pouco complicada, até que ponto os pais tem direito de interferir e arriscar a vida da

Altera-se a conduta médica, respeitando a sua crença, das Testemunhas de Jeová quando se trata de pacientes adultos que podem decidir se correm risco de vida ou não. O confronto pode acontecer quando a interferência religiosa coloca em risco a vida de uma criança.

criança (...).O adulto falando de si mesmo é mais tranqüilo, se ele decidiu, se ele sabe os riscos, você conversa, você tem que respeitar (...) Assim, você não tem o direito de deixar o paciente aceitar qualquer tratamento, isso não existe”.

CAIO “Não há nada hoje que eu veja que não possa ser adaptado para as religiões (...) uma dieta (...) uma medicação (...), exceto transfusão de sangue que é da Testemunha de Jeová, (...) a gente faz um preparo para ela não tomar sangue, a gente utiliza medicações específicas para estimular a medula, e faz a cirurgia no momento, que talvez, ela não precise mais de sangue (...) há situações que pode não dar tempo para fazer isso, a outra situação é, tenho todas as alternativas de tratamento, alternativa que o risco de tomar sangue é muito baixo e o risco é muito alto, às vezes, a gente opta por aquela de baixo risco de não tomar sangue, respeitando essa posição familiar, (...)”.

“Não há nada hoje que eu veja que não possa ser adaptado para as religiões (...). Não conheço religião que proíbe uma medicação “a ou b”, exceto transfusão de sangue que é a Testemunha de Jeová, (...), é que não há nada que não possa ser adaptado para satisfazer a religião daquela família. A família não quer que seja transfundido, o que nós fizemos, tem aquele paciente, Testemunha de Jeová, (...) é diferente do paciente já adulto, (...) o bebê vai fazer uma cirurgia cardíaca e a família não quero, não deixo que dê sangue para ele. Se essa família não fosse Testemunha de Jeová, ela não ia falar isso, a gente operaria e daria o sangue. Essa outra que recusa o sangue, a gente faz um preparo para ela não tomar sangue, a gente utiliza medicações específicas para estimular a medula, e faz a cirurgia no momento que talvez ela não precise mais de sangue. Essa é uma mudança de conduta baseada num princípio religioso. Isso a gente aceita, (...) tenho todas as alternativas de tratamento, alternativa que o risco de tomar sangue é muito baixo (...). Raríssimo, é muito raro (...) a criança não é Testemunha de Jeová, aqui na verdade são os pais, é dos pais, não é da criança, como já sabe que a família é tão importante como o próprio bebê, (...) é claro que há situações que pode não dar tempo para fazer

Há uma adaptação da conduta médica baseada no princípio religioso, na dieta, na medicação, na transfusão de sangue das Testemunhas de Jeová. Essas adaptações são possíveis quando existe baixo risco de vida.

isso... e o risco é muito alto, às vezes a gente opta por aquela de baixo risco de não tomar sangue, respeitando essa posição familiar, esse é o exemplo que me ocorre”.

CLÉO “(...), por exemplo, se eu tenho um paciente, que ele acredita que fazendo jejum num determinado número de horas, ele vai ficar melhor. Eu posso trabalhar o que é jejum, o que é jejum para ele. Eu posso propor: você pode fazer jejum, só não vai de fazer jejum total de comida, só vai deixar de comer o alimento x. Ajudar essa percepção dele, ao mesmo tempo impedindo que o jejum completo tenha conseqüências graves se ele tiver que usar um remédio, isso vai gerar danos para ele (...)”.

“(...), por exemplo, se eu tenho um paciente, que ele acredita que ele fazendo jejum num determinado número de horas, ele vai ficar melhor. Eu posso trabalhar o que é jejum, o que é jejum para ele. Eu posso propor: você pode fazer jejum, só não vai de fazer jejum total de comida, só vai deixar comer o alimento x. Ajudar essa percepção dele, ao mesmo tempo impedindo que o jejum completo tenha conseqüências graves se ele tiver que usar um remédio, isso vai gerar danos para ele. Por isso, é importante entender. Se eu não considero isso e prescrevo medicamento, o paciente pode fazer jejum, naquele remédio pode ter problema sério. Acho que nesse sentido é fundamental fazer esse contexto”.

O procedimento é alterado, através de uma conscientização e adaptação à crença do paciente.

IVAN “Especificamente as Testemunhas de Jeová. (...) porque consta o tratamento com hemoderivados. (...) é uma questão que às vezes leva a questões judiciais de necessidade, (...), com risco de vida, necessidade de transfusão sangüínea. Eles apresentam inúmeros artigos, até de médicos, que são Testemunhas de Jeová dizendo que não há necessidade de transfusão sangüínea (...)” .

“Especificamente as Testemunhas de Jeová. (...) porque consta o tratamento com hemoderivados. (...) é uma questão que às vezes leva a questões judiciais de necessidade, (...), com risco de vida, necessidade de transfusão sangüínea. Eles apresentam inúmeros artigos, até de médicos, que são Testemunhas de Jeová dizendo que não há necessidade de transfusão sangüínea (...), aquela discussão que eu acho interminável”.

A conduta é alterada para as Testemunhas de Jeová, por terem o direito de sua crença ser respeitada.

### Síntese da categoria:

## **E) Os procedimentos do(a) médico(a) diante da crença religiosa do(a) paciente**

### **Não há alteração**

*(...) não, pode ter problema (...) (RITA).*

### **Alterar com coerência**

*(...) o médico tem que ter o bom senso de conhecer o paciente. É importante conhecer a convicção religiosa, ou seja, a religiosidade, o grau de religiosidade desse paciente para transformar essa religiosidade num parceiro (...), ajudando a corrigir o processo de término dele (JOSÉ).*

*(...), por exemplo, se eu tenho um paciente que ele acredita que fazendo jejum num determinado número de horas, ele vai ficar melhor. Eu posso trabalhar o que é jejum, o que é jejum para ele. Eu posso propor para ele: você pode fazer jejum, só não vai fazer jejum total de comida, só vai deixar comer o alimento x. Ajudar essa percepção dele, ao mesmo tempo impedindo que o jejum completo tenha conseqüências graves se ele tiver que usar um remédio, isso vai gerar danos para ele. Por isso, é importante entender (...) (CLÉO).*

### **Alteração por questão ético-religiosa**

*Só na transfusão de sangue que o paciente é Testemunha de Jeová que a gente tem que respeitar (...) (IGOR).*

*Não há nada hoje que eu veja que não possa ser adaptado para as religiões (...) uma dieta*

*(...) uma medicação (...), exceto transfusão de sangue que é da Testemunha de Jeová, (...) à gente faz um preparo para ela não tomar sangue, a gente utiliza medicações específicas para estimular a medula, e faz a cirurgia no momento, que talvez, ela não precise mais de sangue (...) há situações que pode não dar tempo para fazer isso, a outra situação é, tenho todas as alternativas de tratamento, alternativa que o risco de tomar sangue é muito baixo e o risco é muito alto, às vezes, a gente opta por aquela de baixo risco de não tomar sangue, respeitando essa posição familiar, (...) (CAIO).*

*(...) esses evangélicos, que têm essas crenças de que não pode ter transfusão de algumas coisas que você não pode fazer, que, às vezes, modificam um pouco. Você termina ter que respeitar, (...) Os pais decidindo pela criança, a coisa começa a ficar um pouco complicada, até que ponto os pais tem direito de interferir e arriscar a vida da criança. O adulto falando de si mesmo é mais tranqüilo, se ele decidiu, se ele sabe os riscos, (...) Assim, você não tem o direito de deixar o paciente aceitar qualquer tratamento, isso não existe (ANA).*

*Especificamente as Testemunhas de Jeová. (...). Porque consta o tratamento com hemoderivados (...) é uma questão que às vezes leva a questões judiciais de necessidade, (...), com risco de vida, necessidade de transfusão sangüínea. Eles apresentam inúmeros artigos, até de médicos, que são Testemunhas de Jeová dizendo que não há necessidade de transfusão sangüínea (...) (IVAN).*

*Com a religiosidade não, a não ser esse caso que a gente citou claramente que é o caso*

*Testemha de Jeová (...) (JOÃO).*

**PERGUNTA VI - VOCÊ PERCEBE ALGUMA MUDANÇA EM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS E/OU PROFISSIONAIS AO SE DEPARAR COM A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA DO (A) PACIENTE?**

<b>NÚCLEOS DE SENTIDO (idéia central)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO (expressões-chave)</b>	<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS</b>
<p>RITA “(...) Eu tenho sempre a coisa de é possível que alguma coisa que esteja acontecendo seja para eu aprender.(...) imagino que eu possa estar aprendendo, estava vindo para mim por alguma razão especial (...)”.</p>	<p>“(...) isso faz parte do meu dia-a-dia (...) eu presto atenção, fico entendendo. Eu tenho sempre a coisa de é possível que alguma coisa que esteja acontecendo seja para eu aprender. Eu sempre imagino que eu possa estar aprendendo, estava vindo para mim por alguma razão especial. Então, eu presto atenção. Dependendo o que for, pode me tocar ou não”.</p>	<p>Cada experiência que tem, não é ao acaso, e tenta aprender com ela.</p>
<p>JOSÉ “(...) a religião que eu professo, (...), a gente evita de expor nossos pontos de vista religiosos, o debate religioso pode constranger ou criar, ou dificultar a relação médico-paciente. Isso só vem à tona, em um processo natural de afinidade, de identificação, de amizade que se desenvolve com muita frequência mesmo (...)”.</p>	<p>“(...) Porque a religião (...) sempre provoca um debate porque as pessoas tem o hábito, (...), de querer converter outros na expectativa de que o que a gente tem é melhor do que do outro. (...) para evitar que alguns pacientes, às vezes, são entusiastas dessas idéias e, às vezes, são avessos a outras idéias, a outras religiões (...).a religião que eu professo, (...), o espiritismo, (...) a gente evita de expor nossos pontos de vista religiosos, o debate religioso pode constranger ou criar, ou dificultar a relação médico-paciente. (...) só vem a tona, em um processo natural de afinidade, de identificação, de amizade que se desenvolve com muito frequência mesmo (...). Fazendo uma comparação com o paciente, ele é muito mais amigo de seu cirurgião(...) , porque na mão do cirurgião, ele visitou a beira da</p>	<p>Para não dificultar a relação médico-paciente, no espiritismo, evita-se expor as convicções religiosas para pacientes que professam outra religião e que querem converter as pessoas na expectativa de que sua religião é melhor do que a do outro. A conversa sobre religiosidade entre o médico e o paciente ocorre quando há uma afinidade, uma identificação, uma amizade se estabelece entre o médico e o paciente.</p>

morte, (...) essas amizades são mais firmes, o paciente guarda com mais afinho, com mais cuidado, com mais zelo o seu relacionamento com o seu cirurgião. Isso é muito saudável para nós os cirurgiões (...) somos alimentados com o sentimento de amor ao próximo, de identificação, de valorização, de auto-estima, (...) Nós o ajudamos, e ele nos ajuda”.

JOÃO “(...) algumas colocações religiosas feitas pelo paciente, às vezes elas podem fortalecer a atividade profissional do médico. Podem, às vezes, chamar a atenção do médico de que a sua postura religiosa está deixando a desejar, (...) postura religiosa do paciente pouco flexível pode interferir negativamente no tratamento que o médico está realizando, (...), se a postura religiosa do paciente for de encontro àquilo que o médico está propondo, no tratamento, (...). Se o paciente não estiver confiando naquilo que o médico está propondo com certeza o resultado estará prejudicado (...)”.

IGOR “(...) discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto praticamente não vem à tona, e talvez se viesse eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu?”.

ANA “(...) sempre influencia, ninguém é impermeável. (...) acabou com muitos de meus tabus em relação ao

“(...) algumas colocações religiosas feitas pelo paciente, às vezes elas podem fortalecer a atividade profissional do médico (...) podem às vezes chamar a atenção do médico de que a sua postura religiosa está deixando a desejar (...) às vezes, ela poderá atrapalhar também. Às vezes uma postura religiosa do paciente pouco flexível pode interferir negativamente no tratamento (...), se a postura religiosa do paciente for de encontro àquilo que o médico está propondo no tratamento, (...) colocado para o paciente não encontre credibilidade (...). Se o paciente não estiver confiando naquilo que o médico está propondo, com certeza o resultado estará prejudicado (...)”.

“Não. Como eu não tenho prática, a quantidade de assuntos que ouço deles é muito pouca, na verdade discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto praticamente não vem à tona, e talvez se viesse, eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu?”.

“Eu acho que sempre influencia, (...). O paciente fala das experiências (...) foi bom porque acabou com muitos de meus tabus

Em alguns momentos o discurso religioso do paciente pode contribuir na atividade profissional do médico como o faz questionar sobre sua própria religiosidade.

A postura religiosa do paciente também pode interferir negativamente quando ameaça a credibilidade da conduta médica.

O atendimento médico foca exclusivamente o tratamento da doença, não tendo tempo para outros assuntos, incluindo a religiosidade do paciente.

A partir das experiências dos pacientes reformulei muitos tabus em torno do espiritismo e respeito mais.

espiritismo, porque achava que era coisa meio vodu, essa coisa de receber espírito. Hoje em dia, eu respeito muito mais”.

CAIO “(...) pessoalmente sou católico, não sou simpatizante da crença evangélica, do formato não sou, mas respeito muito o paciente evangélico. E respeito, esse é o maior exemplo, a forma que eles crêem, (...)”.

em relação ao espiritismo, porque achava que era coisa meio vodu, essa coisa de receber espírito. Hoje em dia, eu respeito muito mais”.

“Não, mas eu faço um esforço para que isso não aconteça. Eu pessoalmente sou católico, não sou simpatizante da crença evangélica, do formato não sou, mas respeito muito o paciente evangélico (...) por exemplo: (...). Uma criança que tinha problema grave foi operada aos quatro meses, a criança estava desnutrida, estava péssima. Esse bebê foi operado, ficou bem. Foi embora, cresceu, ficou normal (...) eu vejo a mãe dessa criança dando um depoimento na igreja, naqueles programas, e ela mostrando o milagre da cura daquele bebê. Minha primeira reação foi de raiva, Porque foi de raiva? Porque foi um milagre? Foi um tratamento habitual que a gente faz no dia-a-dia essa foi minha primeira reação, a segunda foi que bom que ela está levando isso para a igreja dela, divulgando aquilo. Como a primeira reação é e não é aquilo na verdade, a gente preocupa que muita gente hoje não respeita religião, mesmo as religiosas não respeitam como deviam, às vezes tem charlatão, a gente sabe. A gente sabe que são seres humanos, que ali está sendo usada a criança, e tal.

O objetivo era que a criança ficasse bem. A mãe teve crença, teve fé, (...), “Deus vai curar ele, vai curar ele”(…) pode parecer que a gente fica com raiva de Deus, porque na verdade quem fez a cirurgia não foi Deus, mas foi sim, de alguma forma, (...), e se tivesse dado errado, talvez Deus tivesse ajudado a confortar a perda. Então, eu vejo tanto o sucesso como o insucesso, se tiver do nosso lado melhor, na prática e no entendimento das famílias. (...), para nós não é um

Respeita, mas não é simpatizante da igreja evangélica pela forma apelativa que lidam com a vida humana.

O conhecimento científico e o conhecimento religioso entram em atrito, dependendo da situação.



milagre, porque milagre é algo que não tinha jeito, que de repente alguma coisa sobrenatural faz, na verdade não foi. É tratamento habitual, (...)”.

CLÉO “Com certeza. Quando você tem essa visão mais completa, ou seja, que você conhece outros dados da vida do indivíduo, além só da dor, daquilo que está sentindo, aquela queixa que levou ele lá. Então, vai gerar um grau de confiança maior, uma adesão maior, (...) do paciente em relação a você, profissional. Eu acho importante também”.

“Com certeza. Quando você tem essa visão mais completa, ou seja, que você conhece outros dados da vida do indivíduo, além só da dor, (...), vai gerar (...) uma adesão maior, maior confiança do paciente em relação a você, profissional (...)”.

Abordagem holística do médico facilita a relação médica – paciente.

IVAN “(...) paciente que expressa mais religiosidade ele influencia na minha conduta tanto interpessoal quanto interprofissional (...) fico mais tranqüilo, eu fico mais calmo, é mais fácil de lidar naquele dia, do que o paciente que é sempre muito difícil e não expressa nenhuma religiosidade. Ele é mais impaciente, talvez. (...), muda a gente ficar pensando naquilo que aquele paciente me falou, é interessante (...)”.

“De maneira geral, sim. O paciente que expressa mais religiosidade ele influencia na minha conduta tanto interpessoal quanto interprofissional (...). Mas, muda a gente ficar pensando naquilo que aquele paciente me falou, é interessante. Se parar para pensar, muda sim. (...) Eu acho que eu fico mais tranqüilo, eu fico mais calmo, é mais fácil de lidar naquele dia, do que o paciente que é sempre muito difícil e não expressa nenhuma religiosidade. Ele é mais impaciente, talvez”.

Mudanças ocorrem tanto a nível pessoal como profissional do médico, o paciente religioso torna a relação mais tranqüila. Ao contrário do paciente que não expressa sua religiosidade, torna-se impaciente.

### **Síntese da categoria:**

#### **(F) Comportamento do (a) médico (a)**

##### **Favorece e/ou dificulta a relação médico(a)-paciente**

*(...) algumas colocações religiosas feitas pelo paciente, às vezes elas podem fortalecer a atividade profissional do médico. Podem, às vezes, chamar atenção do médico de que a sua postura religiosa está deixando a desejar, (...) postura religiosa do paciente pouco*

*flexível pode interferir negativamente no tratamento que o médico está realizando (...), se a postura religiosa do paciente for de encontro àquilo que o médico está propondo no tratamento, (...).Se o paciente não estiver confiando naquilo o que o médico está propondo com certeza o resultado estará prejudicado (...) (JOÃO).*

*(...) sempre influencia, ninguém é impermeável.(...) acabou com muitos de meus tabus em relação ao espiritismo, porque achava que era coisa meio vodu, essa coisa de receber espírito. Hoje em dia, eu respeito muito mais (ANA).*

#### **Trata com respeito**

*(...) a religião que eu professo, (...), a gente evita de expor nossos pontos de vista religiosos, o debate religioso pode constranger ou criar, ou dificultar a relação médico-paciente. Isso só vem à tona, em um processo natural de afinidade, de identificação, de amizade que se desenvolve com muita frequência mesmo (...) (JOSÉ).*

*(...) pessoalmente sou católico, não sou simpatizante da crença evangélica, do formato não sou, mas respeito muito o paciente evangélico. E respeito, esse é o maior exemplo, a forma que eles crêm, (...) (CAIO).*

#### **Atividade médica especificamente**

*(...) discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto praticamente não vem a tona, e talvez se viesse eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu? (IGOR).*

### **Perspectiva holística**

*Com certeza. Quando você tem essa visão mais completa, ou seja, que você conhece outros dados da vida do indivíduo, além só da dor, daquilo que está sentindo, aquela queixa que levou ele lá. Então, vai gerar um grau de confiança maior, uma adesão maior, (...) do paciente em relação a você profissional. Eu acho importante também (CLÉO).*

*(...) paciente que expressa mais religiosidade ele influencia na minha conduta tanto interpessoal quanto interprofissional (...) fico mais tranqüilo, eu fico mais calmo, é mais fácil de lidar naquele dia, o paciente que é sempre muito difícil e não expressa nenhuma religiosidade. Ele é mais impaciente, talvez (...) muda a gente ficar pensando naquilo que aquele paciente me falou, é interessante (...) (IVAN).*

*(...) Eu tenho sempre a coisa de é possível que alguma coisa que esteja acontecendo seja para eu aprender. (...) imagino que eu possa estar aprendendo, estava vindo para mim por alguma razão especial (...) (RITA).*

## **CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A entrevista transcorreu de forma tranqüila e desinibida. O discurso do(a) entrevistado(a) algumas vezes foi até prolixo. Falar sobre a religiosidade do(a) paciente durante um encontro médico despertou interesse de todos(as) os(as) participantes, e a possibilidade que tiveram de pensar sobre o assunto aguçou a percepção de alguns(algumas) em relação ao tema, ainda pouco discutido entre os(as) médico(as).

Contraditoriamente, também gerou uma certa estranheza, por parte de alguns(algumas) médicos(as)/professores(as) que não quiseram participar do estudo, apesar de comporem o corpo docente de uma Universidade Católica, cujo assunto é propalado espontaneamente por meio da pastoral da Universidade e no Hospital Universitário através de religiosos. Além disso, os(as) alunos(as) cursam as disciplinas Antropologia da Religião e Ciência da Religião, cadeiras que fazem parte da grade do curso de Medicina.

### **- Interesse pela pesquisa**

Em relação ao significado científico da pesquisa, constata-se que, nas instituições acadêmicas e entre intelectuais, o desenvolvimento da ciência é demonstrado por meio de pesquisas, publicações fidedignas, reforçadas por um conjunto de práticas pedagógicas que ensinam legitimando o conhecimento. Assim, a construção do conhecimento científico terá valor pelos pares, porque somente estudiosos(as) que estão inseridos(as) no contexto é que detêm a autoridade científica para se apropriarem simbolicamente da obra e avaliar seus méritos.

Desse modo, o campo de atuação, seja acadêmico ou profissional, depende da existência de objetos e das motivações individuais de pessoas dotadas de técnicas,

referências e crenças como instrumento de adesão de seus membros ao projeto profissional.

Diante disso, os discursos a seguir ilustram bem essa posição:

*(...) membros de uma universidade, (...) recebe o convite de um profissional que atua na área de ensino e que ele gostaria de contar com a sua colaboração (...) é um dever (...) colaborar com atividade docente (...) (JOÃO).*

*(...) você me convidou e eu não podia dizer não (RITA).*

Existindo um certo modo empírico de verificação, alguns(algumas) depoentes tiveram uma postura implícita de que a ciência produz e supõe uma forma específica de apreender e ordenar o mundo, conduzindo uma ordem “inconsciente de organização de saberes, a princípios não pensados” (Luz, 2004, p.59).

O fato de se estudar a religiosidade no contexto hospitalar obtém o seu valor desde que seja por meio da categoria de racionalidade, já que mais se aproxima do conceito de racionalidade científica e de ciência como forma de conhecimento na ordenação da história e da vida, em suas várias manifestações.

Para Luz (2004, p.59), a ciência moderna, além de decodificar os significados do mundo, trata “principalmente da atribuição das ordens de sentidos, através da prática sistemática de um conjunto de operações, a serem seguidos na ordem lógica e na prática de gestos, e que constituem o método (...)”.

Trata-se da ciência como força produtiva do poder, cujo “exame dessa produtividade será conduzido metodologicamente, através da análise histórica de teorias e

de conceitos, de sua origem e da mutação dos seus conteúdos no contexto social” (Luz, 2004, p.29).

Afinal, a construção do conhecimento para alguns entrevistados parece manifestar, através do desejo de aprender e conhecer o resultado, a tentativa de definir o racional, explicar o divino, analisar o humano, estabelecer o que é possível.

*(...) Ajudar a pessoa que está fazendo a pesquisa (...) Interesse, (...) do que vai resultar a pesquisa (IGOR).*

*(...) é o tema que, (...), me pergunto um pouco (...) curioso (...) o que é a pesquisa, (...) o que eu posso aprender com isso (...), não tenho nada formado (...), mas é um assunto (...) relevante, (...) na prática do médico hoje, (...) (CAIO).*

*O interesse em saber qual o resultado vai dar,... assunto religiosidade e o toque médico, (...) estão (...) em toda a Medicina. (...). Não só no paciente terminal, está em qualquer doença, (...), em que nós vamos ter um contato médico-paciente muito rápido (...) (IVAN).*

Com isso, o conhecimento científico não deixa de ter uma conotação eficiente de poder que legitima os mecanismos de poder que instituem a formação da verdade e mantêm sob controle os novos conhecimentos e a sujeição, no caso, do(a) paciente. A submissão pode ser utilizada por meio da racionalidade médica como um instrumento de produzir a subjetividade e o simbolismo como dimensão para modelar a identidade do(a) paciente, a partir de uma visão biológica, fisicalista, do terapeuta biomédico.

No entanto,

(...) quando duas pessoas se encontram tendo como vínculo o sofrimento ou a ameaça de morte, e quando uma delas é coagida por imperativos profissionais, éticos ou sociais a intervir no sentido de aliviar ou curar, organiza-se entre ambas um cenário para experiência mística (Eksterman, 1986, p.24).

Ao religioso, esse cenário é familiar. Ameaças, castigos, culpas contemplam os que transgridem o “segredo”. Os detentores são os oráculos, comungam as divindades e fazem milagres. Conhecem a sabedoria da saúde, o alívio do sofrimento e o caminho para aludir a morte. Na verdade falam até com os mortos. Assim são os xamãs, os curandeiros e os médicos que conhecem que sua prática segue impregnada de mística.

*(...) o paciente quando se entrega ao cirurgião, (...), ele está com a morte muito próxima, (...), toda cirurgia tem risco (...), o paciente procura algo fora da matéria, onde ele possa se amparar, onde ele possa se segurar e, muitas vezes, ele busca isso no próprio cirurgião, na tentativa que ele possa trazer isso para ele (...) a vida e a existência fora dessa vida, (...) identifiquei uma filosofia que me dizia que as vidas eram sucessivas (...) isso me fez buscar uma doutrina espiritualista (...) ela tem (...) a ciência, a filosofia e a religião, que se associaram, (...), e (...) me sinto satisfeito com as explicações que recebo (...) (JOSÉ).*

Turato (2003) comenta que a pessoa com atitude religiosa tem uma disposição em direção a um posicionamento psicológico, a atividades/ocupações que consideram o

desenvolvimento de suas relações com realidades e seres de instâncias sobre-humanas, e conseqüentemente uma disposição a elaborar intelectualmente seus sentimentos e atos religiosos.

Falar sobre a parte religiosa na prática médica, tomando como modelo a relação médico(a)-paciente pode servir de parâmetro de discussão para a Medicina, pondo-se em pauta a importância do aspecto simbólico em qualquer sistema terapêutico. Segundo Freud é no “processo primário de pensar” que a realidade mágica de cada pessoa, cujos símbolos contribuem, junto com os elementos lógicos, estruturam o espaço simbólico da mente, dentro do qual e através dele essa pessoa percebe o mundo circundante e a ele se adapta” (Eksterman, 1986, p.25).

A linguagem religiosa é uma linguagem simbólica manipulável tanto pela pessoa fazendo dela uma defesa psicológica (o uso da religião para diminuir o sofrimento) como manipulável pela sociedade (grupos de poder que a utilizam, de forma subordinada a outros interesses, como por exemplo, políticos). Essa maleabilidade da linguagem religiosa contribuiu para as duras críticas feitas por Freud e Marx, que a consideraram como falsa, ilusória e sem valor epistêmico respeitável (Amatuzzi, 2003).

Em *A legitimidade psicológica da linguagem religiosa*, Amatuzzi (2003) afirma que ela é eminentemente simbólica e possui como referencial empírico à vivência subjetiva, cuja intenção é “o mistério que, em si mesmo, é oculto” (p.70). O acesso ao oculto, pressupõem uma total renúncia à racionalidade objetivante e uma vivência interior profunda.

Amatuzzi (2003) acrescenta que a linguagem religiosa pretende “não só falar do mistério, mas também falar ao mistério. E depois ouvi-lo” (p.70). Essa linguagem corresponde a uma fala que interiormente mobiliza a pessoa.



Daí resulta, em parte, a incompatibilidade entre os dois tipos de conhecimentos: religioso e científico. Em que o ceticismo de alguns(algumas) médicos(as) necessita de recursos para poder enfrentar as forças que se opõem. Assim, um(a) profissional bem preparado(a) apresenta um conjunto de critérios que o(a) identifica a partir de um conhecimento confiável, usualmente definido como “verdadeiro”, “objetivo” e “científico” (Camargo Jr., 2003).

Diante desse contexto, a prática assistencial fica comprometida e a relação médico(a)-paciente passa ser pouco considerada, ao defender para esta relação a idéia de objetividade ou neutralidade. Somado a isso, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (exames, intervenções cirúrgicas ou paracirúrgicas, etc) interpõem-se as máquinas, estabelecendo-se a frieza técnica na relação.

No contexto de distanciamento, o(a) paciente tende a ser visto(a) e a se sentir como mero objeto de intervenção tecnocientífica, despojado(a) não apenas do seu corpo e de seu psiquismo, mas também de símbolos e significados pessoais, sociais e religiosos investidos no seu adoecimento.

Entretanto, a maneira de compreender o(a) paciente é através de sua forma de pensar e agir, na medida em que ele(ela) é um ser ativo. Em um encontro médico surgem vários relatos com sentidos dos fenômenos e fatos observados na vida do(a) paciente. Tanto as bases de informação psicológica, tais como seu funcionamento psicológico no curso da ontogênese e nas diferentes etapas da vida, como a definição de seu universo relacional, suas motivações e sua conduta, sua adaptação e status social, relações familiares e de grupo, grau de religiosidade e outros, oferecem a possibilidade de se conhecer a importância dos fatos históricos da pessoa. Ao mesmo tempo pode-se saber como ela vive o

seu corpo e qual a sua importância, o seu valor subjetivo na organização e desorganização do funcionamento psicológico.

A pessoa reage ante a doença utilizando mecanismos fisiológicos como também adota mecanismos psicológicos para defender-se contra a ruptura do equilíbrio biopsicossocial que comporta a condição de doente. Em que cada fenômeno representa uma tentativa de compreender o Ser, cujo cuidado, deve ser considerado pelo(a) médico(a) como objetivo central.

A idéia de homem total tanto significa dizer que o ser humano não constitui apenas uma atividade pensante e separada do resto do grupo, conforme sugere o reducionismo cartesiano, como também se trata de um ser vivo integral, formado por mente e corpo.

Segundo a entrevistada, o que a motivou a participar da pesquisa foi (...) *ênfase menor na técnica e mais no atendimento ao paciente, (...) (ANA).*

Assim, a recuperação da relação médico(a)-paciente através do diálogo com o(a) paciente constituir-se-ia uma das formas privilegiadas da investigação e acumulação de dados da clínica, valorizando a ação médica, cujo(a) profissional poderá ser reconhecido(a) mais como terapeuta do que como investigador(a) de patologias.

*(...) interessante esse objeto de estudo da pesquisa (...) trabalhei (...) com um grupo de pacientes em fase terminal. E fazia parte desse acompanhamento o morrer, que leva em consideração toda situação religiosa do indivíduo, de como você vê a vida e como vê a morte (CLÉO).*

### **- O reconhecimento da religiosidade do (a) médico (a)**

O significado da religiosidade para o(a) médico(a), de uma forma geral, parece ser importante. Uma das entrevistadas (RITA) recorda que seu comportamento hostil à religião surgiu na adolescência em função do rigor excessivo causado pela submissão a Deus em uma instituição religiosa a qual pertencia. E se prolongou até pouco tempo, quando admitiu a existência de Deus, por não enxergar um lugar para a ciência na condução da própria vida pessoal e profissional. Hoje, as exigências pessoais e/ou profissionais são vivenciadas com recurso religioso:

*Considero-me uma pessoa religiosa (...) passei mais da metade da minha vida sem acreditar em Deus, o que dificulta muito a vida.(...). Todo dia eu converso com Deus. Eu tenho, eu sei que tem alguém me protegendo, eu não dou nome, eu sei que tem uma força me protegendo individualmente, que existe uma força universal que protege todo mundo (...) (RITA).*

Para Amatuzzi (1998), a experiência religiosa é a experiência de uma relação com o transcendente, vivida na trama da vida cotidiana da pessoa e que está relacionada à vivência da presença divina e a experiência da resposta humana.

Dentre os efeitos da experiência religiosa na vida da pessoa, Amatuzzi (1998, p.26) destaca:

(...) uma certa paz interior ou leveza de vida, uma descoberta e valorização do humano e do natural, um envolvimento ativo com as coisas deste mundo a partir desta valorização, uma transfiguração do olhar permitindo compreender um sentido mais profundo no que acontece.

Em relação à sua religiosidade, o entrevistado (JOSÉ) comenta:

*(...) A religião (...) coloca em contato com o criador (...) tudo (...), que nós convivemos (...) me impulsiona (...) em tudo, se tiver de gratidão ao criador. Por isso, eu me sinto realizado (JOSÉ).*

O grau de desenvolvimento religioso não depende da religião professada pela pessoa, mas do tipo de relação que ela estabelece com o objeto religioso, mesmo quando este não é explicitamente conceituado. Para Amatuzzi (2000, p.64):

*(...) objeto religioso é aquilo que de fato ocupa o lugar do último, do mais radical, do absolutamente abrangente, qualquer que seja o nome que a pessoa dê a isso, ou mesmo, que ela não lhe dê nome nenhum ou nem tenha consciência clara da importância disso em termos psicológicos. Uma imagem pode expressar o que isso quer dizer.*

Segundo Amatuzzi (2000), o ser humano tem necessidade de ter uma “estrutura de orientação e devoção” (Fromm, 1974). Essa necessidade foi suprida pelas religiões, e ainda hoje o é na maioria dos casos, como o ilustrado a seguir:

*Sim, eu sou católico (IVAN).*

E, através da atitude religiosa é que a prática religiosa acontece. Geralmente, a prática está relacionada à aquisição e ao exercício de uma atuação religiosa específica, que se apresenta por meio da ocupação de temas, problemas e desenvolvimentos de trabalhos

vinculados a questões dos grupos de referência de uma religião específica. Mas, alguns(algumas) entrevistados(as) demonstram não dispor dessa prática para demonstrar a sua religiosidade,

*Considero-me uma pessoa religiosa, mas só não freqüento nenhuma igreja, nenhum rito de uma religião formal (...) (RITA).*

*(...) Não sou do tipo de estar sempre na igreja, (...) sou uma pessoa religiosa (ANA).*

*(...) me considero religioso, embora não freqüente com freqüência (...) um templo, (...) (CAIO).*

De acordo com Amatuzzi (2000), a religião passou a ser a expressão de um novo ideal positivo de liberdade humana, superando a rigidez dos sistemas de ligação. É no contexto dessa nova maneira de sentir “a pureza do coração” que nos situamos atualmente.

Disso resulta, em um plano geral, que religião e ciência ora são domínios hierarquizados, cabendo à religião o papel subordinante, ora são domínios com sobreposições e interseções parciais, ou são domínios independentes e separados.

Como ocorre no caso de um entrevistado que se destacou priorizando a ciência, e afirma incompatibilidade entre ciência e religiosidade. Mas, este posicionamento não é sentido como algo ameaçador para sua identidade profissional, pois se trata de uma opção pessoal:

*Não (...). Não sou praticante (...) isso (a religiosidade, acréscimo nosso) vai influenciar nos dados, cirurgias, terapêuticas (...), basicamente por não ir a igreja (IGOR).*

#### **- O reconhecimento do(a) médico(a) ao discurso religioso do(a) paciente**

O atendimento médico está sempre sofrendo variações dependendo do estado de saúde do(a) paciente. O(A) médico(a), num esforço para lhe salvar a vida, necessita, paralelamente, compreender seus problemas, seus temores e suas esperanças. São situações difíceis, que os(as) entrevistadores(as) expressam em relação ao discurso religioso do(a) paciente ante os problemas de saúde e familiares, situações cirúrgicas e doenças crônicas e/ou terminais.

Observa-se que são nos momentos de dor, de mal-estar, de insegurança, de maior dificuldade que o paciente demonstra sua religiosidade. Em estudos realizados por Kübler-Ross (1977) com, aproximadamente 20.000 doentes terminais, ela estabeleceu cinco estágios evolutivos para enfrentar a morte, sendo a barganha o terceiro estágio e que se apresenta em um período muito curto.

O(A) paciente nesse estágio almeja um prolongamento da vida ou deseja alguns dias sem dor ou sem males físicos. A barganha é uma tentativa de adiamento, tem que incluir um prêmio oferecido por bom comportamento; estabelece uma meta auto-imposta e inclui uma promessa implícita de que o(a) paciente não pedirá outra protelação, caso a primeira seja concedida. A maioria das barganhas é feita com Deus e é mantida em segredo, mas na relação médico(a)-paciente podem-se recuperar frases evasivas e místicas em afirmações cheias de sentido, usando a relação clínica como instrumento terapêutico. Como nos casos relatados, a seguir.

*(...) o paciente, (...) no pré-operatório (...) após o pós-operatório (...), ele está sentindo todas as dores, todo o mal-estar e aquela insegurança dão para ele quase uma certeza de que ele não vai conseguir sobreviver, (...), ele busca (...) o médico, principalmente o cirurgião, é quase um Deus para ele (...). E ele quer que nós prometamos fazer coisas, ele quer que a gente repita para ele uma porção de coisas, ele quer ter uma convicção cada vez mais consolidada (...) (JOSÉ).*

Segundo a experiência do depoente (IGOR), o discurso religioso do(a) paciente surge no momento de uma decisão cirúrgica inevitável, quando rezam para o médico e o sucesso da cirurgia.

*(...) quando tem que operar realmente (...) ele fala né, eu vou rezar muito pro senhor, pra que tudo de certo no seu dia, (...). Eles sentem que precisam de algo a mais para tomar essa decisão. Vamos rezar muito para que dê certo, (...) (IGOR).*

Maugans & Waldland (1991) constataram em um estudo com médicos de família enfocando a religião, que 89% achavam correto falar sobre religião com seus pacientes. Para os pesquisadores as crenças religiosa e espiritual são forças significantes, que manifestam as decisões tomadas por muitos pacientes a respeito do tratamento, amparando-os no enfrentamento das doenças diante de sua incapacidade.

*(...) Paciente que é religioso geralmente ele já fala na consulta (...) os espíritas (...) falam da doença, independentemente de estarem muito doentes ou pouco doentes (...). Eu acho que o paciente espírita fala mais, o católico fala só se você perguntar (ANA).*

No entanto, outro estudo demonstra que a maioria dos médicos não iniciou a discussão religiosa com os seus pacientes, embora aceitassem a ligação entre religião e saúde (Chibnall & Brooks, 2001).

Em relação às idéias que surgiram, a religiosidade aparece tanto como (...) *na esperança do tratamento bem-sucedido(...), como (...) no momento de perda, para trazer conforto para aceitar uma perda (...)* (CAIO).

Essas experiências parecem representar o reconhecimento por parte dos(as) entrevistados(as) do poder da religiosidade no enfrentamento das situações cotidianas. Pargament (1996, p.232) demonstra, em um dos seus estudos, em que consiste a singularidade do enfrentamento religioso:

(...) por mais importante que seja a versatilidade da religião, podemos estar passando ao largo de sua característica mais singular. É o sagrado que faz a procura religiosa da significância tão distintiva e potencialmente tão poderosa (...). Da perspectiva religiosa, o sagrado é um fim em si mesmo, que não pode ser reduzido a outras finalidades psicológicas ou sociais (...). A cultura ocidental acentua a eficácia, o controle, o individualismo e a realização. Confrontada com o insuperável, a cultura ocidental tem menos a dizer ou a oferecer (...). A linguagem do sagrada-ligação com os antepassados, mistério, sofrimento, esperança, finitude, rendição, propósito divino, redenção – e os mecanismos da religião tornam-se então, mais importantes. Com o risco de exagerar, poder-se-ia dizer que a cultura ocidental (e a psicologia com ela) ajuda as pessoas a adquirirem o controle de suas vidas, ao passo que a religião ajuda as pessoas a lidarem com os limites de seu controle.



Existem pessoas cujo enfrentamento religioso tem em sua natureza um enfrentamento “sagrado”, isto é, elas são capazes de mobilizar cognições, motivações, pulsões, dispondo de uma nova configuração de existência. Em outras palavras, é o sagrado que consegue dar à situação que aflige a pessoa uma nova significação e uma força sobre-humana.

Mas a vida do(a) paciente pode estar por um fio. São situações graves que norteiam a atividade médica e que na sua experiência como profissional (CLÉO), o discurso religioso do paciente geralmente aparece com mais frequência, quando...

*(...) no momento em que ele se vê impactado com o diagnóstico, (...) é de uma doença que não tem cura (...).*

Em outras falas o mesmo significado pode ser identificado:

*(...) apresenta uma doença grave (...) não conseguimos transmitir muita esperança de cura e de resolução daquela doença (IVAN).*

*(...) a situação clínica (...) está mais grave (...) tem risco de seqüela, risco de vida, possibilidade de não ter cura (...) (JOÃO).*

A única certeza de que dispomos é a de que os problemas do adoecer e da morte são temas centrais das dificuldades existenciais do ser humano, principalmente na terceira idade. Na velhice é que, geralmente, “nos defrontamos com o ajustamento da idéia do tempo que está se tornando cada vez mais curto, o que gera novas tarefas à compreensão do “self” e do sentido da vida” (Bastos, 1983, p.134).

Nos estudos sobre a velhice constata-se que a saúde é um problema constante. A pessoa idosa apresenta as dificuldades relacionadas ao aumento de perdas físicas e as experiências de incapacidade biológica. As pressões e perdas sociais tendem a se acumular, como a morte do cônjuge, filhos, irmãos e amigos. Além disso, a aposentadoria e as perdas dos papéis sociais afetam a rede de relações do(a) idoso(a).

Nesse contexto, segundo as pesquisas as crenças existenciais, espirituais ou religiosas parecem ser um dos poucos recursos pessoais que tendem a aumentar na velhice (Goldstein, 1995).

*Ele fala mais de Deus na hora que (...) está mais doente ou está com problemas familiares. (...) as idosas, (...) elas são muito religiosas e elas falam mais de Deus (...). Nas pessoas mais ricas é menos freqüente, (...) o pessoal mais pobre fala mais em Deus (RITA).*

Goldstein (1995) argumenta que a religiosidade é capaz de diminuir o nível de estresse, em virtude do aspecto psicológico e social da experiência religiosa. A literatura sobre suporte social – rede de ligações pessoais em que se troca afeto e ajuda instrumental - mostra que o relacionamento inverso entre religiosidade e estresse é produto de uma rede social oferecida pela religião.

Dickson-Markman & Shern (1990) apontam a necessidade de não confundir suporte social com interação social, salientando que nem todo relacionamento oferece suporte social e que em alguns casos pode ser muito estressante.

**- Avaliação do(a) médico(a) relacionada à doença; ao tratamento e à religiosidade do(a) paciente**

Na Medicina o processo clínico ocorre a partir de um conjunto estruturado de acontecimentos produzidos no campo de atuação profissional entre o(a) médico(a) e o(a) paciente. Percorre o tempo que vai do primeiro encontro até à alta. Todos os procedimentos médicos, comunicações verbais e extraverbais, experiências afetivas veiculados no espaço físico do campo de relações clínicas estão incluídos.

No decorrer desse processo, observa-se que o(a) médico(a) que fala com esse(essa) doente não é o mesmo que fala desse(dessa) mesmo(a) doente, em função da existência dos ruídos na comunicação. Os ruídos são aspectos emocionais envolvidos na comunicação médico(a)-paciente e que irão interferir na condução do tratamento.

*(...) quando alguém quer me convencer de alguma coisa de religião (...) não gosto, (...).  
Quem era protestante querendo doutrinar quem não era (...) fiquei meio irritada  
(RITA).*

Em alguns entrevistados(as) encontramos forte resistência contra o dogmatismo religioso dos(as) pacientes, equivalente à imposição de verdades. Evidentemente, os(as) pacientes possuem razões para manter a sua crença, como os(as) médicos(as) os motivos para combatê-la, que dizem respeito a dados científicos.

Verifica-se que a ciência é puro conhecimento e que a religião pode ser decomposta em diferentes dimensões, dentre as quais, ideológica, ritual, experiencial, cognitiva e consequencial (Paiva, 2000), no caso, destaca-se a ideológica, que significa contato pessoal com a divindade. O que pode estar afetando a dimensão cognitiva da religião,

correspondente à ciência, mas não talvez a religião como um todo ou na sua dimensão mais importante.

A maior dificuldade de manter a crença religiosa nos meios científicos é a submissão a dogmas. “Quase todos rejeitam definições prontas e acabadas, indiscutíveis e cristalizadas; quase todos advogam expressões de fé mais transitórias, menos pretensiosas, mais flexíveis, sobre as quais as pessoas possam discutir” (Paiva, 2000, p.119).

Alguns(Algumas) depoentes – praticantes e não praticantes – partilham da impressão que respeitar outra religião que não a sua, seja algo difícil de se conduzir, em função dos conceitos e preconceitos existentes, principalmente quando há tentativa de doutrinação. Mas manifestam, apesar das dificuldades e de acordo com as possibilidades clínicas do(a) paciente, partilhar de sua posição religiosa, de forma que o ajude na condução do tratamento.

*(...) direito dele um dever nosso ouvir e respeitar(...) alguma identificação entre o nosso ponto de vista e o dele, nós reforçarmos. (...) não deixar nunca de colocar o processo físico, médico, (...) temos que respeitar (...) e na medida do possível valorizá-lo para que ele se sinta seguro (...) (JOSÉ).*

*(...) sou bem imparcial (...) sempre respeitei (...) (IGOR).*

*(...) eu não interfiro porque não conheço muito da religião (...) a sensação (...) que não sabe muito bem onde você está pisando, quando fala de uma religião que não é a sua (...) é uma coisa importante, (...) eles não ficam tentando converter ninguém, eles só*

*falam da experiência pessoal. É uma coisa muito interessante, muito humana, (...) (ANA).*

Paiva (2000, p.120) comenta, a respeito da dificuldade entre ciência e religião, que “enquanto o cientista tem por hábito duvidar e o crente por hábito afirmar ou negar (...) no campo estrito do conhecimento, ou da epistemologia, há aí uma dificuldade real, que os profissionais da ciência e da religião devem continuar discutindo”.

Durante a entrevista um médico chamou atenção, indicando reorientações fundamentais a favor da justiça social e da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

*(...) a falta de uma melhor distribuição de renda, de uma melhor oportunidade para as pessoas de um nível socioeconômico nem tão aquinhoado, (...) a gente (...) é um reflexo de um sistema que, parece que precisa ser mudado, e (...) as dificuldades são muito grandes (...), deveria fazer uma mudança de pensamento, eu sou católico, mas eu condeno a igreja nesse aspecto, em relação ao controle da natalidade, (...) há necessidade do controle da natalidade, (...) o Estado tem que dar condições para que exista educação, para que exista saúde, para que exista segurança, para que exista infra-estrutura básica, que é a moradia, que é o saneamento básico, que é a alimentação (...) (JOÃO).*

O que deixa a impressão de que, ao contrário da ciência, a religiosidade pode atuar contribuindo na incapacidade do sujeito criar idéias ou ações próprias na espera de “algum milagre”. Minayo (1994) observa, em suas pesquisas, através da compreensão dos depoimentos adquiridos, que a categoria milagre significa o alcance de um bem

considerado impossível de ser atingido pelas forças naturais ou pelos recursos disponíveis do devoto. Assim, nos momentos em que a vida mais parece ameaçada, o apelo religioso se torna mais forte. Macedo (1989) afirma que o conjunto de crenças, práticas religiosas e mágicas, ritos, mitos, inseridos nas religiões, são importantes para o ser humano em seus momentos de maior dificuldade, oferecendo-lhe explicações e sentido para a vida.

As inquietações e medos que assombram as pessoas eclodem quando não conseguem compreender e explicar certos acontecimentos; o que facilita aceitar uma explicação, mesmo que precária ou insatisfatória, para algo perturbador, do que conviver com a ausência de uma justificativa. Afinal, tal posicionamento oferece a ilusão de que o mundo pode ser controlado.

Figueira (1996) argumenta que a religião não impede que situações aterradoras ocorram na vida da pessoa, mas, na medida em que atribui sentido a tais acontecimentos, fornece recursos para controlar o sofrimento que elas causam.

Como, na religião católica, por exemplo, em que se cultua santos, é comum a procura de alguns deles como intercessores entre o crente e Deus, sendo os santos mais procurados de acordo com as dificuldades enfrentadas: Santa Edwirges, protetora dos endividados; Nossa Senhora do Bom Parto protege as parturientes; Santo Antônio, “santo casamenteiro” – na linguagem popular. Então, torna-se...

*(...) enriquecedor (...) entender e visualizar as várias posições que esse paciente vai ter em relação ao discurso religioso. (...) o médico mais jovem que tenta trabalhar, descarta essa possibilidade Ele acha que a ciência explica tudo, mas vejo como uma situação vem facilitar a melhora desse paciente, o que contribui para o tratamento da doença (CLÉO).*

Médico(a) e paciente formam um todo dissociável. O destino da terapêutica está condicionado pelo conhecimento da dinâmica desse todo. Em lugar da conversa de forma estereotipada, vazia de emoções e falsificada pelo(a) paciente (senão pelas expectativas prévias do(a) médico(a)), cabe o diálogo aberto, não dirigido, voltado para as preocupações do(a) doente, sua maneira de viver e de adoecer.

*(...), independentemente da religião do paciente, (...) é o momento de intimidade entre o médico e o paciente, (...) que permitiu que o paciente se abrisse, (...). A relação médico-paciente (...) deve está se dando de uma forma adequada. (IVAN).*

*(...), essa expressão (da religiosidade, acréscimo nosso) (...), demonstra uma certa sensibilidade, (...). Demonstra uma busca de ajuda de alguma situação (...), abre uma brecha para que nós possamos colaborar dentro dessa religiosidade, dentro desse tratamento (CAIO).*

#### **- Os procedimentos do(a) médico(a) diante da crença religiosa do(a) paciente**

Os tratamentos médico e religioso são dois tipos de terapêuticas que podem conviver no mesmo espaço na vida do paciente. Consta que os(as) pacientes que possuem um discurso religioso e utilizam os serviços oficiais de saúde – hospitais, pronto-socorros, postos de saúde, consultórios particulares – convivem tanto com o conhecimento mágico-religioso quanto com o científico.

*(...), por exemplo, se eu tenho um paciente que ele acredita que ele fazendo jejum num determinado número de horas, ele vai ficar melhor. Eu posso trabalhar o que é jejum,*

*o que é jejum para ele. Eu posso propor para ele: você pode fazer jejum, só não vai fazer jejum total de comida, só vai deixar comer o alimento x. Ajudar essa percepção dele, ao mesmo tempo impedindo que o jejum completo tenha conseqüências graves se ele tiver que usar um remédio, isso vai gerar danos para ele. Por isso, é importante entender (...) (CLÉO).*

Embora utilizem os dois sistemas – médico e religioso – os(as) pacientes religiosos(as) estabelecem, entre um sistema e outro, uma certa hierarquia, no qual primeiro vem Deus, dependendo do grau de religiosidade dos pacientes.

Figueira (1998), em sua pesquisa sobre a cura no Pentecostalismo, verificou a existência de uma precedência da religião na relação com a Medicina, isto é, na subordinação do(a) profissional no tocante a Deus, “o(a) médico(a) como instrumento de Deus para realizar a cura” e, este sentido se estende para os exames, medicamentos, e outros procedimentos médicos a serem executados. Como também ocorre no dia-a-dia da pessoa, em que tudo que lhe acontece é interpretado a partir de sua religiosidade.

Assim, o tratamento, para alguns(algumas) médicos(as), sofre alteração, de acordo com a religiosidade do(a) paciente:

*(...) o médico tem que ter o bom senso de conhecer o paciente é importante conhecer a convicção religiosa, ou seja, a religiosidade, o grau de religiosidade desse paciente para transformar essa religiosidade num parceiro (...), ajudando a corrigir o processo de término dele (JOSÉ).*



*Não há nada hoje que eu veja que não possa ser adaptado para as religiões (...) uma dieta (...) uma medicação (...) transfusão de sangue que é da Testemunha de Jeová, (...) à gente faz um preparo para ela não tomar sangue, a gente utiliza medicações específicas para estimular a medula, e faz a cirurgia no momento, que talvez, ela não precise mais de sangue (...) há situações que pode não dar tempo para fazer isso, a outra situação é, tenho todas as alternativas de tratamento, alternativa que o risco de tomar sangue é muito baixo e o risco é muito alto, às vezes, a gente opta por aquela de baixo risco de não tomar sangue, respeitando essa posição familiar, (...) (CAIO).*

Nota-se que existe uma relação de complementaridade entre terapêutica científica e religiosa. Entretanto, o discurso médico reforça que a Medicina é necessária e tem um papel a cumprir. A estrutura médico(a)-científica é mais capacitada e cabe a ela intervir, quando necessário. Para vários(as) médicos(as), segundo as entrevistas realizadas, a interferência religiosa nos procedimentos médicos pode gerar problemas.

*(...) não (há alteração, acréscimo nosso), pode ter problema (...) (RITA).*

*Com a religiosidade não, a não ser esse caso que a gente citou claramente que é o caso da Testemunha de Jeová (...) (JOÃO).*

*Só na transfusão de sangue que o paciente é Testemunha de Jeová que a gente tem que respeitar (...) (IGOR).*

*(...) esses evangélicos, que têm essas crenças de que não pode ter transfusão de algumas coisas que você não pode fazer, que, às vezes, modificam um pouco. Você*

*termina ter que respeitar, (...). Os pais decidindo pela criança, a coisa começa a ficar um pouco complicada, até que ponto os pais tem direito de interferir e arriscar a vida da criança. O adulto falando de si mesmo é mais tranqüilo, se ele decidiu, se ele sabe os riscos, (...). Assim, você não tem o direito de deixar o paciente aceitar qualquer tratamento, isso não existe (ANA).*

*Especificamente que são Testemunhas de Jeová (...). Porque consta o tratamento com hemoderivados (...) é uma questão que às vezes leva a questões judiciais de necessidade, (...), com risco de vida, necessidade de transfusão sangüínea. Eles apresentam inúmeros artigos, até de médicos, que são Testemunhas de Jeová dizendo que não há necessidade de transfusão sangüínea (...).Enfim, aquela discussão que eu acho interminável (IVAN).*

É importante que o(a) médico(a) reconheça que a maioria dos(as) pacientes é religiosa e tem um estilo de vida espiritual. Essa dimensão deve ser compreendida e, possivelmente, utilizada. E os problemas éticos decorrentes devem ser analisados.

#### **- Comportamento do(a) médico(a)**

Em uma entrevista, o depoente (IGOR) manifesta que a religiosidade do(a) paciente não é considerada durante a consulta em função das exigências profissionais e da falta de tempo.

*(...) discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto praticamente não vem a tona, e talvez se viesse eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu? (IGOR).*

Concepções mais neutras sobre a religiosidade do(a) paciente, apareceram por parte de alguns entrevistados que reconhecem na prática religiosa a necessidade de quebrar certos paradigmas científicos e religiosos, em prol de algumas razões de natureza comportamental e cognitiva: exigências éticas e morais, representações mentais regredidas, pelas alterações culturais do sentido de submissão a Deus, questões jurídicas e outros.

*(...) a religião que eu professo, (...), a gente evita de expor nossos pontos de vista religiosos, o debate religioso pode constranger ou criar, ou dificultar a relação médico-paciente. Isso só vem à tona, em um processo natural de afinidade, de identificação, de amizade que se desenvolve com muita frequência mesmo (...) (JOSÉ).*

*(...) pessoalmente sou católico, não sou simpatizante da crença evangélica, do formato não sou, mas respeito muito o paciente evangélico (...). E respeito, esse é o maior exemplo, a forma que eles crêem (...) (CAIO).*

Jenkins & Pargament (1995) afirmam que os clínicos precisam estar dispostos a aprender mais sobre o conhecimento religioso, particularmente sobre a religiosidade de seus pacientes. Para este posicionamento muitos não estão preparados ou não buscam maiores esclarecimentos a respeito da religião que professa o doente.

O que evitaria muitos problemas se estivessem atentos para alguns pontos. A religiosidade e a espiritualidade podem atender a muitas necessidades (de apoio, de consolo e de propósito pessoal, por exemplo); as práticas não usuais podem capacitar a pessoa no enfrentamento da doença (a busca de apoios em textos sagrados, em rituais, por exemplo) e finalmente, se a dimensão religião é parte do problema ou parte da solução, pode depender não somente da fé particular e da prática, mas também da maneira como a religião do paciente lhe dá suporte para lutar contra a doença, mantendo suas aspirações.

*Algumas colocações religiosas feitas pelo paciente, às vezes elas podem fortalecer a atividade profissional do médico. Podem, às vezes, chamar atenção do médico de que a sua postura religiosa está deixando a desejar, (...) postura religiosa do paciente pouco flexível pode interferir negativamente no tratamento que o médico está realizando (...), se a postura religiosa do paciente for de encontro àquilo que o médico está propondo no tratamento, (...). Se o paciente não estiver confiando naquilo que o médico está propondo com certeza o resultado estará prejudicado (...) (JOÃO).*

*(...) sempre influencia, ninguém é impermeável. (...) acabou com muitos de meus tabus em relação ao espiritismo, porque achava que era coisa meio vodu, essa coisa de receber espírito. Hoje em dia, eu respeito muito mais (ANA).*

Embora inexista uma reflexão sistemática e interesse mais definido, alguns(algumas) entrevistados(as) são capazes de falar sobre o tema com versatilidade e

coerência, a partir de uma perspectiva holística e a relação médico(a)-paciente torna-se mais dinâmica, um campo fértil para aprendizagem.

*Com certeza. Quando você tem essa visão mais completa, ou seja, que você conhece outros dados da vida do indivíduo, além só da dor, daquilo que está sentindo, aquela queixa que levou ele lá. Então, vai gerar um grau de confiança maior, uma adesão maior, (...) do paciente em relação a você profissional. Eu acho importante também (CLÉO).*

*(...) O paciente que expressa mais religiosidade ele influencia na minha conduta tanto interpessoal quanto interprofissional de uma maneira tranquilizante. Eu acho que eu fico mais tranquilo, eu fico mais calmo, é mais fácil de lidar naquele dia, o paciente que é sempre muito difícil e não expressa nenhuma religiosidade. Ele é mais impaciente, talvez. Mas, muda a gente ficar pensando naquilo que aquele paciente me falou, é interessante. Se parar para pensar, muda sim (IVAN).*

*(...) Eu tenho sempre a coisa de é possível que alguma coisa que esteja acontecendo seja para eu aprender. (...) imagino que eu possa estar aprendendo, estava vindo para mim por alguma razão especial (...) (RITA).*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo das análises dos discursos dos(as) médicos(as), as concepções encobertas e as condutas adotadas emergiram em alguns(algumas) entrevistados(as), apontando para um amplo questionamento sobre a forma como se posicionam diante da religiosidade do(a) paciente e lidam com ele(a), inclusive nas intervenções terapêuticas.

Entre os achados constatei que os(as) profissionais admitem as dificuldades no enquadramento do diagnóstico, na alteração dos procedimentos e no relacionamento médico(a)-paciente apresentam ausência de um maior e mais harmonioso entrosamento da biociência com a religiosidade do(a) doente. O que confirma a posição, levantada inicialmente na introdução do trabalho, de que o modelo convencional de atendimento, geralmente, apresenta um teor de individualidade elevado, impedindo a formação de conhecimentos de situações integradoras, o que torna o discurso religioso do(a) paciente um fator pessoal e pouco comunicável.

Retornando às entrevistas, podemos encontrar, por meio da fala de um depoente, a demonstração de que o assunto religiosidade, ao ser manifestado durante o encontro médico é negado, omitido ou reinterpretado pelo profissional durante a consulta:

*(...) discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto (a religiosidade, acréscimo nosso) praticamente não vem a tona e, talvez se viesse, eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu? (IGOR).*

Tal postura considera a estrutura médico-científica como a mais capaz de intervir, quando for necessário. O que demonstra que a religiosidade é relegada a uma visão preconceituosa, de que é um resíduo cultural irracional. Além disso, diante de tal posicionamento, existe uma negação dos efeitos simbólicos positivos relacionados a prognósticos clínicos e à qualidade de vida do(a) paciente, como afirmam as pesquisas (David, 2001; Fleck, Borgesb, Bolognesia & Rocha, 2003; Gartner e col., conforme citado por Levin e col.,1998; Klitzman & Daya (no prelo); Kub e col., 2003; MacLean e col., 2003; Randy & col., 2001).

O que torna evidente a necessidade da compreensão acerca da subjetividade do(a) paciente, no que for condizente com a representação de sua realidade religiosa, a fim de evitar um nível de insatisfação e tensão nos atendimentos médicos devido à incompatibilidade entre os tipos de conhecimento científico e religioso. Afinal, a condução das patologias depende da capacidade do(a) médico(a) considerar os aspectos afetivos, sociais e religiosos que, para o(a) paciente, estão associados ao aparecimento dos sintomas. Mas, para este fim, é fundamental que se admita que o universo mágico-religioso é significativo na vida das pessoas.

A pesquisa também revelou que os(as) profissionais que respeitam a religiosidade do(a) paciente reconhecem a necessidade de quebrar certos paradigmas científicos e religiosos, em prol de algumas razões de natureza comportamental e cognitiva: exigências éticas e morais, representações mentais regredidas, pelas alterações culturais do sentido de submissão a Deus, e outros.

Mas, a maioria dos(as) depoentes – praticantes e não praticantes – partilham da impressão que respeitar outra religião que não a sua, seja algo difícil de se conduzir, em

função dos conceitos e preconceitos existentes, principalmente quando há tentativa de doutrinação. Apesar das dificuldades e de acordo com as possibilidades clínicas do(a) paciente, alguns(algumas) profissionais tentam partilhar de sua posição religiosa, de forma que o(a) ajude na condução do tratamento.

Como já havia afirmado, os(as) pacientes que possuem um discurso religioso utilizam os serviços oficiais de saúde – hospitais, prontos-socorros, postos de saúde, consultórios particulares – e convivem tanto com o conhecimento mágico-religioso quanto com o científico. Essa relação deve ser compreendida, reconhecida e, possivelmente, utilizada na prática assistencial, principalmente em um país, como o Brasil, que tem uma tradição religiosa, em que os censos nacionais apontam que a maioria da população professa algum tipo de crença e várias pesquisas indicam o quanto às pessoas a valorizam em seus cotidianos (Amatuzzi, 1998, 2000, 2003; Medeiros, 1996; Paiva, 1999, 2000,2001).

Finalmente, existem aqueles(as) que respeitam e reconhecem a importância da religiosidade na vida dos(as) pacientes, possibilitando, a partir de uma perspectiva holística, uma dinâmica e fértil relação médico(a)-paciente. Poucos são os(as) profissionais que criam meios para que o(a) paciente se sinta mais acolhido(a) e acompanhado(a), favorecendo, assim, uma adequada relação médico(a)-paciente.

O(A) profissional que amplia sua compreensão percebe os elos que unem a pessoa a sua volta, capta seus desejos, vontades e sentimentos. A relação entre o(a) médico(a) e o(a) paciente passa a ser um campo de transformação e cuidado. Uma forma adequada de inserir o(a) paciente nas discussões e decisões que envolvem sua saúde e bem-estar.



Constata-se na prática e nas falas de alguns(algumas) participantes da pesquisa, que o(a) médico(a) com uma postura mais humanizada e integralizada, consegue associar as diferentes dimensões afetivas, relacionais, éticas e metafísicas com os racionais, lógicos e objetivos de uma mesma realidade, unindo o pensar com o fazer.

Diante desse quadro, observa-se que a formação dos(as) profissionais médicos(as) ainda é um fator conflitante, a ser considerado. A formação médica, sob a égide de um modelo de ensino que se assenta no fator biológico do ser humano, tem a preocupação na resolução de problemas fisiológicos do paciente, cujo objeto de trabalho é a doença.

É em torno da doença que são selecionados e elaborados os conhecimentos, com uma dicotomia marcante entre o ensino e a assistência. Assim, a formação profissional encontra seus limites nas opções filosóficas e nas crenças religiosas que perpassam as diferentes culturas.

Os(As) estudantes com interesses e preocupações espirituais aprendem que na Universidade devem suprimir sua vida espiritual ou colocá-la à parte da educação formal. Mas um modelo de ensino que tem como postura a interdisciplinaridade, apresenta uma perspectiva reflexiva e crítica, ajudando a clarificar, dentre outros assuntos, a relação entre religiosidade e saúde.

A interdisciplinaridade vem de alguma forma propor o questionamento nas relações, no sentido do interagir, do comunicar, do trocar, do agir comunicativo e da suspeita crítica, e reafirmar a importância das diferenças, da individualidade e especificidade nas relações profissional de saúde - paciente e interprofissional.

Ao se propor a discussão sobre a interdisciplinaridade, esta não pode ficar restrita, isolada, departamentalizada, dessa forma indo contra os princípios da mesma, que é da convivência e das trocas entre os diferentes profissionais (psicólogo(a), enfermeiro(a), nutricionista, assistente social, antropólogo(a), sociólogo(a) e outros(as)) como também com a sociedade.

Portanto a interdisciplinaridade propiciaria uma mediação entre as disciplinas, uma articulação entre os saberes e das práticas específicas, sendo que, para que isso ocorra é essencial que o profissional tenha como ponto de partida o saber incompleto, para que aconteçam as trocas e, conseqüentemente, o aparecimento de um novo objeto de estudo. Com o propósito de articulação entre os saberes faz com que haja uma diminuição da fragmentação, e uma visão mais integral e compreensiva do binômio saúde - doença.

Para que a busca da prática interdisciplinar se constitua em um processo efetivo torna-se necessário a construção de uma formação acadêmica que questione o próprio conhecimento e a forma como é produzido e trabalhado. Daí, o estudo de campo contemplar profissionais da área médica que pertencem ao quadro de professores da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Brasília, pelo fato de estarem atuando clinicamente e de pertencerem à instituição acadêmica, o que torna esses aspectos relevantes, por serem responsáveis pela produção de conhecimento, práticas e valores da profissão.

Teixeira (2003, p.117), citando Koenig (1999), afirma que estamos prestes a presenciar uma nova era da Medicina: “um tempo em que os profissionais de saúde começarão a ajudar as pessoas a recuperarem o controle de suas vidas, oferecendo as ferramentas espirituais para manter a saúde e o bem-estar”. Assim, quem sabe,

esses(as) médicos(as) vão capacitar seus(suas) pacientes para que consigam por meio de sua religiosidade adquirir o máximo de vantagem do poder restabelecido que a religiosidade pode dar a todos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. M. (comunicação pela televisão, *Fantástico* de 13 de novembro de 2005).
- Almeida, M. J. (1999). *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Universidade Federal de Londrina.
- Almeida, T. M. C. & Pereira, O. P. (2005). *As Ciências humanas e a saúde: religião e ética*. Projeto de Pesquisa, Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Alves, P. C. B. & Minayo, M. C. S. (1994). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Alves, P. C. B. & Souza, I. M. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In M.C.M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza (Orgs), *Experiência da Doença e Narrativa*, (125-138). Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- Amatuzzi, M. M. (2003). A Legitimidade psicológica da linguagem religiosa. *Revista Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 20 (1), 61-71, janeiro/abril.
- \_\_\_\_\_ (2000). O Desenvolvimento religioso: uma hipótese psicológica. *Revista Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 17 (1), 15-30, janeiro/abril.
- \_\_\_\_\_ (2000). O Desenvolvimento religioso: análise dos depoimentos. *Revista Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 17(3), 43-66, dezembro-setembro
- \_\_\_\_\_ (1998). A Experiência religiosa: busca de uma definição. *Estudos de Psicologia*, 15 (1), 49-65.

- \_\_\_\_\_ (1998). A Experiência religiosa: estudando depoimentos. *Estudos de Psicologia*, 15 (2), 3-27.
- Bardin, L. (1996). *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda.
- Bastos, O. (1983). O Adoecer e a morte. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, 16 (3), 101-160, setembro.
- Baudrillac, J. (2002). *A Troca impossível*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- \_\_\_\_\_ (1976). *A Troca simbólica e a morte*. São Paulo: Loyola.
- Bauer, M.W. & Gaskell, G. (2004). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P. (2001). *Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- \_\_\_\_\_ (1989). *O Poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- \_\_\_\_\_ (1983). *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero.
- \_\_\_\_\_ (1983). *Sociologia*. São Paulo: Ática.
- Camargo Jr., K. R. (2003). Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (4), 1163-1174, julho/agosto.
- Ceccin, R. B. & Biblio, L. F. (1999). Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. *Caderno de Textos: Projeto Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil* (pp. 4-19). DGES/SGTES/MS.
- Chibnall J. T.; Brooks C. A. (2001). Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *South M J*, 94, 374-379.

- Daalaman, T. P., Cobb, A. K. & Frey, B. B. (2001). Spirituality and Well-Being: Exploratory Study of the Patient Perspective. *Social Science & Medicine*, 53, 1503-1511.
- Dalgalarrondo, P. (comunicação pela televisão, *Fantástico* de 13 de novembro de 2005).
- David, H. M. S. L. (2001). *Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Dickson-Markman, F.; Shern, D.L. (1990). Social support and health in the elderly. *Journal of Applied Communication Research*, 18 (1), 49-63.
- Duarte, L. F. D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1), 173-183.
- Eksterman, A. (1986). Relação estudante – paciente. *Revista Médica*, 15 (2), 25-30.
- Feuerwerker, L. C. M. & Sena, R. (1999). A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. *Caderno de Textos: Projeto Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil* (pp. 149-178). DGES/SGTES/MS.
- Feuerwerker, L.C.M. (1998). *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: HUCITEC.
- Figueira, S. A. (1987). O Moderno e o arcaico na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível do universo social. In S. A. Figueira (Org.), *Uma Nova Família*, 52-63. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G. & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37 (4), 446-455.

- Foucault, M. (2004). *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- \_\_\_\_\_ (2004). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes
- Freitas, M. H. (no prelo). O Senso religioso como objeto de interesse da psicologia: um breve histórico. *Série Textos Didáticos*.
- Freitas, M. H. (2003). Saúde e religião. *Série Texto Didático*. Brasília: Universa.
- Fromm, E. (1974). *Análise do Homem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Goldstein, L. L. (1995). Stress e coping: na vida adulta e na velhice. In A. L. Néri (Org), *Psicologia do Envelhecimento*, (145-158). São Paulo: Papyrus.
- Herzog, R. (1991). A Percepção de si como sujeito da doença. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Relume-Dumará, 1 (2), 30-43.
- King, M., Speck, P., Thomas & A. (1999). The Effect of Spiritual Beliefs on Outcome from Illness. *Social Science & Medicine*, 48, 1291-1299.
- Klitzman, R. L. & Daya, S. (no prelo). Challenges and changes in spirituality among doctors who become patient. *Social Science & Medicine*.
- Koenig, H. G. (2000). MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA*, 2000; 284-1708.
- Kub, J. E. et al. (2003). Religious importance and practices of patients with a life-threatening illness: implications for screening protocols. *Appl. Nurse Res.*, 16 (3), 196 - 200.
- Kübbler-Ross, E. (1977). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: EDART.
- Jenkins, R. A., Pargament, K. I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J Psychosoc Oncol*, 13, 51-74.
- Laplantine, F. (2004). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lefrève, A. M. C. & Lefrève, F. (2000). *O Discurso do sujeito coletivo*. Caxias do Sul: EDUCS.
- Levin, J. S. & Chatters L. M. (1998). Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues. *Handbook of Religion and Mental Health*. Londres: Academic Press.
- Luz, M.T.(2004). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC.
- Machado, M. H. (1999). *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Machado, R. (1982). *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- MacLean, C. D. et al. (2003). Patient preference for physician discussion and practice of spirituality: result from a multicenter patient. *JGIM*, 18 (1):38-43.
- Martins, P. H. (2003). *Contra a desumanização da Medicina: clínica sociológica das práticas médicas modernas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Maugans T. A.; Wadland, W. C. (1991). Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Practice*, 32, 210-213.
- Medeiros, S. M. A. (1996). *Jesus, o médico dos médicos: a cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde*. Tese de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- Minayo, M.C. S. (1994). Representações da cura no catolicismo popular. In P. C. Alves (Org), *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 57-71.



- Moraes, C. C. (2002). *Trabalhando com os fenômenos religiosos e espirituais: uma proposta metodológica para avaliação da experiência de ampliação de consciência no processo grupal*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Neto, A. F. P. (2001). *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Novaes, A. (2003). *O Homem máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Paiva, G. J. (2001). Enfrentamento religioso da doença: uma possibilidade? Universidade de São Paulo, *Diretoria de Programa de Ação e Reflexão Pastoral – DPP*, 11-20.
- \_\_\_\_\_. (2000). *A Religião dos cientistas: uma leitura psicológica*. São Paulo: Loyola.
- \_\_\_\_\_. (1999). Representação Social da Religião em Docentes-Pesquisadores Universitários. *Psicologia-USP*, 10 (2). Retirado em 11/05/2005, da SciELO (Scientific Electronic Library Online), <http://www.scielo.br/ptp>.
- \_\_\_\_\_. (1999b). Psicologia e religião na discussão atual. Universidade de São Paulo, Anpepp – GT *Psicologia & Religião*, 15-26.
- \_\_\_\_\_. (1989). Algumas relações entre psicologia e religião. *Psicologia - USP*, 1(1), 25-33.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Shafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC, APA Books, p.215-239.
- Pereira, O. P. & Almeida, T. M. C. (2005). Saúde e poder: um estudo sobre discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Revista Brasileira de crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (2), 91 – 98.

- \_\_\_\_\_ (2005). Formação Médica Segundo uma Pedagogia da Resistência. *Interface*, 9 (16), 69-79.
- Pinheiro, R. & Luz, M. T. (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In R. Pinheiro & R.A. Mattos (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas* (pp. 7-34). Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.
- Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Randy, S. H. et al. (2001). Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *J.Gen. Intern Med* 16, 685 - 692.
- Rego, S. (2003). *A Formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Sá, R. S. (1989). *Serviço Social e a interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. São Paulo: Cortez.
- Sayeg, M. A. (1978). A Formação do médico generalista e a medicina especializada. *Textos de Apoio: Planejamento I, Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP - ABRASCO.
- Silveira, M. L. (2004). *O Nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Sloan, R. P., Bagiella, E. & Vandercreek, L., et al. (2000). Should physicians prescribe religious activities? *New Eng. Journal Medicine*, 342, 1913 – 1916.
- Sloan, R. P., Bagiella, E. & Hover, M. (2000). Correspondence. Authors reply. *New Eng. Journal Medicine*, 343, 341- 342.
- Soro, raízes e rezas. (2004, 2 de fevereiro). *Revista Época*, 45-46.

- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Teixeira, E. F. B.; Muller, M. C. & Silva, J. D.T. (2004). *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2002). Uma introdução às contribuições de epistemologia contemporânea da medicina. *Revista de Saúde Coletiva*, 7 (2), 363-372.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Valla, V. V.; Guimaraes, M. B. & Lacerda, A. (2004). Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In R. Pinheiro & R. Mattos (Orgs), *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade* (pp. 103-116). Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ-ABRASCO.
- Valla, V. V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 7-14.
- Zimmerman, D. E. (1992). A Formação psicológica do médico. In J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática Hoje* (pp. 64-68). Porto Alegre: Artes Médicas.

## ANEXO I

### CARTA CONVITE

Prezado(a) Professor(a)

Convido-o(a) a participar da pesquisa "A Religiosidade no Contexto Hospitalar: as concepções e condutas médicas diante da religiosidade do(a) paciente". Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado (Psicologia/UCB), que integra o projeto de pesquisa "Ciências Humanas e Saúde: Religião e Ética", coordenado pela prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ondina Pereira e pela prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Mara Almeida (ambas da UCB). O objetivo da pesquisa de minha autoria é conhecer suas idéias e seus procedimentos diante de pacientes que possuem explicitamente alguma crença religiosa e que, muitas vezes, é manifesta durante o atendimento clínico. Sua participação neste estudo consistirá em responder às perguntas sobre a sua experiência em situações dessa natureza. As informações obtidas por meio desta investigação serão gravadas e asseguramos o sigilo sobre sua participação, a qual nos é muito importante. Os dados não serão divulgados, estando, pois, descartada a possibilidade da sua identificação, mas os resultados serão veiculados de modo que possam subsidiar positivamente suas práticas.

Neste e-mail, constam o meu endereço eletrônico e de minhas orientadoras, com quem podem ser tiradas as dúvidas que ainda existirem. Assim, solicito-lhe a gentileza de responder a esta mensagem para, em caso afirmativo, marcarmos uma breve entrevista, a qual irá respeitar a sua disponibilidade de tempo e indicação de local. Esclareço-lhe, ainda, que o professor Dr Florêncio F.C. Neto está ciente de todo o meu trabalho.

Agradeço-lhe pela atenção.

Psicóloga. Leila M. L. de Albuquerque (Mestranda em Psicologia da UCB):  
e-mail: xxxx

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Tânia Mara de Almeida Campos – e-mail: xxxx

Co-orientadora: Ondina Pena Pereira – e-mail: xxxx

**ANEXO II****TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “ A Religiosidade no Contexto Hospitalar: as concepções e condutas médicas diante da religiosidade do(a) paciente”, que faz parte do Projeto “*Ciência Humanas e Saúde: Religião e Ética*”, coordenado pela prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Tânia Mara e prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ondina Pereira. O objetivo deste estudo é analisar o seu comportamento quando se depara com o discurso religioso do(a) paciente durante o atendimento. Sua participação neste estudo consistirá em responder as perguntas sobre a sua experiência quando se deparou com esta situação. As informações obtidas através desta pesquisa serão gravadas e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de maneira que possibilite a sua identificação. Depois de analisadas as fitas cassetes, estas serão desgravadas. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora. Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi o objetivo de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Informo que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Nome: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Tânia Mara: xxxxxxxx Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ondina Pereira: xxxxxxxx

Psicóloga Leila M. L. de Albuquerque (Mestranda em Psicologia, na UCB): xxxxxxxx

Brasília \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **ANEXO III**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

#### **1 IDENTIFICAÇÃO**

Nome. Idade. Sexo. Natural. Nacionalidade. Religião. Religiosidade (prática).

Formação acadêmica de origem. UF.

Filiação institucional atual.

Titulação como professor(a).

Tempo de atuação como professor(a).

Disciplinas ministradas.

Titulação como médico(a).

Tempo de atuação como médico(a).

Procedimentos desenvolvidos junto ao paciente.

Motivos para a escolha acadêmica.

Motivos para a escolha da área de atuação.

#### **2. PERGUNTAS:**

- a) O que o(a) motivou a fazer parte da pesquisa?
- b) Você se considera uma pessoa religiosa?
- c) Considerando a sua experiência, em quais momentos o(a) paciente fala mais de sua religiosidade?

d) Como você se sente quando o(a) paciente expressa um comportamento religioso diante da doença dele(a)?

e) A prescrição, a forma de tratamento ou qualquer outra conduta a ser tomada sofre alguma alteração de acordo com a religiosidade do(a) paciente?

f) Você percebe alguma mudança em suas relações pessoais e/ou profissionais ao se deparar com a experiência religiosa do(a) paciente?

**ANEXO IV**

**PESQUISA: “A Religiosidade no contexto hospitalar: concepções e condutas médicas diante da religiosidade do(a) paciente”.**

**PERGUNTA I: O QUE O(A) MOTIVOU A FAZER PARTE DA PESQUISA?**

**ENTREVISTADA: RITA**

**RESPOSTA:** Porque você me convidou e eu não podia dizer não.

**ENTREVISTADO: JOSÉ**

**RESPOSTA:** Eu, como cirurgião, muito mais que como médico apenas, eu me acostumei, ao longo da minha vida, a conviver com a dor. E o paciente, quando se entrega ao cirurgião, na convicção dele, ele está com a morte muito próxima, porque eles sabem que não existem cirurgias insignificantes, toda cirurgia tem risco. Uma cirurgia grande, obviamente, tem um risco grande. Então, o paciente procura algo fora da matéria, onde ele possa se amparar, onde ele possa se segurar e, muitas vezes, ele busca isso no próprio cirurgião, na tentativa de que ele possa trazer isso para ele. Então, a vida e a existência fora dessa vida sempre foram algo que me chamou a atenção. Eu achei sempre que as explicações de uma vida só se esbarravam em um muro que não me deixava explicação, não me deixava nenhuma saída. Até que me identifiquei com uma filosofia que me dizia que as vidas eram sucessivas, aí a coisa me pareceu muito mais lógica e eu fui percebendo que essa filosofia vem de muito antes da Era Cristã, com os grandes pensadores, que identificaram que o mundo, por demais complexo e bonito, para que fosse constituído em iniciar e terminar em uma vida só. Com isso me fez buscar uma doutrina espiritualista. E eu digo doutrina porque ela é mais que uma religião, ela é mais que uma filosofia. A doutrina é composta desse conjunto, ela tem, diríamos, três pilares, um pilar é a filosofia, que me explica quem sou eu, de onde eu vim, para onde eu vou, quem sou eu dentro desse contexto. Uma ciência que me diz como me relaciono aqui dentro, desse conjunto que eu vivo, como me relaciono. E uma religião que me coloca em contato com o criador de tudo isso, porque não existe criador sem criatura. Então, uma doutrina me satisfaz porque ela me dá essa explicação, enquanto uma religião apenas, ela me coloca em contato com o criador, mas não me explica as coisas que me cercam. Por isso, não me explica por que estou aqui, não me explica esse processo



que como a filosofia sozinha também não o faz. Nem a ciência sozinha também não o faz. Então, para mim eu achava que era necessária uma doutrina, que aí você tem a ciência, a filosofia e a religião, que se associaram, e aí sim, e hoje me sinto satisfeito com as explicações que recebo a respeito da vida.

**ENTREVISTADO: JOÃO**

**RESPOSTA:** Eu entendo o seguinte, nós como membros de uma universidade, em que o ensino é o objetivo principal, então sempre que você recebe o convite de um profissional que atua na área de ensino e que ele gostaria de contar com a sua colaboração, eu acho que isso, não só, é um dever que nós temos de colaborar com a atividade docente. Então, foi por isso que eu recebi o seu convite, via e-mail, né, e me pré - dispus a colaborar.

**ENTREVISTADO: IGOR**

**RESPOSTA:** No primeiro ponto, ajudar. Ajudar a pessoa que está fazendo a pesquisa. Interesse, um pouquinho, do que vai resultar a pesquisa.

**ENTREVISTADA: ANA**

**RESPOSTA:** Porque acho interessante a pessoa dar enfoque menos na técnica e mais no atendimento ao paciente, mesmo.

**ENTREVISTADO: CAIO**

**RESPOSTA:** Esse é o tema que, quase sempre, me pergunto um pouco. Estou curioso em saber o que é a pesquisa, até para saber o que vai ser perguntado e o que eu posso aprender com isso. A gente se depara com muita frequência no dia-a-dia, não tenho nada formado ainda, mas é um assunto bastante relevante, eu acho na prática do médico hoje, no dia-a-dia.

**ENTREVISTADA: CLÉO**

**RESPOSTA:** Eu achei interessante esse objeto de estudo da pesquisa. Interessantemente, nesse período que te falei que trabalhei no Hospital de Base, eu trabalhei especificamente com um grupo de pacientes em fase terminal. E fazia parte desse acompanhamento o

morrer, que leva em consideração toda situação religiosa do indivíduo, de como você vê a vida e como você vê a morte.

**ENTREVISTADO: IVAN**

**RESPOSTA:** O interesse em saber qual resultado vai dar, porque já discutimos muito a questão religiosidade, principalmente com pacientes terminais. Quando discutíamos sobre paciente terminal, o que fazer ou não fazer, nós discutíamos também o conforto espiritual, naquele momento que era um momento um pouco mais delicado, mesmo sabendo que assunto religiosidade pro paciente e o toque médico estão na verdade em toda a medicina. Não só no paciente terminal, está em qualquer doença. Desde uma doença simples curável, em que nós vamos ter um contato médico-paciente muito rápido, mesmo assim, essa questão da religiosidade vai estar presente.

**PERGUNTA II: VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA RELIGIOSA?**

**ENTREVISTADA: RITA**

**RESPOSTA:** Considero-me uma pessoa religiosa, mas só não frequento nenhuma igreja, nenhum rito de uma religião formal. Foi a própria religião que me fez afastar de Deus, eu era adolescente. O que aconteceu foi uma coisa tão estúpida, naquela época você tinha que confessar antes de comungar, e eu tinha feito uma malcriação muito grande lá, para os meus pais. Eu não lembro mais o motivo, deve ter sido alguma coisa importante porque não me lembro. Só sei que era uma malcriação tão grande que eu não tive coragem de confessar e tava já resolvido que eu ia comungar. Fui e comunguei. Mas comunguei em pecado, porque não confessei, aí era terrível porque não estava mais no inferno, estava mais que no inferno. Naquela época se dizia que, se você comungasse em pecado, tinha uma coisa que era pior que o inferno. Então, já que eu ia para o inferno mesmo, não vou continuar a ir à missa, não vou continuar a rezar, não vou continuar ter Deus no mundo. Tô mesmo na pior, e isso foi muito ruim, porque eu passei mais da metade da minha vida sem acreditar em Deus, o que dificulta muito a vida. Mas, de repente, eu não sei o que aconteceu, que a coisa começou a voltar, mas aí eu não vou voltar para religião católica que ela me fez muito mal. Eu sei que não foi a religião, mas foram as mães lá que me inculcaram isso, mas de qualquer modo, me fez mal. Então, não volto para a religião católica, tentei ir à Comunhão

Espírita, mas desisti. Inclusive quem coordenava as reuniões era uma pessoa muito culta, um professor da UnB, mas teve uma hora lá que uma pessoa que estava assistindo começou a falar de problemas de casa, que o irmão estava usando drogas, como isso estava prejudicando os pais. E aí os conselhos que foram dados foram os seguintes: não você tem que ajudar, você tem que perdoar. Pera aí, isso é que eu ouvia com oito ou nove anos de idade. Eu não vou entrar nessa que tem que. Eu não tenho, eu vou procurar fazer. Eu não tenho a obrigação de fazer nada disso e eu fui embora. Não vou entrar mais em uma dessa mais, então desisti. Todo dia eu converso com Deus, eu tenho, eu sei que tem alguém me protegendo. Eu não dou nome, eu sei que tem uma força me protegendo individualmente, que existe uma força universal que protege todo mundo. Mas, é (...). Não vou chamar de Maomé, de Jesus, eu nem acredito que Jesus era Deus.

**ENTREVISTADO: JOSÉ**

**RESPOSTA:** Muito. A religião é a face do conhecimento humano que me coloca em contato com o criador e eu acho tudo que está criado, que nós convivemos de uma magnificência, de uma beleza tão grande. Isso me impulsiona automaticamente em tudo, se tiver de gratidão ao criador. Por isso, eu me sinto realizado.

**ENTREVISTADO: JOÃO**

**RESPOSTA:** Considero.

**ENTREVISTADO: IGOR**

**RESPOSTA:** Não. Muito pouco. Não sou praticante e, de certa forma, até erradamente achar, que isso vai influenciar nos dados, cirurgias, terapêuticas, enfim, não. Basicamente por falta de prática, basicamente por não ir à igreja.

**ENTREVISTADA: ANA**

**RESPOSTA:** Sim. Não sou do tipo de estar sempre na igreja, até porque não tenho tempo, mas sim, sou uma pessoa religiosa.

**ENTREVISTADO: CAIO**

**RESPOSTA:** Sim, me considero religioso, embora não freqüente com freqüência um templo, um local, mas me considero sim.

**ENTREVISTADA: CLÉO**

**RESPOSTA:** Sim.

**ENTREVISTADO: IVAN**

**RESPOSTA:** Sim. Eu sou católico.

**PERGUNTA III - CONSIDERANDO A SUA EXPERIÊNCIA, EM QUAIS MOMENTOS O (A) PACIENTE FALA MAIS DE SUA RELIGIOSIDADE?****ENTREVISTADA: RITA**

**RESPOSTA:** Ele fala mais de Deus na hora que está com mais problemas, ou está mais doente ou está com problemas familiares. Porque é muito comum na idosa, eu falo idosa porque em cada vinte deve ter um homem, ou até mais, porque quase só mulheres procuram. E a impressão que eu tenho desse grupo que estou atendendo é que elas são muito religiosas e elas falam mais de Deus do que o grupo que atendi, no consultório de pessoas mais ricas. Nas pessoas mais ricas é menos freqüente, né, embora eu tive uma, não era uma idosa, na faixa dos 40 anos, uma médica que ela falava muito sobre Deus, não era nem católica, mas a gente falava sobre Deus. Mas, fora essa experiência dessa médica que, aliás, morreu, é, eu acho que o pessoal mais pobre fala mais em Deus.

**ENTREVISTADO: JOSÉ**

**RESPOSTA:** Para nós, os cirurgiões, o paciente, praticamente, no pré-operatório ele sempre busca essa estátua, à medida que se aproxima o momento da cirurgia, ele sente a insegurança cada vez maior. Logo nos primeiros momentos após o pós-operatório imediato, ele está sentindo todas as dores, todo o mal-estar e aquela insegurança dá para ele quase uma certeza de que ele não vai conseguir sobreviver, pela intensidade da dor, pela intensidade da dificuldade que ele está passando e o ser humano é impaciente diante dessas

situações. Então, ele busca muita proximidade conosco. Nesse momento tem um fato interessante, porque o médico, principalmente o cirurgião, é quase um Deus para ele. E ele quer que nós prometamos fazer coisas, ele quer que a gente repita para ele uma porção de coisas, ele quer ter uma convicção cada vez mais consolidada. E ele, então, promete que vai fazer tudo até que melhore, depois se esquece.

**ENTREVISTADO: JOÃO**

**RESPOSTA:** Quando a situação clínica dele está mais grave. Geralmente, quando a situação tem risco de seqüela, risco de vida, possibilidade de não ter cura. É nessa hora que ele chama mais a religiosidade dele, nas situações mais aflitivas.

**ENTREVISTADO: IGOR**

**RESPOSTA:** Mais na hora de uma decisão cirúrgica, quando tem que operar realmente. Aí, ele fala né, eu vou rezar muito pro senhor, pra que tudo dê certo no seu dia, basicamente nesse momento. Eles sentem que precisam de algo a mais pra tomar essa decisão. Vamos rezar muito para que dê certo, mas eles sempre falam, abaixo de Deus é o senhor que está aqui para tentar resolver o nosso problema. Aí, eu sempre falo, graças a Deus.

**ENTREVISTADA: ANA**

**RESPOSTA:** Tem paciente que fala sobre isso sem ter um problema mais grave, já uma coisa de outras experiências, provavelmente, ou desde a infância. Paciente que é religioso geralmente ele já fala na consulta. Os pacientes espíritas são muitos, muitos pacientes espíritas são muito atuantes, dando auxílio ao próximo, eu sei que eles sempre referem. Quando você pergunta quais as atividades que fazem, eles sempre referem, porque eu pergunto muito esse lado das atividades, dos hobbies, o que o paciente tem, para dar um suporte, porque isso influencia muito como o paciente encara a doença e como ele se trata. Aí, os espíritas sempre referem, assim, que vão à Comunhão, que fazem isso, que fazem aquilo. Esses sempre falam da doença, independentemente de estarem muito doentes ou pouco doentes. Falam que estão fazendo. Os católicos são mais, por serem tímidos, não falam muito, mesmo quando são católicos praticantes. Eu acho que o paciente espírita fala mais, o católico fala só se você perguntar.

**ENTREVISTADO: CAIO**

**RESPOSTA:** Ele fala mais quando na esperança do tratamento bem-sucedido, uma expectativa que vai ser bem-sucedido, graças a Deus, se Deus quiser tudo vai dar certo, tenho muita fé que vai dar certo. Também no momento de perda, para trazer conforto para aceitar uma perda, esses eu vejo que são os momentos principais. Aí, não são todos, em alguns momentos, quando em uma perda. Quando a gente notifica a perda da vida de uma criança, a busca da religiosidade naquele momento, às vezes, eu uso desse discurso para trazer esse conforto para a família, trago isso na memória. Eu sinto que, às vezes, isso tem um papel importante naquele momento.

**ENTREVISTADA: CLÉO**

**RESPOSTA:** Acho que no momento em que ele se vê impactado com o diagnóstico, quando você diz para ele que esse diagnóstico é de uma doença que não tem cura. Então, você trabalha com questão de prognóstico, com tempo de vida curto. Como te falei, na endocrinologia, boa parte das doenças são crônicas, mas elas têm como o indivíduo ter qualidade de vida e ter aquela orientação, mas em algumas doenças ele vai trabalhar com a terminalidade.

**ENTREVISTADO: IVAN**

**RESPOSTA:** Quando ele apresenta uma doença grave em que nós não conseguimos transmitir muita esperança de cura e de resolução daquela doença.

**PERGUNTA IV - COMO VOCÊ SE SENTE QUANDO O(A) PACIENTE EXPRESSA UM DISCURSO RELIGIOSO DIANTE DA DOENÇA DELE(A)?****ENTREVISTADA: RITA**

**RESPOSTA:** Não tem problema, só teve problema uma vez, porque estou participando de uma pesquisa, com a M. H., sobre “Religião e atitude diante da morte”, então nós fizemos uma vez uma entrevista com um grupo de idosos, e coincidiu que nesse grupo de idosos, foi muito... tinha mulher e homem, tinha muitos protestantes e que começaram a doutrinar durante a entrevista. Aí, eu não gosto, é a única hora que eu me sinto mal, quando alguém

quer me convencer de alguma coisa de religião. Aí, eu não gosto, mas isso nunca aconteceu dentro do consultório. Aconteceu nessa entrevista e não era especificamente para mim, para todo mundo. Quem era protestante querendo doutrinar quem não era. Aí, eu fiquei meio irritada.

**ENTREVISTADO: JOSÉ**

**RESPOSTA:** Eu acho que é o direito dele, um dever nosso ouvir e respeitar. E, na medida do possível, onde nós percebermos que existe alguma identificação entre o nosso ponto de vista e o dele, nós reforçarmos. Lubrificar aquela convicção dele para lhe dar segurança. Mas, não deixar nunca de colocar o processo físico, médico, como ele tem que ser colocado, de forma clara, de forma simples e natural. Não precisa ser traumática, eu não preciso com a justificativa de ser bem claro, de ser bem lógico, de ser sincero, ser traumático, ser agressivo, não. Tenho que colocar isso, porque ele já está agredido por si só, ele já se sente naquele momento agredido e inseguro. O que ele quer é o que nós dissemos agora há pouco, porque o que ele quer é um apoio. Então, eu acho que nós temos que respeitar o ponto de vista dele e na medida do possível valorizá-lo para que ele se sinta seguro e possa caminhar com naturalidade.

**ENTREVISTADO: JOÃO**

**RESPOSTA:** A gente fica naquela situação em que a gente está vivendo num mundo em que existem distorções muito grandes, existe um desnivelamento muito grande. Então, o que se ouve no dia-a-dia a imprensa comentar, a igreja comentar, a falta de uma melhor distribuição de renda, de uma melhor oportunidade para pessoas de um nível socioeconômico nem tão aquinhoado, a gente observa que é um reflexo de um sistema que, parece que precisa ser mudado, e a gente vê que as dificuldades são muito grandes. E no meu modo de interpretar, eu acho um pouco, se deveria fazer uma mudança de pensamento, que eu sou católico, mas eu condeno a Igreja nesse aspecto, em relação ao controle da natalidade, eu acho se não houver (...). Agora, acho que existe um problema, que nós, médicos, analisamos, que há necessidade do controle da natalidade, há necessidade que a sobrevivência, ela seja melhorada. Quando digo sobrevivência é o prolongamento da vida. Então, não adianta nada você fazer o controle da natalidade, se a perspectiva de uma vida

mais longa do indivíduo não for compatível. Então, se você tem uma população e essa população tem uma expectativa de vida de viver até 180 anos isso está correto. Aí, você pode fazer o controle de natalidade. Mas, se você for fazer o controle da natalidade e a expectativa de vida, ou seja, índice de mortalidade, o índice de morbidade ele ainda ficou muito alto, você compromete essa situação. Então, eu acho que o Estado precisa exercer um controle maior sobre isso para que ele possa melhorar as condições daqueles que estão vivos, não adianta colocar cada vez mais pessoas no mundo sabendo-se que a perspectiva de sobrevivência não é aquela que deveria ser. Ou seja, o Estado tem que dar condições para que exista educação, para que exista saúde, para que exista segurança, para que exista a infra-estrutura básica, que é a moradia, que é o saneamento básico, que é a alimentação. Então, isso tudo é um conjunto de fatores que eu acho que precisam ser melhor observados.

**ENTREVISTADO: IGOR**

**RESPOSTA:** Eu sou bem imparcial. Eu sempre respeitei, nunca falei nada, não isso não ajuda, não deve ser assim. Mesmo que seja um budista, o ateu, o que crê até no diabo, isso nunca aconteceu, mas se acontecer, vá em frente, tá certo, a idéia é sua.

**ENTREVISTADA: ANA**

**RESPOSTA:** Eu falo que os espíritas falam mais porque até atualmente estou conhecendo muito o espiritismo, o que nunca soube, né. Porque assim, não tinha contato com nenhum espírita, quando estava no exterior, aqui em Brasília tem muito. Então assim, você termina, eu não interfiro porque não conheço muito da religião. Então, a sensação que você tem, às vezes, que não sabe muito bem onde você está pisando, quando fala de uma religião que não é a sua. Mas assim, de qualquer forma você percebe que é uma coisa importante, no fim das contas as religiões todas parecem terminar em uma coisa só. Claro que tem alguma coisa além daquilo que a gente conhece e que é importante para o ser humano. Então, assim, às vezes me sinto perdida. No começo, quando a pessoa falava sobre o espiritismo, porque eu não tinha a menor idéia como é que funciona o espiritismo. Aos pouquinhos a gente vai começando a entender o que eles acham, mas de qualquer forma eles não ficam tentando converter ninguém, eles só falam da experiência pessoal. É uma coisa muito interessante, muito humana, não tem um problema maior, não.



**ENTREVISTADO: CAIO**

**RESPOSTA:** Me sinto bem. Não há nenhum pensamento jocoso, por exemplo: “lá vem a mesma conversa de sempre”. Eu acho que me sinto confortável, me sinto bem com essa expressão e acredito que essa expressão nesse tipo de paciente demonstra uma certa sensibilidade, naquele momento demonstra uma busca de ajuda de alguma situação que, às vezes, abre uma brecha para que nós possamos colaborar dentro dessa religiosidade, dentro desse tratamento.

**ENTREVISTADA: CLÉO**

**RESPOSTA:** Eu acho que é enriquecedor para o indivíduo que está acompanhando e consegue entender e visualizar as várias posições que esse paciente vai ter em relação ao discurso religioso. Eu acho que é enriquecedor, hoje eu vejo isso dessa forma, talvez o médico mais jovem tente trabalhar, descartar essa possibilidade, ele acha que a ciência explica tudo, mas eu hoje vejo isso como uma situação que vem facilitar a melhora desse paciente, o que contribui para o tratamento da doença.

**ENTREVISTADO: IVAN**

**RESPOSTA:** Eu me sinto muito bem, independentemente da religião do paciente, eu me sinto muito bem. Eu acho que, mesmo que não seja coincidente com a minha religião, com a fé que professo, é eu acredito que é o momento de intimidade entre o médico e o paciente, e que... É o momento bom que permitiu que o paciente se abrisse, com pouco maior, mais tranquilidade, ou que permitisse maior abertura do paciente para o médico. A relação médico-paciente que nós tanto falamos, que nós tanto idealizamos, ela deve estar se dando de uma forma adequada.

**PERGUNTA V - A PRESCRIÇÃO, A FORMA DE TRATAMENTO OU QUALQUER OUTRA CONDOTA A SER TOMADA SOFRE ALGUMA ALTERAÇÃO DE ACORDO COM A RELIGIOSIDADE DO(A) PACIENTE?**

**ENTREVISTADA: RITA**

**RESPOSTA:** A minha não, pode ter problema. Vamos supor que uma pessoa, sábado é o dia sagrado dele, e não pode fazer nada, e se ele quiser seguir isso, é claro que isso pode dar problema. Mas, eu nunca tive problema nenhum com nenhum paciente.

**ENTREVISTADO: JOSÉ**

**RESPOSTA:** Sofre, sofre porque nós entendemos que a religiosidade como convicção religiosa, muitos dos procedimentos que nós prescrevemos ao paciente são contrários a esta convicção. Então, eu vou colocar o paciente frente a um dilema, eu faço o que o médico mandou, mas dentro de mim tem alguma coisa que não devo fazer ou não acredito ou a minha religião me proíbe. Eu acho que o médico tem que ter o bom senso de conhecer o paciente. É importante conhecer a convicção religiosa, ou seja, a religiosidade, o grau de religiosidade desse paciente para transformar essa religiosidade num parceiro, num amigo, ajudando a corrigir o processo de término dele.

**ENTREVISTADO: JOÃO**

**RESPOSTA:** Com a religiosidade não, a não ser esse caso que a gente citou claramente que é o caso de Testemunha de Jeová. O que a gente vê, às vezes, é o paciente que adota um princípio de tratamento que vai contra o que a medicina tem em primeira instância, que é a medicina alopática. Então, alguns pacientes, às vezes, se negam a fazer tratamentos alopáticos. Eles preferem a homeopatia. Eles, às vezes, preferem tratamentos alternativos. Nós temos o dever de orientá-los, nós temos o dever de respeitar muitas vezes, mas em algumas situações nós temos que ser muito claros. Porque, a partir do momento em determinadas situações mais graves, eles queiram optar pelo tratamento alternativo, pela homeopatia, eles põem em risco a vida deles, principalmente nos casos ligados às infecções, nos casos ligados aos tumores. Por quê? Porque nós sabemos que esses métodos alternativos, homeopatia, eles têm atuação muitas vezes no organismo que tem uma capacidade de reação ainda boa, mas se a capacidade de reação dele estiver comprometida, no caso das neoplasias, no caso das infecções, vai haver uma dificuldade muito grande que esse tratamento alternativo possa surtir efeito. Basicamente, o que me vem aqui são essas duas situações.

**ENTREVISTADO: IGOR**

**RESPOSTA:** Só na transfusão de sangue que o paciente é testemunha de Jeová que a gente tem que respeitar, que a gente tem que fazer outras formas de elevar o hematócrito, taxa de hemoglobina, forma de não transfusão, só esse caso.

**ENTREVISTADA: ANA**

**RESPOSTA:** Há esses evangélicos, que têm essas crenças de que não pode ter transfusão de algumas coisas que você não pode fazer, que, às vezes, modificam um pouco. Você termina tendo que respeitar, né. A crença dele, enquanto é possível, e trabalhar dentro daquilo que ele está falando. É muito raro, o pessoal coloca até no jornal, mas na verdade é relativamente raro, a gente ter o problema de um determinado ponto, que também não são tantos pacientes assim, são poucos. Da gente ser obrigado a confrontar com o paciente, ou você faz, mas você pega se o paciente tem condições de falar. Então, ele decide se ele vai arriscar ou se não. Se ele está decidindo por uma outra pessoa, aí fica mais complicado. Os pais decidindo pela criança, a coisa começa a ficar um pouco complicada, até que ponto os pais têm direito de interferir e arriscar a vida da criança. O adulto falando de si mesmo é mais tranqüilo, se ele decidiu, se ele sabe os riscos, você conversa, você tem que respeitar. Assim, você não tem o direito de deixar o paciente aceitar qualquer tratamento, isso não existe.

**ENTREVISTADO: CAIO**

**RESPOSTA:** Não há nada hoje que eu veja que não possa ser adaptado para as religiões. Vamos supor, se prescreve uma dieta para um paciente “a”, aquela religião não permite tais alimentos, nós podemos mudar aquilo. Não conheço religião que proíbe uma medicação “a ou b”, exceto transfusão de sangue que é a testemunha de Jeová. O que eu vejo, pelo menos as religiões que tive a oportunidade de lidar, é que não há nada que não possa ser adaptado para satisfazer a religião daquela família. A família não quer que seja transfundido, o que nós fizemos, tem aquele paciente, testemunha de Jeová, a criança não é testemunha de Jeová, os pais que são, é essa a minha realidade. Então, é diferente do paciente já adulto, né. Então, aqui na verdade são os pais, é dos pais, não é da criança, como já sabe que a família é tão importante como o próprio bebê. Então, vem aqui uma família com o bebê,

cujo bebê vai fazer uma cirurgia cardíaca e a família; não quero, não deixo que dê sangue para ele. Se essa família não fosse testemunha de Jeová, ela não ia falar isso, a gente operaria e daria o sangue. Essa outra que, recusa o sangue, a gente faz um preparo para ela não tomar sangue, a gente utiliza medicações específicas para estimular a medula, e faz a cirurgia no momento que talvez ela não precise mais de sangue. Essa é uma mudança de conduta baseada num princípio religioso. Isso a gente aceita, é claro que há situações que pode não dar tempo para fazer isso. A outra situação é, tenho todas as alternativas de tratamento, alternativa que o risco de tomar sangue é muito baixo e o risco é muito alto, às vezes, a gente opta por aquela de baixo risco de não tomar sangue, respeitando essa posição familiar. Esse é o exemplo que me ocorre.

**ENTREVISTADA: CLÉO**

**RESPOSTA:** Sofre. Sofre na medida que eu te expliquei isso, por exemplo, se eu tenho um paciente que ele acredita que ele fazendo jejum num determinado número de horas, ele vai ficar melhor. Eu posso trabalhar o que é jejum, o que é jejum para ele. Eu posso propor para ele: você pode fazer jejum, só não vai fazer jejum total de comida, só vai deixar de comer o alimento x. Ajudar essa percepção dele, ao mesmo tempo impedindo que o jejum completo tenha conseqüências graves se ele tiver que usar um remédio, isso vai gerar danos para ele. Por isso, é importante entender. Se eu não considero isso e prescrevo medicamento, o paciente pode fazer jejum, naquele remédio pode ter problema sério. Acho que nesse sentido é fundamental fazer esse contexto.

**ENTREVISTADO: IVAN**

**RESPOSTA:** Especificamente que são testemunhas de Jeová, essa é a situação mais gritante. Porque consta o tratamento com hemoderivados. Isso é uma questão que às vezes leva a questões judiciais de necessidade, mesmo veemente, com risco de vida, necessidade de transfusão sangüínea e eles apresentam inúmeros artigos até de médicos que são testemunhas de Jeová dizendo que não há necessidade de transfusão sangüínea (...). Enfim, aquela discussão que eu acho interminável.

**PERGUNTA VI - VOCÊ PERCEBE ALGUMA MUDANÇA EM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS E/OU PROFISSIONAIS AO SE DEPARAR COM A EXPERIÊNCIA RELIGIOSA DO(A) PACIENTE?**

**ENTREVISTADA: RITA**

**RESPOSTA:** Estou ligada nisso e isso faz parte do meu dia-a-dia. Então, eu presto atenção, fico entendendo. Eu tenho sempre a coisa de é possível que alguma coisa que esteja acontecendo seja para eu aprender. Eu sempre imagino que eu possa estar aprendendo, estava vindo para mim por alguma razão especial. Então, eu presto atenção. Dependendo o que for, pode me tocar ou não.

**ENTREVISTADO: JOSÉ**

**RESPOSTA:** Sim. Porque a religião, independentemente daquela que eu for adepto, ela sempre provoca um debate porque as pessoas têm o hábito, e às vezes até pela maior boa vontade, até por amor, de querer converter outros na expectativa de que o que a gente tem é melhor do que do outro. Então, até para evitar que alguns pacientes, às vezes, são entusiastas dessas idéias e, às vezes, são avessos a outras idéias, a outras religiões. Então, a religião que eu professo, pelo fato da maioria das pessoas terem uma visão deformada do que é ela, o espiritismo, tem gente que imagina que em qualquer lugar se manifesta um espírito, é um espiritismo, e o espírito se manifesta em qualquer lugar sem sombra de dúvida. Então, a gente evita de expor nossos pontos de vista religiosos, o debate religioso porque isso pode constranger ou criar, ou dificultar a relação médico-paciente. Isso só vem à tona, em um processo natural de afinidade, de identificação, de amizade que se desenvolve com muita frequência mesmo. Fazendo uma comparação com o paciente, ele é muito mais amigo de seu cirurgião que qualquer outro especialista, porque, na mão do cirurgião, ele visitou a beira da morte, o vale da morte, ele sentiu ali pertinho. Então, essas amizades são mais firmes, o paciente guarda com mais afínco, com mais cuidado, com mais zelo o seu relacionamento com o seu cirurgião. Isso é muito saudável para nós os cirurgiões também, nós todos somos alimentados com o sentimento de amor ao próximo, de identificação, de valorização, de auto-estima, isso nos ajuda profundamente, é uma estrada de duas mãos. Nós o ajudamos, e ele nos ajuda.

**ENTREVISTADO: JOÃO**

**RESPOSTA:** Sim. Eu acho, eventualmente, que algumas colocações religiosas feitas pelo paciente, às vezes elas podem fortalecer a atividade profissional do médico. Podem, às vezes, chamar a atenção do médico de que a sua postura religiosa está deixando a desejar, entendeu? Às vezes, ele poderá atrapalhar também. Às vezes uma postura religiosa do paciente pouco flexível pode interferir negativamente no tratamento que o médico está realizando, porque se o paciente, se a postura religiosa do paciente, for de encontro àquilo que o médico está propondo no tratamento, aquilo vai criar uma situação, em que aquilo que está sendo colocado para o paciente não encontre credibilidade. Se o paciente não estiver confiando naquilo que o médico está propondo, com certeza o resultado estará prejudicado. Porque o aspecto psicossomático do paciente, a confiança, o otimismo do paciente, aquele crédito naquilo que está sendo proposto pelo médico, com certeza, isso vai interferir do ponto de vista psicológico no resultado do tratamento.

**ENTREVISTADO: IGOR**

**RESPOSTA:** Não. Como eu não tenho prática, a quantidade de assuntos que ouço deles é muito pouca, na verdade discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto praticamente não vem à tona, e talvez se viesse eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu?

**ENTREVISTADA: ANA**

**RESPOSTA:** Eu acho que sempre influencia, ninguém é impermeável. O paciente fala das experiências (...). Eu falo muito do espiritismo, porque foi quando eu voltei para o Brasil tive contato com esse pessoal aqui em Brasília. Aí, foi bom porque acabou com muitos de meus tabus em relação ao espiritismo, porque achava que era coisa meio vodu, essa coisa de receber espírito. Hoje em dia, eu respeito muito mais.

**ENTREVISTADO: CAIO**

**RESPOSTA:** Não, mas eu faço um esforço para que isso não aconteça. Eu pessoalmente sou católico, não sou simpatizante da crença evangélica, do formato não sou, mas respeito muito o paciente evangélico. E respeito, esse é o maior exemplo, a forma que eles crêm,

por exemplo: teve um fato muito interessante, uma criança que foi operada aqui. Uma criança que tinha problema grave foi operada aos quatro meses, a criança estava desnutrida, estava péssima. Esse bebê foi operado, ficou bem. Foi embora, cresceu, ficou normal. Num belo dia, estou na minha casa mudando o canal da televisão, eu vejo a mãe dessa criança dando um depoimento na igreja, naqueles programas, e ela mostrando o milagre da cura daquele bebê. Minha primeira reação foi de raiva. Porque foi de raiva? Porque foi um milagre? Foi um tratamento habitual que a gente faz no dia-a-dia. Essa foi minha primeira reação, a segunda foi: que bom que ela está levando isso para a igreja dela, divulgando aquilo. Como a primeira reação é e não é aquilo na verdade, a gente se preocupa que muita gente hoje não respeita religião, mesmo as religiosas não respeitam como deviam, às vezes tem charlatão, a gente sabe. A gente sabe que são seres humanos, que ali está sendo usada a criança, e tal. O objetivo era que a criança ficasse bem. A mãe teve crença, teve fé, ela usava muito isso, Deus vai curar ele, vai curar ele. Em alguns momentos pode parecer que a gente fica com raiva de Deus porque na verdade quem fez a cirurgia não foi Deus, mas foi sim, de alguma forma, de algum desenho foi, e se tivesse dado errado, talvez Deus tivesse ajudado a confortar a perda. Então, eu vejo tanto o sucesso como o insucesso, se tiver do nosso lado melhor, na prática e no entendimento das famílias. Então, essa foi uma situação, e eu, apesar de que, jamais, se me perguntasse se foi um milagre, para nós não é um milagre, porque milagre é algo que não tinha jeito, que de repente alguma coisa sobrenatural faz, na verdade não foi. É tratamento habitual, então aconteceu uma coisa que me chamou a atenção, foi uma surpresa.

**ENTREVISTADA: CLÉO**

**RESPOSTA:** Com certeza. Quando você tem essa visão mais completa, ou seja, que você conhece outros dados da vida do indivíduo, além só da dor, daquilo que está sentindo, aquela queixa que levou ele lá. Então, vai gerar um grau de confiança maior, uma adesão maior, maior confiança do paciente em relação a você, profissional. Eu acho importante também.

**ENTREVISTADO: IVAN**

**RESPOSTA:** De maneira geral, sim. O paciente que expressa mais religiosidade ele influencia na minha conduta tanto interpessoal quanto interprofissional de uma maneira tranquilizante. Eu acho que eu fico mais tranquilo, eu fico mais calmo, é mais fácil de lidar naquele dia, do que o paciente que é sempre muito difícil e não expressa nenhuma religiosidade. Ele é mais impaciente, talvez. Mas, muda a gente ficar pensando naquilo que aquele paciente falou, é interessante. Se parar para pensar, muda sim.



## ANEXO V

### IA 1

#### PERGUNTA I: O QUE O(A) MOTIVOU FAZER PARTE DA PESQUISA?

RITA: Porque  **você me convidou e eu não podia dizer não.** Sente-se no dever de participar.

JOSÉ: Eu, como cirurgião, muito mais que como médico apenas, eu acostumei, ao longo da minha vida, a conviver com a dor. E **o paciente, quando se entrega ao cirurgião**, na convicção dele, **ele está com a morte muito próxima, porque eles sabem que não existem cirurgias insignificantes, toda cirurgia tem risco. Uma cirurgia grande, obviamente, tem um risco grande.** Então, **o paciente procura algo fora da matéria, onde ele possa se amparar, onde ele possa se segurar e, muitas vezes, ele busca isso no próprio cirurgião, na tentativa que ele possa trazer isso para ele.** Então, **a vida e a existência fora dessa vida**, sempre foi alguma coisa que me chamou atenção. Eu achei sempre que as explicações de uma vida só, se esbarravam em um muro que não me deixava explicação, não me deixava nenhuma saída. Até que, me **identifiquei com uma filosofia que me dizia que as vidas eram sucessivas**, aí a coisa me pareceu muito mais lógica e eu fui percebendo que essa filosofia vem de muito antes da Era Cristã, com os grandes pensadores, e identificaram que o mundo, por demais complexo e bonito, para que fosse constituído em iniciar e terminar em uma vida só. **Com isso me fez buscar uma doutrina espiritualista.** E eu digo doutrina porque ela é mais que uma religião, ela é mais que uma filosofia. A doutrina ela é composta desse conjunto, **ela tem diríamos três pilares**, um pilar é a filosofia, que me explica quem sou eu, de onde eu vim, para onde eu vou, quem sou eu dentro desse contexto. Uma ciência que me diz como me relaciono aqui dentro, desse conjunto que eu vivo, como me relaciono. E uma religião que me coloca em contato com o criador de tudo isso, porque não existe criador sem criatura. Então, uma doutrina me satisfaz porque ela me dá essa explicação, enquanto uma religião apenas, ela me coloca em contato com o criador, mas não me explica as coisas que me cercam. Por isso, não me explica porque estou aqui, não me explica esse processo que como a filosofia sozinha também não o faz.

O paciente cirúrgico procura algo fora da matéria na relação com o cirurgião, para se sentir amparado e seguro. Por fazer parte da doutrina espiritualista, que associa ciência, filosofia e religião, explica a existência nessa e outras vidas.

Nem a ciência sozinha também não o faz. Então, para mim eu achava que era necessária uma doutrina, que aí você **tem a ciência, a filosofia e a religião, que se associaram**, e aí sim, e **hoje me sinto satisfeito com as explicações que recebo a respeito da vida.**

JOÃO: Eu entendo o seguinte, **nós como membros de uma universidade, em que o ensino é o objetivo principal**, então **sempre que você recebe o convite de um profissional que atua na área de ensino e que ele gostaria de contar com a sua colaboração.** Eu acho que isso, **não só, é um dever que nós temos de colaborar com atividade docente.** Então, foi **por isso** que eu recebi o seu convite, via e-mail, né, e **me pré – dispus a colaborar.**

IGOR: No primeiro ponto, ajudar. **Ajudar a pessoa que está fazendo a pesquisa. Interesse, um pouquinho, do que vai resultar a pesquisa.**

ANA: Porque acho **interessante a pessoa dar enfoque menor na técnica e mais no atendimento ao paciente**, mesmo.

CAIO: **Esse é o tema que, quase sempre, me pergunto um pouco. Estou curioso em saber o que é a pesquisa, até para saber o que vai ser perguntado e o que eu posso aprender com isso.** A gente se depara com **muita frequência no dia-a-dia**, não tenho nada formado ainda, mas é **um assunto bastante relevante**, eu acho **na prática do médico hoje**, no dia-a-dia.

CLÉO: Eu achei **interessante esse objeto de estudo da pesquisa.** Interessantemente, nesse período que te falei que trabalhei no Hospital de Base, eu **trabalhei especificamente com um grupo de pacientes em fase terminal, e fazia parte desse acompanhamento o morrer, que leva em consideração toda situação religiosa do indivíduo, de como você vê a vida e como você vê a morte.**

IVAN: **O interesse em saber qual o resultado vai dar**, porque já discutimos muito a questão religiosidade, principalmente com pacientes terminais. Quando **discutíamos sobre paciente terminal, o que fazer ou não fazer, nós**

Os membros da universidade têm o dever de colaborar na atividade docente de um outro profissional.

Colaborar com o estudo e curiosidade sobre o resultado.

Valorizar o atendimento ao paciente.

Tema relevante e presente na prática diária do(a) médico(a), que gera curiosidade, questionamentos pela falta de conhecimento e vontade de aprender sobre o assunto.

Pelo tema abordar o médico e a religiosidade que faz parte da prática médica com pacientes terminais.

Curiosidade sobre o resultado da pesquisa, já que o tema religiosidade, está presente na Medicina e na relação médico-paciente.

**discutíamos também o conforto espiritual**, naquele momento que era um momento um pouco mais delicado, mesmo sabendo que **assunto religiosidade pro paciente e o toque médico, ela está na verdade em toda a medicina. Não só no paciente terminal, está em qualquer doença. Desde uma doença simples curável, em que nós vamos ter um contato médico-paciente muito rápido**, mesmo assim, essa questão da religiosidade vai estar presente.

## **PERGUNTA II : VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA RELIGIOSA ?**

**RITA: Considero-me uma pessoa religiosa, mas só não freqüento nenhuma igreja, nenhum rito de uma religião formal.** Foi a própria religião que me fez afastar de Deus, eu era adolescente. O que aconteceu foi uma coisa tão estúpida, naquela época você tinha que confessar antes de comungar, e eu tinha feito uma malcriação muito grande lá, para os meus pais. Eu não lembro mais o motivo, deve ter sido alguma coisa importante porque não me lembro. Só sei que era uma malcriação tão grande que eu não tive coragem de confessar e tava já resolvido que eu ia comungar. Fui e comunguei. Mas, comunguei em pecado, porque não confessei, aí era terrível porque não estava mais no inferno, estava mais que no inferno, naquela época se dizia, que se você comungasse em pecado, tinha uma coisa que era pior que o inferno. Então, já que eu ia para o inferno mesmo, não vou continuar ir a missa, não vou continuar a rezar, não vou continuar ter Deus no mundo. Tô mesmo na pior, e isso foi muito ruim porque **eu passei mais da metade da minha vida sem acreditar em Deus, o que dificulta muito a vida.** Mas, de repente, eu não sei o que aconteceu, que a coisa começou a voltar, mas aí eu não vou voltar para religião católica que ela me fez muito mal. Eu sei que não foi a religião, mas foi às mães lá que me inculcaram isso, mas de qualquer modo, me fez mal. Então, não volto para religião católica, tentei ir à Comunhão Espírita, mas desisti. Inclusive quem coordenava as reuniões era uma pessoa muito culta, um professor da UnB, mas teve uma hora lá, que uma pessoa que estava assistindo começou a falar de problemas de casa, que o irmão estava usando drogas, como isso estava prejudicando os pais. E aí os conselhos que foram dados, foram os seguintes: não você tem que

A religiosidade não está vinculada a um local, a um rito. A religiosidade pode ser expressa através de uma conversa diária com Deus, força universal que protege a todos e facilita a vida.

ajudar, você tem que perdoar. Pera aí, isso é que eu ouvia com oito ou nove anos de idade. Eu não entrar nessa que tem que. Eu não tenho, eu vou procurar fazer. Eu não tenho a obrigação de fazer nada disso e eu fui embora. Não vou entrar mais em uma dessa mais, então desisti. **Todo dia eu converso com Deus, eu tenho, eu sei que tem alguém me protegendo. Eu dou nome, eu sei que tem uma força me protegendo individualmente, que existe uma força universal que protege todo mundo.** Mas, é...Não vou chamar de Maomé, de Jesus, eu nem acredito que Jesus era Deus.

**JOSE:** **Muito. A religião é a face do conhecimento humano que me coloca em contato com o criador eu acho tudo que está criado, que nós convivemos de uma magnificência, de uma beleza tão grande. Isso me impulsiona automaticamente em tudo, se tiver gratidão ao criador. Por isso, eu me sinto realizado.**

**JOÃO:** Considero.

**IGOR:** **Não.** Muito pouco. **Não sou praticante e de certa forma, até erradamente achar, que isso vai influenciar nos dados, cirurgias, terapêuticas.** Enfim, não. **Basicamente por falta de prática, basicamente por não ir a igreja.**

**ANA:** **Sim. Não sou do tipo de estar sempre na igreja, até porque não tenho tempo, mas sim, sou uma pessoa religiosa.**

**CAIO:** **Sim, me considero religioso, embora não freqüente com freqüência um templo, um local, mas me considero sim.**

**CLÉO:** **Sim.**

**IVAN:** **Sim. Eu sou católico.**

**PERGUNTA III - CONSIDERANDO A SUA O (A) PACIENTE FALA MAIS DE SUA**

**RITA:** **Ele fala mais de Deus na hora que está com mais problemas, ou está mais doente ou está com problemas familiares. Porque é muito comum na idosa, eu falo idosa porque em cada**

A religiosidade permite o contato com o criador que impulsiona para realizações.

Considero.

Não se considera religioso porque não freqüenta a igreja. A religiosidade pode prejudicar a prática médica influenciando nos dados, nas cirurgias e terapêuticas.

É religioso. A falta de tempo o impede de freqüentar a igreja.

A religiosidade independe de freqüentar o templo.

Sim.

Ser religioso é seguir uma religião formal.

**EXPERIÊNCIA, EM QUAIS MOMENTOS RELIGIOSIDADE?**

Fala-se mais de Deus quando está com problemas de saúde e familiares.

vinte deve ter um homem, ou até mais porque quase mulheres procuram. E a impressão que eu tenho desse grupo que estou atendendo é que elas **são muito religiosas e elas falam mais de Deus** do que o grupo que atendi, no consultório de pessoas mais ricas. **Nas pessoas mais ricas é menos freqüente**, né, embora eu tive, uma não era uma idosa, **na faixa dos 40 anos, uma médica que ela falava muito sobre Deus, não era nem católica**, mas a gente falava sobre Deus. Mas, fora **essa experiência dessa médica, que, aliás, morreu**, é, eu acho que **o pessoal mais pobre fala mais em Deus**.

**JOSÉ: Para nós, os cirurgiões, o paciente, praticamente, no pré-operatório ele sempre busca essa estátua, à medida que se aproxima o momento da cirurgia, ele sente a insegurança cada vez maior. Logo, nos primeiros momentos, após o pós-operatório imediato, ele está sentindo todas as dores, todo o mal-estar e aquela insegurança dão para ele, quase uma certeza de que ele não vai conseguir sobreviver, pela intensidade da dor, pela intensidade da dificuldade** que ele está passando e o ser humano é impaciente diante dessas situações. Então, **ele busca muita proximidade conosco**. Nesse momento tem um fato interessante, porque **o médico principalmente o cirurgião, é quase um Deus para ele. E ele quer que nós prometamos a fazer coisas, ele quer que a gente repita para ele uma porção de coisas, ele quer ter uma convicção cada vez mais consolidada**. E ele então, promete que vai fazer tudo até que melhore, depois se esquece.

**JOÃO: Quando a situação clínica dele está mais grave. Geralmente, quando a situação tem risco de seqüela, risco de vida, possibilidade de não ter cura. É nessa hora que ele chama mais a religiosidade dele, nas situações mais aflitivas.**

**IGOR: Mais na hora de uma decisão cirúrgica quando tem que operar realmente. Aí, ele fala né, eu vou rezar muito pro senhor, pra que tudo dê certo no seu dia, basicamente nesse momento. Eles sentem que precisam de algo a mais pra tomar essa decisão. Vamos rezar muito para que dê certo, mas eles sempre falam, abaixo de Deus é o senhor que está aqui para tentar resolver o nosso problema. Aí, eu sempre**

Nos momentos de dor, de insegurança, de dificuldade, em que o paciente associa a figura do cirurgião como um Deus, capaz de fazer e falar coisas para que o paciente venha se sentir seguro e tenha a certeza que não vai melhorar.

O discurso religioso aparece na situação clínica grave, em que há risco de seqüela e de vida, e quando não há cura.

Quando tem de tomar decisão para operar.

**falo, graças a Deus.**

ANA: Tem paciente que fala sobre isso sem ter um problema mais grave, já uma coisa de outras experiências, provavelmente, ou desde a infância. **Paciente que é religioso ele geralmente ele já fala na consulta. Os pacientes espíritas são muitos, muitos pacientes espíritas são muitos atuantes, dando auxílio ao próximo,** eu sei que eles sempre referem. Quando você pergunta quais as atividades que fazem, eles sempre referem, porque eu pergunto muito esse lado das atividades, dos hobbies, o que o paciente tem para dar um suporte, porque isso influencia muito como o paciente encara a doença e como ele se trata. Aí, os espíritas sempre referem, assim, que vão a Comunhão, que fazem isso, que fazem aquilo. **Esses sempre falam da doença, independentes de estarem muito doentes e pouco doentes.** Falam que estão fazendo. **Os católicos são mais, por serem tímidos, não falam muito, mesmo quando são católicos praticantes. Eu acho que o paciente espírita fala mais, o mais católico ele fala só se você perguntar.**

CAIO: **Ele fala mais quando na esperança do tratamento bem sucedido, uma expectativa que vai ser bem sucedido, graças a Deus, se Deus quiser tudo vai dar certo, tenho muita fé que vai dar certo.** Também **no momento de perda, para trazer conforto para aceitar uma perda,** esses eu vejo que são os momentos principais. Aí, não são todos, em alguns momentos, quando em uma perda. Quando a gente notifica a perda da vida de uma criança, a busca da religiosidade naquele momento, às vezes, eu uso desse discurso para trazer esse conforto para família, trago isso na memória. Eu sinto que, às vezes, isso tem um papel importante naquele momento.

CLÉO: Acho que **no momento em que ele se vê impactado com o diagnóstico,** onde você diz para ele que **esse diagnóstico é de uma doença que não tem cura.** Então, você trabalha com questão de prognóstico, com tempo de vida curto. Como te falei na endocrinologia, boa parte das doenças são crônicas, mas elas têm como o indivíduo ter qualidade de vida e ter aquela orientação, mas em algumas doenças ele vai trabalhar com a terminalidade.

Paciente que é religioso fala na consulta. Os pacientes espíritas sempre falam da doença, independentemente de estarem muito doentes ou pouco doentes. Os católicos, não falam muito, mesmo quando são católicos praticantes. O paciente espírita fala mais, o católico fala só se perguntar.

Na esperança do tratamento bem sucedido e no momento de perda, trazer conforto e aceitar a morte.

O paciente está impactado com uma doença que não tem cura.

IVAN: **Quando ele apresenta uma doença grave em que nós não conseguimos transmitir muita esperança de cura e de resolução daquela doença.**

Diante de uma doença grave e incurável.

**PERGUNTA IV - COMO VOCÊ SE SENTE UM DISCURSO RELIGIOSO ANTE A**

**QUANDO O(A) PACIENTE EXPRESSA DOENÇA DELE (A)?**

RITA: Não tem problema, só teve problema uma vez, porque estou **participando de uma pesquisa**, com a M. H., sobre “Religião e atitude diante da morte”, então nós fizemos uma vez uma entrevista com um grupo de idosos, e **coincidiu que nesse grupo de idosos**, foi muito... tinha mulher e homem, **tinha muitos protestantes e que começaram a doutrinar durante a entrevista. Aí, eu não gosto, e a única hora que eu me sinto mal, quando alguém quer me convencer de alguma coisa de religião. Aí, eu não gosto**, mas isso nunca aconteceu dentro do consultório. Aconteceu nessa entrevista e não era especificamente para mim, para todo mundo. **Quem era protestante querendo doutrinar quem não era. Aí, eu fiquei meio irritada.**

Sente-se mal e irrita-se com a doutrinação dos protestantes querendo converter quem não possui a mesma prática religiosa.

JOSÉ: Eu acho que **é o direito dele um dever nosso ouvir e respeitar. E na medida do possível, onde nós percebermos que existe alguma identificação entre o nosso ponto de vista e o dele, nós reforçamos.** Lubrificar aquela convicção dele para lhe dar segurança. **Mas, não deixar nunca de colocar o processo físico, médico**, como ele tem que ser colocado, **de forma clara, de forma simples e natural. Não precisa ser traumática**, eu não preciso com a justificativa de ser bem claro, de ser bem lógico, de ser sincero, ser traumático, **ser agressivo, não.** Tenho que colocar isso, porque ele já está agredido por si só, ele já se sente naquele momento agredido e inseguro. O que ele quer é o que nós dissemos agora a pouco, porque o que ele quer é um apoio. Então, eu acho que nós **temos que respeitar o ponto de vista dele e na medida do possível valorizá-lo para que ele se sinta seguro** e possa caminhar com naturalidade.

É direito dele e deve-se respeitar a religiosidade do paciente e, quando houver convergência entre o ponto de vista médico com o do paciente, deve-se incentivar, para que se sinta apoiado e seguro. Deve colocar a posição médica.

JOÃO: A gente fica naquela situação em que a gente **sabe está vivendo num mundo em que existem distorções muito grandes, existe um desnivelamento muito grande.** Então, o que se

Há um desequilíbrio socioeconômico, o que aumenta as dificuldades das pessoas menos favorecidas. Deve-se pensar no controle da natalidade e em proporcionar melhores condições

ouve no dia-a-dia a imprensa comentar, a igreja comentar, **a falta de uma melhor distribuição de renda, de uma melhor oportunidade para pessoas de um nível socioeconômico nem tão aquinhoado, a gente observa que é um reflexo de um sistema que, parece que precisa ser mudado**, e a gente vê que as dificuldades são muito grandes. E no meu modo de interpretar, eu acho um pouco, se **deveria fazer uma mudança de pensamento, que eu sou católico, mas eu condeno a Igreja nesse aspecto, uma relação ao controle da natalidade**, eu acho se não houver...Agora, acho que existe um problema, que **nós médicos analisamos, que há necessidade do controle da natalidade, há necessidade que a sobrevivência, ela seja melhorada**. Quando digo sobrevivência é o prolongamento da vida. Então, não adianta nada você fazer o controle da natalidade, se a perspectiva de uma vida mais longa do indivíduo, não for compatível. Então, se você tem uma população e essa população tem uma expectativa de vida de viver até 180 anos isso está correto. Aí, você pode fazer o controle de natalidade. Mas, se você for fazer o controle da natalidade e a expectativa de vida, ou seja, índice de mortalidade, o índice de morbidade ele ainda ficou muito alto, você compromete essa situação. Então, eu acho que o Estado, ele precisa exercer um controle maior sobre isso para que ele possa melhorar as condições daqueles que estão vivos, não adianta colocar cada vez mais pessoas no mundo sabendo-se que a perspectiva de sobrevivência não é aquela que deveria ser. **Ou seja, o Estado tem que dar condições para que exista educação, para que exista saúde, para que exista segurança, para que exista a infraestrutura básica, que é a moradia, que é o saneamento básico, que é a alimentação**. Então, isso tudo é um conjunto de fatores que eu acho que precisam ser melhor observados.

**IGOR: Eu sou bem imparcial. Eu sempre respeitei, nunca falei nada**, não isso não ajuda, não deve ser assim. Mesmo que seja um budista, o ateu, o que crê até no diabo, isso nunca aconteceu, mas se acontecer, vá em frente, tá certo, a idéia é sua.

**ANA: Eu falo que os espíritas falam mais porque até atualmente estou conhecendo muito o**

de vida (saúde, educação, segurança, moradia, saneamento básico e alimentação) para essas pessoas.

Sente-se imparcial e respeita as escolhas religiosas do paciente.

Não interfere, mas sente-se perdida quando falam de uma religião que não é a sua. Percebe a



espiritismo, o que nunca soube, né. Porque assim, não tinha contato com nenhum espírita, quando estava no exterior, aqui em Brasília tem muito. Então assim, você termina, **eu não interfiro porque não conheço muito da religião**. Então, a **sensação** que você tem, às vezes, **que não sabe muito bem onde você está pisando, quando fala de uma religião que não é a sua. Mas** assim, de qualquer forma **você percebe que é** uma coisa **importante**, no fim das contas às religiões todas parecem terminar em uma coisa só. Claro que tem alguma coisa além daquilo que a gente conhece e que é importante para o ser humano. Então assim, **às vezes me sinto perdida**, no começo, **quando a pessoa falava sobre o espiritismo**, porque eu não tinha a menor idéia como é que funciona o espiritismo. **Aos pouquinhos a gente vai começando a entender o que eles acham, mas de qualquer forma eles não ficam tentando converter ninguém, eles só falam da experiência pessoal. É uma coisa muito interessante, muito humana, não tem um problema maior, não.**

CAIO: Não me sinto, **me sinto bem. Não há nenhum pensamento jocoso**, por exemplo: “lá vem à mesma conversa de sempre”. Eu acho que **me sinto confortável**, me sinto bem com essa expressão. E acredito que essa expressão, nesse tipo de paciente, **demonstra uma certa sensibilidade, naquele momento. Demonstra uma busca de ajuda de alguma situação** que, às vezes, **abre uma brecha para que nós possamos colaborar dentro dessa religiosidade, dentro desse tratamento.**

CLÉO: Eu acho que é **enriquecedor para o indivíduo que está acompanhando e consegue entender e visualizar as várias posições que esse paciente vai ter em relação ao discurso religioso**. Eu acho que é enriquecedor, hoje eu vejo isso dessa forma, **talvez o médico mais jovem tente trabalhar, descartar essa possibilidade, ele acha que a ciência explica tudo, mas eu hoje vejo isso como uma situação que vem facilitar a melhora desse paciente, o que contribui para o tratamento da doença.**

IVAN: Eu **me sinto muito bem, independente da religião do paciente**, eu me sinto muito bem. Eu acho que, **mesmo que não seja coincidente com a minha religião, com a fé que professo, é eu**

importância da prática do espiritismo na vida dos pacientes, que considera interessante e humana.

Sente-se bem e confortável. O aparecimento da religiosidade no encontro clínico demonstra um pedido de ajuda, uma brecha para conciliar a religiosidade com o tratamento.

É enriquecedor entender e observar como a religiosidade do paciente pode facilitar e contribuir para o tratamento da doença. O médico mais jovem prioriza o discurso científico, desprezando a religiosidade do paciente.

Sente-se bem e acredita que a boa relação médico-paciente favorece o aparecimento do discurso religioso do paciente.

**acredito que é o momento de intimidade entre o médico e o paciente, e que... É o momento bom que permitiu que o paciente se abrisse, com pouco maior, mais tranquilidade, ou que permitisse maior abertura do paciente para o médico. A relação médico-paciente que nós tanto falamos, que nós tanto idealizamos ela deve está se dando de uma forma adequada.**

**PERGUNTA V- A PRESCRIÇÃO, A FORMA DE TRATAMENTO E /OU QUALQUER OUTRA CONDUTA A SER TOMADA SOFRE ALGUMA ALTERAÇÃO DE ACORDO COM A RELIGIOSIDADE DO(A) PACIENTE?**

**RITA: A minha não, pode ter problema. Vamos supor que uma pessoa sábado é o dia sagrado dele, e não pode fazer nada, e se ele quiser seguir isso, é claro que isso pode dar problema. Mas, eu nunca tive problema nenhum com nenhum paciente.**

**JOSÉ: Sofre, sofre porque nós entendemos que a religiosidade como convicção religiosa, muitos dos procedimentos que nós prescrevemos ao paciente são contrários a esta convicção. Então, eu vou colocar o paciente frente a um dilema, eu faço o que o médico mandou, mas dentro de mim tem alguma coisa que não devo fazer ou não acredito ou a minha religião me proíbe. Eu acho que o médico tem que ter o bom senso de conhecer o paciente é importante conhecer a convicção religiosa, ou seja, a religiosidade, o grau de religiosidade desse paciente para transformar essa religiosidade num parceiro, num amigo, ajudando a corrigir o processo de término dele.**

**JOÃO: Com a religiosidade não, a não ser esse caso que a gente citou claramente que é o caso testemunha de Jeová. O que a gente vê, às vezes, é o paciente que adota um princípio de tratamento que vai contra o que a medicina tem em primeira estância, que é a medicina alopática. Então, alguns pacientes, às vezes, se negam a fazer tratamentos alopáticos. Eles preferem a homeopatia. Eles, às vezes, preferem tratamentos alternativos. Nós temos o dever de orientá-los, nós temos o dever de respeitar muitas vezes, mas em algumas situações nós temos que ser muito claros. Porque a partir do momento, em determinadas situações mais graves, eles queiram optar pelo tratamento alternativo, pela**

A religiosidade do paciente pode interferir na conduta médica e gerar algum problema ao paciente.

Há alteração na conduta médica para evitar criar um conflito em torno da convicção religiosa do paciente e o procedimento médico a ser tomado. Conhecer o paciente, o seu grau de religiosidade é fundamental para transformar a religiosidade em parceira do tratamento.

Não há alteração de conduta médica, exceto no caso das Testemunhas de Jeová.

homeopatia, eles põem em risco a vida deles, principalmente, nos casos ligados às infecções, nos casos ligados aos tumores. Por que? Porque nós sabemos que esses métodos alternativos, homeopatia, eles têm atuação muitas vezes no organismo que tem uma capacidade de reação ainda boa, mas se a capacidade de reação dele estiver comprometida, no caso das neoplasias, no caso das infecções, vai haver uma dificuldade muito grande que esse tratamento alternativo possa surtir efeito. Basicamente, o que me vem aqui são essas duas situações.

**IGOR: Só na transfusão de sangue que o paciente é testemunha de Jeová que a gente tem que respeitar, que a gente tem que fazer outras formas de elevar o hematócrito, taxa de hemoglobina,** forma de não transfusão, só esse caso.

**ANA: Há esses evangélicos, que têm essas crenças de que não pode ter transfusão de algumas coisas que você não pode fazer, que, às vezes, modificam um pouco. Você termina ter que respeitar, né. A crença dele, enquanto é possível, e trabalhar dentro daquilo que ele está falando.** É muito raro, o pessoal coloca até no jornal, mas na verdade é relativamente raro, a gente ter o problema de um determinado ponto, que também não são tantos pacientes assim, são poucos. Da gente ser obrigado a confrontar com o paciente, ou você faz, mas você pega se o paciente tem condições de falar. **Então, ele decide se ele vai arriscar ou se não. Se ele está decidindo por uma outra pessoa, aí fica mais complicado. Os pais decidindo pela criança, a coisa começa a ficar um pouco complicada, até que ponto os pais tem direito de interferir e arriscar a vida da criança. O adulto falando de si mesmo é mais tranquilo, se ele decidiu, se ele sabe os riscos, você conversa, você tem que respeitar.** Assim, você não tem o direito de deixar o paciente aceitar qualquer tratamento, isso não existe.

**CAIO: Não há nada hoje que eu veja que não possa ser adaptado para as religiões.** Vamos supor, se prescreve uma dieta para um paciente “a” aquela religião não permite tais alimentos, nós podemos mudar aquilo. **Não conheço religião que proíbe uma medicação “a ou b”, exceto transfusão de sangue que é a testemunha de**

Alterações nos procedimentos ocorrem somente no caso do paciente Testemunha de Jeová.

Altera-se a conduta médica, respeitando a sua crença, dos Testemunhas de Jeová, quando se trata de pacientes adultos, que podem decidir se correm risco de vida ou não. O confronto pode acontecer quando a interferência religiosa coloca em risco a vida de uma criança.

Há uma adaptação da conduta médica baseada no princípio religioso, na dieta, na medicação, na transfusão de sangue das Testemunhas de Jeová. Essas adaptações são possíveis quando existe baixo risco de vida.

A conduta médica não sofre alteração quando se trata de uma criança, de um bebê, quando o risco

**Jeová**, o que eu vejo, pelo menos as religiões que tive a oportunidade de lidar, **é que não há nada que não possa ser adaptado para satisfazer a religião daquela família. A família não quer que seja transfundido, o que nós fizemos, tem aquele paciente, Testemunha de Jeová**, a criança não é Testemunha de Jeová, os pais que são, é essa a minha realidade. Então, **é diferente do paciente já adulto**, né. Então, aqui na verdade são os pais, é dos pais, não é da criança, como já sabe que a família é tão importante como o próprio bebê. Então, vem aqui uma família com o **bebê, cujo bebê vai fazer uma cirurgia cardíaca e a família não quero, não deixo que dê sangue para ele, se essa família não fosse Testemunha de Jeová, ela não ia falar isso, a gente operaria e daria o sangue. Essa outra que não, recusa o sangue à gente faz um preparo para ela não tomar sangue, a gente utiliza medicações específicas para estimular a medula, e faz a cirurgia no momento, que talvez, ela não precise mais de sangue. Essa é uma mudança de conduta baseada num princípio religioso. Isso a gente aceita**, é claro que há situações que pode não dar tempo para fazer isso, a outra situação é, **tenho todas as alternativas de tratamento, alternativa que o risco de tomar sangue é muito baixo e o risco é muito alto, às vezes, a gente opta por aquela de baixo risco de não tomar sangue, respeitando essa posição familiar, esse é o exemplo que me ocorre.**

CLÉO: Sofre. Sofre na medida que eu te expliquei isso, por exemplo, se **eu tenho um paciente que ele acredita que ele fazendo jejum num determinado número de horas, ele vai ficar melhor. Eu posso trabalhar o que é jejum, o que é jejum para ele. Eu posso propor para ele: você pode fazer jejum, só não vai fazer jejum total de comida, só vai deixar comer o alimento x. Ajudar essa percepção dele, ao mesmo tempo impedindo que o jejum completo tenha conseqüências graves se ele tiver que usar um remédio, isso vai gerar danos para ele. Por isso, é importante entender. Se eu não considero isso e prescrevo medicamento, o paciente pode fazer jejum, naquele remédio pode ter problema sério. Acho que nesse sentido, é fundamental fazer esse contexto.**

de vida é muito alto.

O procedimento é alterado, através de uma conscientização e adaptação à crença do paciente.

**IVAN: Especificamente** que são as **Testemunhas de Jeová**. Essa é a situação mais gritante, **porque consta o tratamento com hemoderivados**. Isso é **uma questão que às vezes leva a questões judiciais de necessidade**, mesmo veemente, **com risco de vida, necessidade de transfusão sangüínea**. Eles apresentam inúmeros **artigos, até de médicos**, que são testemunhas de Jeová **dizendo que não há necessidade de transfusão sangüínea...Enfim, aquela discussão que eu acho interminável**.

A conduta é alterada para as Testemunhas de Jeová, por terem o direito que sua crença seja respeitada.

**PERGUNTA VI - VOCÊ PERCEBE ALGUMA PESSOAS E/OU PROFISSIONAIS AO SE RELIGIOSA DO(A) PACIENTE?**

**MUDANÇA EM SUAS RELAÇÕES DEPARAR COM A EXPERIÊNCIA**

**RITA: Estou ligada nisso e isso faz parte do meu dia-a-dia. Então, eu presto atenção, fico entendendo. Eu tenho sempre a coisa de é possível que alguma coisa que esteja acontecendo seja para eu aprender. Eu sempre imagino que eu possa estar aprendendo, estava vindo para mim por alguma razão especial. Então, eu presto atenção. Dependendo o que for, pode me tocar ou não.**

Cada experiência que tem não é ao acaso, e tenta aprender com ela.

**JOSÉ: Sim. Porque a religião independente daquela que eu for adepto, ela sempre provoca um debate porque as pessoas têm o hábito**, e às vezes até pela maior boa vontade, até por amor **de querer converter outros na expectativa o que a gente tem é melhor do que do outro**. Então, até **para evitar que alguns pacientes, às vezes, são entusiastas dessas idéias e, às vezes, são avessos a outras idéias, a outras religiões**. Então, **a religião que eu professo**, pelo fato da maioria das pessoas terem uma visão deformada do que é ela, **o espiritismo**, tem gente que imagina que em qualquer lugar se manifesta um espírito é um espiritismo, e o espírito se manifesta em qualquer lugar sem sombra de dúvida. Então, **a gente evita de expor nossos pontos de vista religiosos, o debate religioso porque isso pode constranger ou criar, ou dificultar a relação médico-paciente**. Isso só vem à tona, em um processo natural de afinidade, de identificação, de amizade que se desenvolve com muita frequência mesmo. Fazendo uma comparação com o paciente, ele é muito mais amigo de seu cirurgião que qualquer outro especialista, **porque**

Para não dificultar a relação médico-paciente, no espiritismo, evita-se expor as convicções religiosas para pacientes que professam outra religião e que querem converter as pessoas na expectativa de que sua religião seja melhor do que a do outro.

A conversa sobre religiosidade entre o médico e o paciente ocorre quando há uma afinidade, uma identificação, uma amizade se estabelece entre ambos.

**na mão do cirurgião, ele visitou a beira da morte, o vale da morte, ele sentiu ali pertinho. Então, essas amizades são mais firmes, o paciente guarda com mais afinho, com mais cuidado, com mais zelo o seu relacionamento com o seu cirurgião. Isso é muito saudável para nós os cirurgiões também, nós todos somos alimentados com o sentimento de amor ao próximo, de identificação, de valorização, de auto-estima, isso nos ajuda profundamente, é uma estrada de duas mãos. Nós o ajudamos, e ele nos ajuda.**

**JOÃO:** Sim. Eu acho, eventualmente, que **algumas colocações religiosas feitas pelo paciente, às vezes elas podem fortalecer a atividade profissional do médico podem, às vezes, chamar atenção do médico de que a sua postura religiosa está deixando a desejar, entendeu. Às vezes, ele poderá atrapalhar também. Às vezes uma postura religiosa do paciente pouco flexível pode interferir negativamente no tratamento que o médico está realizando** porque se o paciente, se a postura religiosa do paciente for de encontro àquilo que o médico está propondo no tratamento, aquilo vai criar uma situação, em que aquilo que está sendo colocado para o paciente não encontre credibilidade que ele possa confiar, existe credibilidade e confiança. **Se o paciente não estiver confiando naquilo o que o médico está propondo com certeza o resultado estará prejudicado.** Porque o aspecto psicossomático do paciente, a confiança, o otimismo do paciente, aquele crédito naquilo que está sendo proposto pelo médico com certeza, isso vai interferir do ponto de vista psicológico no resultado do tratamento.

**IGOR:** Não. Como eu não tenho prática, a quantidade de assuntos que ouço deles é muito pouca, na verdade discuto com os pacientes o que vai ser feito, como vai ser feito, porque vai ser feito, esse assunto praticamente não vem a tona, e talvez se viesse eu voltaria ao assunto básico Medicina, por questão de hora, um atrás do outro, entendeu.

**ANA:** Eu acho que sempre influencia, ninguém é impermeável. **O paciente fala das experiências(...).** Eu falo muito do espiritismo porque foi quando eu voltei para o Brasil tive

Em alguns momentos o discurso religioso do paciente pode contribuir na atividade profissional do médico, fazendo-se questionar sobre sua própria religiosidade.

A postura religiosa do paciente também pode interferir negativamente, quando ameaça a credibilidade da conduta médica.

O atendimento médico foca exclusivamente o tratamento da doença, não tendo tempo para outros assuntos, incluindo a religiosidade do paciente.

A partir das experiências dos pacientes, reformulou muitos tabus em torno do espiritismo e o respeita mais.

contato com esse pessoal aqui em Brasília. **Aí, foi bom porque acabou com muitos de meus tabus em relação ao espiritismo, porque achava que era coisa meio vodu, essa coisa de receber espírito. Hoje em dia, eu respeito muito mais.**

**CAIO: Não, mas eu faço um esforço para que isso não aconteça. Eu pessoalmente sou católico, não sou simpatizante da crença evangélica, do formato não sou, mas respeito muito o paciente evangélico.** E respeito, esse é o maior exemplo, a forma que eles crêem, **por exemplo:** teve um fato muito interessante, uma criança que foi operada aqui. **Uma criança que tinha problema grave foi operada aos quatro meses, a criança estava desnutrida, estava péssima. Esse bebê foi operado, ficou bem. Foi embora, cresceu, ficou normal.** Num belo dia, estou na minha casa mudando o canal da televisão, eu vejo a mãe dessa criança dando um depoimento na igreja, naqueles programas, e ela mostrando o milagre da cura daquele bebê. **Minha primeira reação foi de raiva, porque foi de raiva porque foi um milagre? Foi um tratamento habitual que a gente faz no dia-a-dia essa foi minha primeira reação, a segunda foi que bom que ela está levando isso para a igreja dela, divulgando aquilo. Como a primeira reação é, e não é aquilo na verdade, a gente preocupa que muita gente hoje não respeita religião, mesma as religiosas não respeitam como deviam, às vezes tem charlatão, a gente sabe. A gente sabe que são seres humanos, que ali está sendo usada a criança, e tal. O objetivo era que a criança ficasse bem. A mãe teve crença, teve fé, ela usava muito isso, Deus vai curar ele, vai curar ele, em alguns momentos pode parecer que a gente fica com raiva de Deus porque na verdade quem fez a cirurgia não foi Deus, mas foi sim, de alguma forma, de algum desenho foi, e se tivesse dado errado, talvez Deus tivesse ajudado a confortar a perda. Então, eu vejo tanto o sucesso como o insucesso, se tiver do nosso lado melhor na prática e no entendimento das famílias. Então, essa foi uma situação, e eu apesar de que, jamais se me perguntasse foi um milagre, para nós não é um milagre, porque milagre é algo que não tinha jeito, que de repente alguma coisa sobrenatural faz, na verdade não foi. É tratamento habitual, então aconteceu uma coisa que me chamou atenção, foi uma surpresa.**

Respeita, mas não é simpatizante da igreja evangélica, pela forma apelativa que lidam com a vida humana.

Os conhecimentos científico e religioso entram em atrito, dependendo da situação.

CLÉO: Com certeza. **Quando você tem essa visão mais completa, ou seja, que você conhece outros dados da vida do indivíduo, além só da dor,** daquilo que está sentindo, aquela queixa que levou ele lá. Então, **vai gerar** um grau de confiança maior, **uma adesão maior, maior confiança do paciente em relação a você profissional.** Eu acho importante também.

IVAN: **De maneira geral, sim. O paciente que expressa mais religiosidade ele influencia na minha conduta tanto interpessoal quanto interprofissional** de uma maneira tranqüilizante. **Eu acho que eu fico mais tranqüilo, eu fico mais calmo, é mais fácil de lidar naquele dia, o paciente que é sempre muito difícil e não expressa nenhuma religiosidade.** Ele é mais impaciente, talvez. **Mas, muda a gente ficar pensando naquilo que aquele paciente me falou, é interessante. Se parar para pensar, muda sim.**

Abordagem holística do médico facilita a relação médica-paciente.

Mudanças ocorrem tanto em nível pessoal como profissional do médico, o paciente religioso torna a relação mais tranqüila. Ao contrário do paciente que não expressa sua religiosidade, torna-se impaciente.