

Religiosidade no Contexto Médico: entre a Receptividade e o Silêncio

Religiosity in a Medical Context — Between Receptivity and Silence

Anderson Nunes Pinto¹
Eliane Brígida Morais Falcão¹

PALAVRAS-CHAVE

- Percepção;
- Religião;
- Hemodiálise;
- Assistência ao Paciente;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Perception;
- Religion;
- Diálise Renal;
- Patient Care;
- Medical Education.

RESUMO

Pesquisa realizada em um programa de hemodiálise de um hospital público universitário do Rio de Janeiro investigou percepções de um grupo de médicos em relação à religiosidade de seus pacientes frente à doença e ao tratamento. Foi usada como base teórica a Teoria das Representações Sociais de Moscovici e a metodologia quali-quantitativa de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC). Os discursos revelaram o reconhecimento da presença e da importância das crenças religiosas no contexto da assistência médica, sendo elas valorizadas como um recurso psicológico tanto no enfrentamento das dificuldades da doença e do tratamento, no caso dos pacientes, quanto no enfrentamento das situações difíceis vividas no exercício profissional, no caso dos médicos. Também evidenciaram a existência de dificuldades em conversar sobre o assunto com os pacientes e o silêncio sobre ele entre os colegas médicos. Os resultados encontrados indicam a necessidade de maior elaboração reflexiva sobre o assunto no grupo investigado, carência de maior investimento educacional na formação médica no que se refere às questões religiosas e maior divulgação, entre os médicos, de trabalhos publicados sobre o assunto.

ABSTRACT

The following study conducted on a hemodialysis program at a public university hospital in Rio de Janeiro investigated a group of doctors' perceptions of the role played by their patients' religiosity in their attitudes towards illness and treatment. The Moscovici Theory of Social Representations was used as a theoretical basis and a qualitative and quantitative analysis of the discourse of the collective subject (DCS) as methodology. The discourses reveal a recognition of the presence and importance of religious beliefs in the context of medical care. Such beliefs were also valued as a resource both for patients dealing with the psychological difficulties of facing illness and for doctors coping with the difficult situations experienced in professional practice. The findings also revealed difficulties in talking about the subject with patients and silence among fellow doctors. The results indicate the need for further reflective discussion on the subject in the group investigated, a lack of higher education investment into medical training with regard to religious issues, and the need for a wider dissemination of works published on the subject among physicians.

Recebido em: 06/03/2013

Reencaminhado em: 28/06/2013

Aprovado em: 16/12/2013

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é relatar pesquisa sobre as percepções de médicos em relação às crenças religiosas de pacientes renais crônicos de um programa de hemodiálise de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro.

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste em perda irreversível da função dos rins, de alta morbimortalidade e prevalência crescente¹. Pacientes em hemodiálise apresentam prejuízos psicossociais, submetidos que estão a um estresse constante relacionado às exigências do tratamento, a dificuldades de acesso aos serviços e procedimentos de saúde, às restrições na vida laborativa e social, à vulnerabilidade física e baixa expectativa de vida², associada à maior prevalência de transtornos depressivos, ansiosos e suicídio³. Fatores de proteção da qualidade de vida dos pacientes, como a religiosidade, têm sido valorizados^{4,5}.

A associação entre religiosidade e saúde possui raízes históricas: durante a maior parte da história da humanidade, a magia, a religião e a cura quase sempre andaram juntas^{6,7}. Entretanto, o discurso médico-científico tem se caracterizado pela busca da neutralidade e da objetividade, como também pelo menosprezo aos aspectos culturais presentes no relacionamento com os pacientes, aí incluída a religiosidade⁸.

Mas esse quadro tem se modificado. Koenig, um dos maiores pesquisadores do tema, afirma que as crenças e as práticas religiosas podem estar associadas com maior bem-estar, melhor saúde mental e um enfrentamento mais bem-sucedido de situações de alto estresse⁹. Outros atestam que o conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos pacientes colaboram para a aderência do indivíduo ao tratamento e para melhores resultados das intervenções¹⁰. Práticas religiosas oferecem, por vezes, incentivos a hábitos de vida saudável, suporte social, menores taxas de estresse e redução de mortalidade, na medida em que proveem a vida de significado e sustentação¹¹. Por fim, a literatura tem revelado relação entre espiritualidade e qualidade de vida¹².

Quanto aos pacientes em hemodiálise, pesquisas mostram que pacientes religiosos têm maior qualidade de vida, sobrevivência, satisfação com a vida e com o cuidado médico, adesão ao tratamento, capacidade de trabalhar e enfrentar os sintomas da doença renal quando comparados com pacientes não religiosos¹³⁻¹⁸.

Não obstante esse panorama, a abordagem religiosidade no contexto clínico é problemática. Médicos encontram dificuldades para tratar do assunto com os pacientes¹⁹. Pouco debatida no cotidiano profissional, há evidências de que a vivência religiosa é importante na vida de vários desses profissionais, o que revela demanda oculta de reflexão sobre o tema^{20,21,22}.

Vê-se, portanto, que existe um campo aberto ao debate acadêmico na área de educação em saúde com relação à presença de aspectos religiosos no processo clínico.

METODOLOGIA

Com relação ao campo da pesquisa aqui relatada, o contexto maior é de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de um hospital quaternário, de referência para o tratamento de diversas patologias, inclusive as de alta complexidade, que pertence a uma universidade de grande expressão no cenário acadêmico. Os pacientes renais são provenientes dos ambulatórios e das enfermarias do hospital ou de outros serviços da rede de saúde, através da Central de Regulação de vagas da área programática de saúde. O Programa de Hemodiálise possui, em sua rotina de atuação, uma equipe multiprofissional que, além de médicos, conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo e nutricionista.

A abordagem metodológica para coleta e interpretação de dados da pesquisa define-se como quali-quantitativa do tipo descritivo-analítico, dentro do referencial teórico das Representações Sociais: Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Para Moscovici, as representações sociais consistem numa série de proposições que possibilita a um grupo explicar, classificar e comunicar certo conhecimento sobre um tema, objeto ou fenômeno; é um modo específico de um grupo compreender e comunicar o que sabe. Trata-se do universo consensual onde a sociedade possui uma voz humana em contraste com o universo reificado, que é o espaço próprio das ciências²³.

Baseados nos pressupostos da teoria das representações sociais, Lefèvre e Lefèvre²⁴ criaram a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma proposta de organização e tabulação de dados quali-quantitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos coletados em pesquisas empíricas. É preciso fazer perguntas abertas para o conjunto de indivíduos que compõem essa coletividade e deixar que se expressem o mais livremente possível. O DSC é um discurso-síntese, redigido na primeira pessoa, composto pelas expressões-chave semelhantes dos depoimentos individuais. Cada conjunto das expressões-chave semelhantes é nomeado por uma ideia central que expressa o seu sentido básico. O conjunto de todos os discursos coletivos revela a representação social do grupo em relação ao tema em foco. Teoricamente, tais discursos pertencem a todos os componentes do grupo, variando apenas a adesão a cada um dos discursos em dado momento. O DSC tem-se mostrado uma abordagem proveitosa no campo da saúde para o estudo da relação entre religiosidade e atitudes frente à doença e ao tratamento^{25,26,27}.

A coleta de dados foi feita mediante entrevistas semiestruturadas orientadas por questões abertas que abordavam opiniões, condutas e atitudes com relação à religiosidade e a seu papel no contexto assistencial. Também foram coletados dados sobre o perfil religioso e sociodemográfico. Os sujeitos foram estimulados a discursar o mais livremente possível a partir de questões do trabalho: 1ª) “O que você pensa sobre a religiosidade dos pacientes com relação à doença e ao tratamento?”; 2ª) “Como você lida com a sua própria religiosidade no ambiente de trabalho?”; 3ª) “Como você aborda a religiosidade dos pacientes?”. Os discursos do sujeito coletivo foram elaborados e organizados em torno de cada uma das questões referidas. A frequência de expressões-chave encontradas para cada ideia foi medida por meio de porcentagem. Esse procedimento permitiu melhor visualização da adesão a cada ideia central.

Os médicos foram informados sobre a instituição de origem da pesquisa, o objetivo do trabalho e o anonimato dos dados. As entrevistas foram realizadas individualmente em uma das salas do serviço de Nefrologia no período compreendido entre setembro e novembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº CAAE 00874612.7.0000.5257. Parecer nº 23260).

RESULTADOS

Foram entrevistados 20 médicos do total de 21 que atuavam no Programa de Hemodiálise. Destes, 10 eram membros da equipe permanente, e 10, residentes de Nefrologia. Quanto ao sexo, metade era do masculino e metade do feminino. No que se refere à idade, 10 tinham menos de 30 anos, 7 entre 31 e 50 anos, e 3 mais de 50 anos. Quanto à rotina de trabalho, 10 atuavam tanto como médicos diaristas quanto como plantonistas, 7 eram exclusivamente plantonistas, e 3, exclusivamente diaristas. Pôde-se constatar que o grupo investigado apresentava uma proporção equilibrada no que se referia a *status* institucional (ser da equipe permanente ou residente), sexo, idade e rotina de trabalho. Todos foram receptivos ao convite e participaram da pesquisa com interesse. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos.

Quanto ao perfil religioso, 8 entrevistados declararam não ter religião, mas acreditar em Deus; 7 afirmaram-se católicos; 2 espíritas; 1 evangélico; 1 agnóstico e 1 ateu. Entre os médicos com religião, todos se disseram praticantes, embora mais da metade tenha declarado não frequentar reuniões religiosas com regularidade. Todos afirmaram praticar a sua religião de modo privado, geralmente através de orações ou rezas espontâneas e individuais. Entre os que se declararam sem religião, todos revelaram possuir crenças e/ou práticas religiosas, mas sem adesão exclusiva às crenças e práticas de uma única religião.

Os discursos produzidos não foram mutuamente exclusivos, isto é, vários sujeitos expressaram mais de um discurso. A seguir, estes são apresentados.

Primeira questão

“O que você pensa sobre a religiosidade dos pacientes com relação à doença e ao tratamento?”

DSC 1 — Eu penso que a religiosidade pode dar um apoio psicológico ao tratamento (90%)

“A religiosidade é um aporte importante para o paciente saber como lidar com a doença. [...] Uma forma de entender o que está acontecendo. É mais um reforço ao tratamento. [...] Quando ocorre em paralelo, é excelente, nada que entre em conflito com o verdadeiro tratamento. O paciente com doença renal terminal estabelecida não vai receber um milagre de cura, mas pra enfrentar a doença, buscar coisas positivas pra vida dele... Ajuda a enfrentar a sua situação e os seus traumas. [...] Às vezes é uma coisa a que os pacientes se apegam pra não se deprimirem e, assim, não perderem os laços familiares, não se isolarem e não tentarem o suicídio. A religião é como um psicólogo [...]. A hemodiálise é um território para a Psicologia. Aqui a demanda é imensa [...] os pacientes precisam de mais apoio psicológico. Muitas vezes eles vão ao tratamento como se fosse o fim. [...] É uma forma de manter os pacientes com certa motivação porque a perspectiva de vida deles é nula. A religiosidade pode ajudar como uma forma de resignação. [...] Quem é mais religioso aceita e tolera melhor a doença, (...) é mais tranquilo. [...] ajuda ele a se manter de pé e a não deixar de se tratar. [...] O remédio que a gente não encontra na farmácia tem que buscar em outro lugar”.

DSC 2 — Eu penso que a religiosidade pode ser um problema para o tratamento (50%)

“A religiosidade é importante desde que não seja ao extremo, até o limite em que não interfere no tratamento. [...] há religiões que podem ser obstáculos para o tratamento. Quando a religião não serve para motivar o tratamento, mas sim para buscar a cura, é um obstáculo. Quando se pede a cura, aí vem o lado da negociação, o lado ruim da religião. Uma coisa que sai da realidade, que não tem nenhum fundamento técnico... Isso pode prejudicar muito a adesão deles. É meio complicado quando começa a influenciar na parte médica... A gente não consegue fazer o que é melhor pro paciente por causa de questões religiosas [...], a pessoa deixa de seguir uma orientação médica... Se o médico prescreve um remédio, diz que não vai tomar, e até deixa o tratamento [...]”

DSC 3 — Eu penso que o papel da religiosidade precisa ser bem avaliado (15%)

“Já tive pacientes de várias religiões, eles não expressaram essa situação da religiosidade influenciar a adesão ao tratamento. [...] Uns aceitam mais e outros menos, mas não dá pra dizer que os religiosos têm atitudes melhores que os não religiosos. [...] A minha impressão é que favorece mais a adesão ao tratamento e que traz mais benefícios, mas depende muito de cada um. [...] É mais uma questão de relação com a equipe multiprofissional fazer o paciente entender e aceitar o tratamento. Nenhum paciente chegou pra mim e disse que a religião está ajudando ou piorando a vida dele. [...] Não tenho uma posição, mas acho que não interfere nem positiva nem negativamente”.

Segunda questão

“Como você lida com a sua própria religiosidade no contexto do trabalho?”

DSC 4 — Evito conversar sobre religião com os médicos no hospital (85%)

“[...] Os médicos conversam muito pouco sobre religião. [...] Entre os médicos é um assunto que não circula, não se discute, não se pergunta. [...] médico é uma pessoa muito cética. Até para não ser julgado, avaliado. [...] Médico é muito teórico. Por isso eu não falo, cada um tem a sua. Geralmente eu percebo um respeito, talvez se evite conversar sobre o assunto para não se criar conflitos. Cada um tem a sua própria e ninguém entra em controvérsia. [...] A gente fala mais sobre futebol do que sobre religião... A gente quer extravasar, jogar fora esse estresse, conversar sobre coisas mais leves”.

DSC 5 — Tenho crenças religiosas e elas têm sido úteis no meu trabalho (80%)

“[...] Minha fé em Deus tem uma participação muito grande, efetiva, no meu trabalho. Faço as minhas orações e rezas antes de chegar ao plantão. Pra fazer as coisas certas, pra olhar o caminho certo sobre como conduzir o paciente. Nos procedimentos médicos peço a Deus pra me guiar [...] quando eu vou fazer uma punção. [...] A religião me faz ficar mais tranquilo nas situações difíceis, tomar as melhores decisões e ter as melhores condutas. A religião me ajuda a entender o sofrimento das pessoas, os pacientes que passam mal, a convivência no ambiente de trabalho. Pra minha prática profissional é muito importante acreditar em Deus porque a gente lida com a vida das pessoas... [...] O ser bom está muito envolvido com religião. A gente aprende que deve amar ao próximo [...] fazer a nossa parte, [...] cuidar do paciente de forma humana, [...] Se você não tiver religião, perde o sentido do que está fazendo”.

DSC 6 — Eu concilio minhas crenças religiosas com a minha formação científica (45%)

“Tenho uma religiosidade íntima e tenho uma formação científica. Eu não acredito em Adão, em Eva. Eu acredito em Darwin. Mas quando surgiu a primeira molécula? Deus estava ali. Botar a culpa no acaso pra tudo é muito fácil... Não me satisfaz. [...] Sinto que há algo que emerge da gente que não pode ser demonstrado pelo método cartesiano-positivista, mas que está presente em tudo que é vivo. Eu tento me manter com um pensamento racional, mas acho que isso não exclui a religiosidade. [...] Não é que ciência e religião estejam uma contra a outra, mas são universos paralelos [...] Tenho uma religiosidade própria, não institucional. [...] Tem muita coisa com que eu não concordo na minha religião. Tenho discordâncias técnicas, como na questão do aborto, controle da natalidade, distanásia [...] ser contra o uso de preservativo [...] Existe esse sentimento ambíguo”.

DSC 7 — As minhas crenças religiosas emergem em situações relacionadas à morte (25%)

“[...] Me ajudam principalmente a lidar com a questão dos pacientes terminais. As crenças interferem na decisão de até onde vai investir no paciente ou não. Há situações em que não há regras absolutas. Existem vários conflitos entre religião e ciência [...] De um ponto de vista profissional, penso por um lado; de um ponto de vista religioso, por outro lado. Por que não deixar seguir o curso natural da vida? Para que trazer de volta uma pessoa que não interage, toda sequelada? [...] Talvez Deus estivesse chamando o paciente para outra chance em outra vida [...] A gente se pergunta se está fazendo as melhores escolhas, se está aproveitando bem a vida”.

DSC 8 — Eu tenho dúvidas sobre a minha religiosidade (20%)

“Não sei se acredito em Deus... Às vezes sim, às vezes não. [...] Eu só penso em Deus nas horas em que eu quero que ele me guie em alguma coisa, pra algum procedimento mais difícil aqui... Na verdade, eu sempre peço a ele. Mas dizer que eu creio... Não é claro pra mim. É um conflito”.

DSC 9 — Eu sou ateu (5%)

“Eu sou ateu, não acredito em nada. Sempre me apeguei muito à parte científica, na evolução, na origem do planeta. Fui questionando e achando desnecessária a religião”.

Segunda questão

“Como você aborda a religiosidade dos seus pacientes?”

DSC 10 — Não costumo perguntar, mas pode ser útil (65%)

“Faz parte da formação médica, temos que perguntar... Mas geralmente eu não pergunto não. [...] Eu perguntava sobre a religião quando aprendi a fazer anamnese. Não sei por que não faço... Talvez por uma falha [...] Às vezes na correria eu não pergunto... Pra fazer a anamnese correta, é uma conversa de uma hora, uma hora e meia... Se for fazer, a gente não trabalha. [...] Nesse processo de encurtar, a gente acaba eliminando a religião, porque não vai te dar uma definição mais imediata de conduta. O tempo para conversar, discutir, falar dos aspectos sociais é limitado. [...] A Nefrologia é uma especialidade que lida com urgências. [...] Acredito que não seja tão importante para o que estou procurando: doenças, a parte clínica. É mais importante saber quanto está o potássio, se o paciente está taquipneico... [...] Não sei se estou fazendo certo ou errado...”

DSC 11 — Acho problemático abordar a religiosidade dos pacientes (45%)

“[...] que a gente pergunta sobre religião. [...] Não pergunto para não entrar em conflito. É uma discussão ética, e até jurídica, grande. [...] Não me sinto preparado pra isso não. Do ponto de vista humano, né? O médico não é uma máquina... [...] É importante não se envolver demais, nem virar gelo. Cadê a nossa alma, alguém levou? Acho que essa pesquisa é muito importante para orientar a gente a como abordar melhor os pacientes, para tentar raciocinar sobre como isso pode estar interferindo, como abordar a religiosidade com o paciente”.

DSC 12 — Abordo a religiosidade dos pacientes em situações especiais (35%)

“Talvez em algumas situações seja importante conversar sobre religião com o paciente. [...] Eu converso sobre religião quando o paciente está precisando, está deprimido [...]. Quando percebo que está mais carente emocionalmente, pergunto se ele tem religião e reforço a sua religiosidade. Quando lido com óbito [...]. Acontece também no caso de doenças mais graves. [...] quando o paciente está terminal [...] Quando o paciente não quer se tratar, também apelo para a religião [...]”

SC 13 — Sim, eu uso as crenças religiosas dos pacientes no atendimento (30%)

“[...] Às vezes os pacientes dizem: “Para Deus tudo é possível”. Percebo o pensamento de cura milagrosa. Mas se a pessoa diz que Deus vai curar, eu não falo isso. Também não entro no mérito da religião nem fico discutindo: a diversidade é muito grande. Uso Deus da

marca genérica, não uso das marcas comerciais. [...] Eu uso mais ou menos o que a pessoa diz. Às vezes os pacientes falam, aí eu respondo, pergunto... Uso as crenças da religião da pessoa. Não vou trazer coisas que eu acredito. [...]”

DSC 14 — Sim, eu uso minhas crenças religiosas no atendimento (30%)

“Eu não dispenso a religiosidade apesar de ter uma formação científica [...]. Acredito na evolução espiritual, na prática do bem, que quando a gente morrer vai para outro plano. Algumas vezes tentamos transmitir isso para os familiares após o óbito dos pacientes e para os pacientes em situação de sofrimento. [...] Não sei se estou ultrapassando uma barreira na relação médico-paciente, mas eu falo que Deus só dá o que a gente pode suportar”.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em relação ao conjunto dos discursos, pode-se afirmar que a representação apresenta visões de receptividade às crenças religiosas e reconhecimento da sua importância no contexto do trabalho médico. Essa representação é coerente com o perfil religioso do grupo, constituído em sua grande maioria por médicos que acreditam em Deus. Alguns fragmentos dos discursos evidenciam tais observações: “A religiosidade é um aporte importante para o paciente saber como lidar com a doença [...] uma forma de entender o que está acontecendo. É mais um reforço ao tratamento” (DSC1). A representação é coerente também com a tendência encontrada em trabalhos recentes que afirmam a necessidade de considerar a dimensão cultural e os aspectos psicossociais como determinantes dos comportamentos individuais e grupais na clínica, e que podem influenciar positivamente o enfrentamento da doença, a adesão ao tratamento e a busca de melhor qualidade de vida²⁸⁻³⁴. De fato, os médicos não tratam de uma doença, mas de uma pessoa doente, e esta pessoa é um ser biopsicossocial. A consciência da pluralidade cultural na qual está o reconhecimento das crenças religiosas³⁵ tem crescido, assim como a atenção com a promoção da qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas graves, como a insuficiência renal crônica³⁶.

Entretanto, essa receptividade inclui um alerta do grupo investigado para os limites entre intervenções médicas e religiosas. Foi objeto especial de preocupação a possibilidade de pacientes buscarem a cura religiosa e, com isso, comprometerem a adesão ao tratamento, conforme se observa neste depoimento: “Quando a religião não serve para motivar o tra-

tamento, mas sim para buscar a cura, é um obstáculo” (DSC 2). A adesão ao tratamento é um objetivo médico especialmente visado no caso dos pacientes crônicos, como os portadores de IRC, já que essa condição exige comportamentos sistemáticos (dieta, uso de medicamentos, sessões terapêuticas, etc.) que, se interrompidos, podem acarretar consequências graves, às vezes irreversíveis, inclusive o óbito.

Essa preocupação pode ser entendida como menção indireta ao conceito de saúde. A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como ausência de doenças, mas como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social³⁷. Uma visão correta exige a compreensão da saúde como uma situação dinâmica que implica a inclusão de procedimentos complexos, como a hemodiálise, com a finalidade de cuidar da saúde, mas não de curar. Se isso não é compreendido, o paciente poderia usar suas crenças religiosas para buscar o milagre da cura, o que acarretaria o abandono do tratamento. Nessa perspectiva, o grupo afirmou a conveniência do papel educador da equipe multiprofissional: “É mais uma questão de relação com a equipe multiprofissional fazer o paciente entender e aceitar o tratamento” (DSC3).

É possível discutir essas ressalvas do grupo. No DSC 1, por exemplo, os entrevistados referem-se aos seus pacientes como aqueles que têm de “enfrentar sua situação para não se desanimarem [...] não tentarem o suicídio”; afirmam que “a hemodiálise é território para a Psicologia [...]” e que “a perspectiva de vida deles [dos pacientes] é nula”. Nesse contexto em que os profissionais reconhecem os limites dos procedimentos clínicos e assistem ao sofrimento intenso dos pacientes, é de se questionar se o objetivo deveria ser reprimir o desejo de um milagre. Os próprios médicos admitiram que a esperança de cura gerada pela fé religiosa seria uma fonte de motivação para enfrentar a enfermidade e o sofrimento: “[a religiosidade] é uma forma de manter os pacientes com certa motivação [...]” — DSC 1. Poderia ser o caso, então, de se ver nesta situação mais uma demanda de atuação médica pautada pela compreensão e empatia com o sofrimento humano e as formas vividas pelos pacientes para enfrentá-lo.

É interessante notar que, assim como os médicos valorizam os aspectos biológicos em função de urgências clínicas, valorizam também os aspectos religiosos em função de urgências psicológicas que se impõem em situações especiais: “Eu converso sobre religião com o paciente quando o paciente está precisando, está deprimido [...] carente emocionalmente [...] quando está terminal” (DSC 12). Essa reflexão permite encontrar uma relação entre o modelo biomédico, já bastante identificado e criticado como insuficiente em diferentes momentos do trabalho médico^{38,39,40}, e as dificuldades de integrar

as crenças religiosas no contexto do atendimento médico. Este é influenciado predominantemente pelo referido modelo e representaria uma força inibidora dos comportamentos mais consequentes aos discursos presentes no grupo, que revelaram interesses e esforços dos médicos de trazer ao âmbito de suas atividades clínicas as crenças religiosas próprias e dos pacientes, vistas como recurso terapêutico valioso. Os discursos DSC 13 (“Abordo as crenças dos pacientes”) e DSC 14 (“Uso as minhas próprias crenças”) confirmam o propósito declarado de usar as crenças religiosas como um expediente normal em favor do tratamento.

No contexto em que a Psicologia foi lembrada, os discursos revelaram que não só os pacientes são percebidos como quem precisa do apoio da religiosidade: a maior parte dos médicos faz o mesmo no contexto de trabalho. Os discursos produzidos em resposta à questão 2 mostraram isso claramente: “A religião me faz ficar mais tranquilo nas situações difíceis, tomar as melhores decisões e ter as melhores condutas” (DSC 5). Entretanto, a presença de crenças religiosas observada no grupo investigado não implica ausência de crítica, dúvida, conflito e até mesmo rejeição (DSC 4 — “Médico é uma pessoa muito cética”). O DSC 6 expressa a percepção da necessidade de conciliar as crenças religiosas com a formação científica (“Eu tento me manter com um pensamento racional, mas acho que isso não exclui a religiosidade... existe esse sentimento ambíguo”) e de independência das instituições religiosas e seus dogmas (“Tenho uma religiosidade própria, não institucional”). Repudiaram posições religiosas contrárias a convicções existentes no seu meio (“Tenho discordâncias técnicas, como na questão do aborto, controle da natalidade, distanásia...”). O DSC 7 expressa esse conflito diante do enfrentamento de situações clínicas graves ou dos limites da condição humana: “Para que trazer de volta uma pessoa que não interage, toda sequelada? [...] Talvez Deus estivesse chamando o paciente para outra chance em outra vida [...]”.

Embora o grupo, quase todo, tenha crença religiosa, observou-se o discurso de que esse tema não é mencionado entre os pares, tal como expresso no DSC 4: “[...] entre os médicos [...] não se discute, não se pergunta [...]. Cada um tem a própria e ninguém entra em controvérsia”. O tema seria tão potencialmente gerador de tensões que deveria ser preterido no ambiente de trabalho: “A gente aqui fala mais sobre futebol do que sobre religião... A gente quer extravasar. Jogar fora esse estresse, conversar sobre coisas mais leves”. Deve-se questionar se o silêncio sobre o assunto não significaria perda de uma oportunidade valiosa de transformar a questão em objeto de reflexão no grupo e se a atenção dos médicos não deveria ser estimulada para o trabalho de elaboração de suas ambiguidades.

des ou conflitos no sentido de aprimoramento pessoal e profissional.

Em resposta à questão 3, onde os médicos foram instigados a falar sobre *seus próprios comportamentos em situações concretas de atendimento*, apareceram expostas as dificuldades de traduzir a percepção da religiosidade como recurso de “apoio psicológico” nas condutas de rotina: “Temos que perguntar, mas geralmente não pergunto não” (DSC10). Assim, a abordagem acaba por ser realizada de forma casual, por vezes insegura, e, neste caso, os médicos usam apenas referências da experiência pessoal: “Eu uso mais ou menos o que a pessoa diz. Às vezes os pacientes falam, aí eu respondo, pergunto...” (DSC13). Assim sendo, os discursos não fazem referência a estudos relativos a como abordar a religiosidade dos pacientes. Recorde-se que a literatura científica sobre o tema é crescente, trazendo, inclusive, respostas às questões apresentadas pelo grupo investigado sobre como melhor abordar a religiosidade e entender a sua relação com a clínica^{41,42,43}.

Os discursos expõem também o reconhecimento do despreparo para lidar com o tema, seja pela falta de elaboração de algo que lhes parece complexo (DSC 11 — “Não me sinto preparado pra isso não [...] acho que essa pesquisa é muito importante para orientar a gente a como [...] abordar a religiosidade com o paciente”), seja pelas dificuldades impostas pelas condições de atendimento, como a limitação do tempo (DSC 12 — “Às vezes na correria eu não pergunto”). Este despreparo remete a discussão inevitavelmente para o aspecto educacional. A referência que os discursos fazem à formação médica revela um conflito entre abordar o tema em pauta (DSC 11 — “Eu perguntava sobre a religião quando aprendi a fazer anamnese”) e priorizar os aspectos biológicos nas situações de atendimento (DSC 11 — “Para fazer a anamnese correta é uma conversa de uma hora, uma hora e meia [...] Nesse processo de encurtar a gente acaba eliminando a religião [...] Acredito que não seja tão importante para o que estou procurando: doenças, a parte clínica. É mais importante saber quanto está o potássio, se o paciente está taquicárdico”).

A reflexão sobre os discursos produzidos para esta pesquisa permite também relacionar o conjunto de dados levantados com os processos de secularização que permeiam a vida religiosa contemporânea^{44,45}. Na medida em que a religião passou a ser vista como um assunto da esfera privada, tornou-se inconveniente tratá-la na esfera pública. Entretanto, como o afastamento da religião de diversas esferas da vida tem ocorrido com avanços e recuos, pode-se dizer que a secularização tem sido parcial. Se, por um lado, a religião é substituída pela medicina de base científica como parâmetro nas instituições de saúde, por outro lado, ela persiste como um recurso de re-

cuperação da saúde valorizado e buscado na sociedade. Além disso, a secularização objetiva, isto é, a saída da religião do espaço público, não está acompanhada necessariamente da secularização subjetiva, isto é, da perda da fé pelos indivíduos. Isto se torna concreto no caso de um hospital público, onde, mesmo não sendo publicamente mencionada, a religiosidade está presente de modo mais ou menos influente, tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde.

No caso de um hospital universitário, campo de atuação do grupo investigado, amplia-se a questão. Aí, não se trata apenas da oposição entre o privado e o público, mas também entre o científico e o não científico, já que, nessas unidades, a ótica da ciência é enfatizada pelas atividades de pesquisa que cercam o contexto do trabalho médico. Assinale-se também que é considerada recente a separação entre ciência e religião, assim como o é a relação de oposição e rivalidade entre ambas. Por influência do Iluminismo, o pensamento vigente em muitos grupos sociais é de que ciência e religião são incompatíveis. Porém, a literatura sobre a história da ciência e religião mostra que conflitos nessa relação não são obrigatórios^{46,47}. Recorde-se que, na prática, há padres que trabalham com ciências, assim como cientistas que trabalham no campo das religiões. Por exemplo, na UFRJ, entre os professores e pesquisadores, há pelo menos dois sacerdotes da religião católica. Houve também o caso publicamente conhecido do já falecido professor Carlos Chagas Filho, que era católico e membro da Academia de Ciências do Vaticano e da Academia Brasileira de Ciências.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa reforçam a tendência crescente de valorizar aspectos socioculturais no processo da assistência médica. Nesta pesquisa, verificou-se que quase todo o grupo de médicos investigado percebe a crença religiosa como poderoso recurso psicológico para a vivência de situações em que está envolvido o sofrimento humano, como no caso dos portadores de IRC em hemodiálise. Observou-se também o reconhecimento da importância da religiosidade tanto para os pacientes quanto para os próprios médicos, cuja ampla maioria se disse crente em Deus.

Mesmo sendo esta a percepção predominante, viu-se que a religiosidade é relegada com frequência na rotina clínica. Observou-se também que sua abordagem, vista por muitos entrevistados como problemática, não advém de estudos sobre o tema, nem do preparo acadêmico e menos ainda da troca de experiências entre os pares. Essa situação torna-se preocupante porque o grupo pesquisado integra um hospital universitário, onde a tônica são as atividades relacionadas à pesquisa científica. Ela preocupa também porque o evidente desprepa-

ro para tratar do assunto gera nos médicos dificuldades para lidar com os problemas vivenciados pelos pacientes.

Refletindo-se sobre estas dificuldades, concluiu-se que elas poderiam estar associadas ao modelo biomédico, que não valoriza a dimensão cultural e tem predominado na formação médica. Viu-se também que outra possível influência poderia estar nos processos de secularização que permeiam a vida contemporânea e que, por vezes, desestimulam a atenção às crenças religiosas. Por tudo isso, é necessário concluir que é urgente tornar o tema — religiosidade no contexto médico — um objeto de estudo sistemático no contexto do grupo investigado. Dessa maneira, será possível discutir e elaborar coletivamente as questões levantadas nos discursos produzidos nesta pesquisa. Os conhecimentos advindos dos estudos poderão servir de referência para todos os que atuam na esfera médica.

REFERÊNCIAS

- Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Censo Brasileiro de Diálise 2009; *J Bras Nefrol* 2010; 32(4):380-4.
- Piccoloto LM, Barros TM. Estresse no paciente renal crônico. *Aletheia* 2002; 16:63-9.
- Moura Junior JAM, Souza CAM, Oliveira, IR, Miranda RO, Teles C, Moura Neto, JA. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. *J Bras Psiquiatr* 2008;7(1):44-51.
- Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephro* 2007; 2(3):484-490.
- Rudnicki T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Est Psic* 2007; 24(3): 343-351.
- Henry J. A Revolução científica e as origens da ciência moderna. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1998. p.152.
- Rossi P. O Nascimento da ciência moderna na Europa. Bauru: EDUSC; 2001. p.494.
- Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.432.
- Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev de Psiquiatr Clín* 2007; 34(1): 5-7.
- Peres JPP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 34(1):136-145.
- Guimarães HP, Avenum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clín* 2007;34(1):88-94.
- Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 34 (1)105-115.
- Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(4) 546-51.
- Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr de Enferm* [on line]. 2009;11(4) [capturado em 06 dez. 2012]:785-93. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf
- Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM et al. Spirituality, Social Support, and Religious Services and Mortality over 28 Years. *Clin J Am Soc Nephro* 2008; 8 (6):1620-7.
- Filkenstein FO, West W, Gobin J, Filkenstein SH, Wherty D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22(9):2432-4.
- Berman E, Merz JF, Rudnick M, Snyder RW, Rogers KK, Lee J et al. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. *Am J Kidney Dis* 2004; 44 (3) 488-497.
- Kimmel PL, Emont SL, Newmann JL, Danko H, Moss HG. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Dis* 2003; 42(4):713-721.
- Koenig HG. Taking a spiritual history. *JAMA* 2004; 291(23):28881.
- Falcão EBM. The conflict between science and religion: a discussion on the possibilities for settlement. *Cult Stud Sci Educ* 2010;5:47-54.
- Falcão EBM, Mendonça SB. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(3):364 -373.
- Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 390.
- Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2010. p.404.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo - Um Novo Enfoque em Pesquisa Qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS; 2003. p.256.
- Carvalho APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Rev. Lat-Am Enf* [on line]. 2010;16(6) [Capturado 06 dez. 2012]:1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_20.pdf.

26. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1247-1256.
27. Teixeira JJV, Lefèvre F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do sujeito coletivo. *Rev Bras Cancerol* 2007; 53(2):159-166.
28. Koenig HG, George LK, Tito P. Religion, spirituality and health ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Amer Soc* 2004; 53(4):554-562.
29. Carleton RA, Esparza P, Thaxter PJ, Grant KE. Stress, religious resources, and depressives in a urban adolescents sample. *JSTOR* 2008; 47(1)113-121.
30. Ironson G, Stuetzle R, Flectcher, MA. Na increase in Religiosity/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 62-68.
31. Aukst-Margetic B, Jakovijevic M, Margetic B. Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *Gen Hosp Psychiatr* 2005; 27(4):250-255.
32. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent Attendance at Religious Services and Mortality over 28 Years. *Am J Public Health* 1997; 87: 957-961.
33. Dalgalarrodo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psychiatr* 2004; 26(2)82-90.
34. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saude Pública* 2003; 37(4):440-5.
35. Koenig HG. *Medicina, Religião e Saúde — o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2012. 236p.
36. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(2):580-588.
37. Scliar MA. História do Conceito de Saúde. *Physis* 2007; 17(1):29-41.
38. Marco MA. Entrevista médica e história clínica. In: Brasil MA, org. *Psicologia Médica: a Dimensão Psicossocial da Prática Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p.57-64.
39. Amoretti RA. Educação Médica Diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 29(2):136-146.
40. Fernandes JCL. Who Cares How Doctors and Patients Relate? *Cad Saúde Pública* 1993; 9(1): 21-7.
41. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Méd* 2010; 8(2):154-8.
42. Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev de Psychiatr Clín* 2007; 34(1):5-7.
43. Fosarelli P. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. *JAMA* 2008; 299(13):1608-09.
44. Henry J. *A revolução científica e as origens da ciência moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1998. 149p.
45. Rossi P. *O nascimento da ciência moderna na Europa*. Bauru: EDUSC; 2001. 492p.
46. Casanova J. *Public religions in the modern world*. Chicago and London: the University of Chicago Press; 1994. p.320.
47. Berger PA. *Desseccularização do mundo: uma visão global*. *Religião & Sociedade* 2001; 21(1): 9-23.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Anderson Nunes Pinto e Eliane Brígida Morais Falcão fizeram o planejamento do estudo, a análise e a interpretação dos resultados e a redação do artigo. O primeiro autor realizou a coleta de dados através de entrevistas.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Anderson Nunes Pinto
Rua Áustria, 6 — apto. 102
Campo Grande — Rio de Janeiro.
CEP 23092-662 — RJ
E-mail: andernup@gmail.com