

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS SÃO PAULO

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS

Programa de Pós-graduação “Ensino em Ciências da Saúde”

Sílvia Cristina Borragini Abuchaim

**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO
RECURSO TERAPÊUTICO NA PRÁTICA CLÍNICA:
Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da
Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo**

São Paulo

2018

Sílvia Cristina Borragini Abuchaim

**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO
RECURSO TERAPÊUTICO NA PRÁTICA CLÍNICA:
Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da
Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Modalidade Profissional.

Linha de Pesquisa: Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia

Coorientador: Prof. Dr. Luís Garcia Alonso

São Paulo

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Abuchaim, Silvia Cristina Borragini

Espiritualidade/Religiosidade como Recurso Terapêutico na Prática
Clínica: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da Escola
Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo

/ Silvia Cristina Borragini Abuchaim. - São Paulo, 2018.

xviii, 174f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São
Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em
Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Spirituality / Religiosity as a Therapeutic Resource
in Clinical Practice: Conception of Medicine Undergraduate Students of
the Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo.

1. Espiritualidade. 2. Religiosidade. 3. Educação Médica.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS SÃO PAULO

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS

Programa de Pós-Graduação “Ensino em Ciências da Saúde”
Mestrado Profissional

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenador do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde –
CEDESS

Profa. Dra. Elke Stedefeldt

Coordenadora do Programa de Pós-graduação “Ensino em Ciências da Saúde”

Sílvia Cristina Borragini Abuchaim

**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA
PRÁTICA CLÍNICA: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina
da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo**

São Paulo, 1 de agosto de 2018.

Orientadora e Presidente da Banca: Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia

Coorientador: Prof. Dr. Luís Garcia Alonso

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Mario Fernando Prieto Peres

Prof. Dr. Acary Souza Bulle Oliveira

Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian

Suplente: Prof. Dr. Marcelo Saad

“É melhor, às vezes, lidar com quem diz não ter religião e ama o próximo, servindo-o, do que com aqueles que se dizem religiosos, não amando o próximo e explorando-o.”

Bezerra de Menezes

Dedicatória

A minha mãe, Eneida Borragini (in memoriam), que aceitou me receber como filha, e me deu a abençoada oportunidade de voltar ao mundo para mais uma trajetória na jornada evolutiva.

Essa mulher a quem devo tudo o que me tornei, que me educou dentro dos melhores princípios éticos, morais e espirituais.

Forte, guerreira, determinada... muito obrigada pelo seu amor, carinho, companheirismo, cumplicidade, dedicação, abnegação...

Agradeço a Deus todos os dias por ter me permitido vir ao mundo sob a sua proteção.

*Minha melhor amiga... Meu maior tesouro...
Meu eterno porto seguro...*

Receba, onde estiver, toda a minha gratidão e o meu amor.

Mãe, querida, essa conquista é sua!

Agradecimentos

A Deus, Pai de infinito amor, justiça e misericórdia, por ter me dado a vida, e a Jesus, Mestre Amado, pela sua proteção!

Aos meus familiares (*In memoriam*): minha mãe, Eneida; meu pai, Daniel; minha tia, Helenice; minha querida Mara; minha avó, Jandyra; meu avô, Borragini! Vocês foram e continuam sendo os pilares da minha vida! Amo especialmente cada um de vocês! Gratidão eterna!

A minha família, Cláudia, minha irmã, melhor amiga e companheira, que esteve comigo em todos os momentos, sempre disposta a me apoiar e a me auxiliar, inclusive nas revisões de todos os textos da dissertação; Yuri, meu sobrinho que amo como a um filho, pelo carinho e pela paciência, por ser um grande companheiro; e Almir, meu querido cunhado, o meu muito obrigada! Pequena em tamanho, mas, graças a Deus, imensa em coração e em união! Amo vocês demais!

Ao CEDESS, docentes, funcionários, em especial à Sueli Pedroso, secretária do Programa de Pós-graduação, e a todos os meus colegas de turma.

A minha orientadora, Profa. Dra. Rita Maria Lino Tárzia, pelos ensinamentos e oportunidade oferecida.

Ao meu querido Prof. Dr. Luís Garcia Alonso, “Chefinho” amado e meu coorientador. Nada disso teria acontecido sem você, o seu incentivo, a confiança que sempre depositou em mim, a parceria e sincera amizade que sempre houve entre nós. Você é a alma desse trabalho, ele é tão seu quanto meu. O amor que tenho por você é tão grande que abarca a sua família: sua linda esposa, Gláucia, e a sua adorada filha, Mari. Vocês moram no meu coração!

Aos membros da minha Banca Examinadora por terem me honrado ao aceitar o convite: Prof. Dr. Mario Fernando Prieto Peres; Prof. Dr. Acary Souza Bulle Oliveira; Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian; Prof. Dr. Marcelo Saad.

À Coordenação do curso médico da Escola Paulista de Medicina pela autorização para a realização dessa pesquisa.

Aos alunos do curso médico da Escola Paulista de Medicina pela participação nessa pesquisa, em especial àqueles que participaram do pré-teste e me auxiliaram na aplicação do questionário.

À Professora Gianni Santos que realizou todo o trabalho estatístico dessa dissertação, o meu muito obrigada!

Ao Prof. Dr. José Carlos Prates, meu “Chefão”! Eu lhe devo tanto que nem sei por onde começar a agradecer. Para mim sempre foi como um pai, um grande amigo, um Mestre por quem tenho o mais profundo respeito. Agradeço pela honra de ter feito a revisão dessa pesquisa e acreditado em mim!

Ao Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith, meu “Chefe”! Outra figura ímpar em minha vida. Quanto maior o tempo de convivência, maior a admiração. Muito obrigada pelos seus ensinamentos de vida!

A minha querida Isabel Tumenas, com quem aprendo mais a cada dia, pela revisão do meu trabalho e grande amizade.

Aos Profs. Drs. Eduardo Cotecchia Ribeiro e Marcelo Cavenaghi Pereira da Silva, pela amizade, consideração, e, também, pela revisão desse trabalho.

Ao meu querido Luiz Armando de Freitas Ferreira, Mestre, Amigo, Irmão! Meu eterno agradecimento por compartilhar seus conhecimentos.

Aos queridos amigos Rodrigo de Souza Barbosa e Nívia Stela de Souza, por todo auxílio, paciência e cumplicidade.

A todos os docentes e funcionários da Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica. Cada um de vocês é especial para mim. Muito obrigada!

Resumo

Introdução - O envolvimento religioso/espiritual traz significado e propósito para a vida dos pacientes, principalmente quando se encontram fragilizados pela dor. Este envolvimento pode influenciar decisões médicas devendo ser identificado na anamnese. Existem relatos de dificuldades da tomada de história espiritual por parte dos médicos, predisposição dos pacientes em compartilhar suas crenças e comprovação científica da eficácia terapêutica da religiosidade/espiritualidade na saúde física e mental. **Objetivo** - Verificar a opinião dos estudantes de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, quanto à utilização da espiritualidade/religiosidade do paciente como recurso terapêutico na prática clínica. **Método** - Abordagem quantitativa do tipo analítica observacional transversal. Questionário padronizado em quatro blocos: perfil sociodemográfico; Índice de Religiosidade da Universidade de Duke; religiosidade/espiritualidade no contexto clínico; religiosidade/espiritualidade no contexto acadêmico, aplicado a acadêmicos do primeiro ao sexto ano. **Resultados** - A amostra consiste em 72% da população de estudantes matriculados, sendo que 62% possuem afiliação religiosa: 30% católicos, 13% evangélicos, 12% espíritas e 7% outras denominações. Dos 38% restantes, 26% declararam-se agnósticos e 12% ateus. Dos estudantes, 4,2% frequentam instituições religiosas mais do que uma vez por semana, 10% uma vez por semana, 6,4% duas a três vezes por mês, 27,6% algumas vezes por ano, 21,6% uma vez por ano ou menos e 30,2% nunca frequentam. Quanto ao tempo dedicado a atividades religiosas individuais, 4,5% dedicam-se mais do que uma vez ao dia; 17,5% diariamente; 8% duas ou mais vezes por semana; 6% uma vez por semana; 17% poucas vezes por mês; e 47% raramente ou nunca. A centralidade do transcendente na vida é muito forte em 13%; forte em 20,5%; moderada em 21,5%; fraca em 18,5%; e muito fraca em 26,5%. Das questões inseridas no bloco referente ao contexto clínico, “Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente” e “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas” tiveram os maiores escores de concordância, respectivamente 98,6% e 97,0%. Das que constituíram o contexto acadêmico, a que teve maior concordância (83,7%) foi “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente”. Por outro lado, o grau de discordância com a questão “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente” foi de 90,5%. A assertiva “A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante” teve concordância média de 61,5% e 27,5% de indiferentes. **Conclusões** - Nossos resultados sugerem que: 1) os estudantes de Medicina atribuem importância à dimensão espiritual do paciente na prática clínica; 2) os acadêmicos consideram a abordagem da dimensão espiritual do paciente como recurso terapêutico para o exercício de uma prática clínica mais humanizada; 3) 61,7% dos participantes da pesquisa considera relevante, ou pelo menos não é contrária (27,3%), à proposição de ações didático-pedagógicas na educação médica relacionadas à dimensão espiritual do paciente.

Abstract

Introduction - Religious / spiritual involvement brings meaning and purpose to the patient life, especially when they are fragilized by pain. This involvement may influence medical decisions and should be identified in the anamnesis. There are reports of difficulties in achieving spiritual history by physicians, the predisposing of patients to share their beliefs and scientific proofs of the therapeutic efficacy of religiosity / spirituality in physical and mental health. **Objective** - To verify the opinion of undergraduate students in Medicine of the Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, regarding the use of the spirituality / religiosity of the patient as a therapeutic resource in clinical practice. **Method** - Quantitative approach of the transversal analytical observational type. Standardized questionnaire was applied to academics from the first to the sixth year and it is divided in four blocks: sociodemographic profile; Duke University Religious Index; religiosity / spirituality in the clinical context; religiosity / spirituality in the academic context. **Results** - The sample consists of 72% of the enrolled students, of which 62% have religious affiliation: 30% Catholic, 13% Evangelical, 12% Spiritist and 7% other denominations. Of the remaining 38%, 26% declared themselves agnostic and 12% atheists. Of the students, 4.2% attended religious institutions more than once a week, 10% once a week, 6.4% twice a month or more, 27.6% a few times a year, 21.6% one per year or less and 30.2% never attend. As for the time devoted to individual religious activities, 4.5% dedicate themselves more than once a day; 17.5% daily; 8% twice a week or more; 6% once a week; 17% a few times a month; and 47% rarely or never. The centrality of the transcendent in life is very strong in 13%; strong in 20.5%; moderate in 21.5%; weak in 18.5%; and very weak in 26.5%. Regardless of his or her religious belief, the physician should respect the patient's belief, and "The physician should consider in his clinical practice the emotional, sociocultural and spiritual needs of the patient, as well as his / her needs physical "had the highest concordance scores, respectively 98.6% and 97.0%. Of those that constituted the academic context, the one that had the highest agreement (83.7%) was "Care with the spiritual dimension is part of the integral and humanized care to the patient". On the other hand, the degree of disagreement with the question "A good doctor should distance himself from the patient's suffering" was 90.5%. The assertion "The proposition of didactic-pedagogical actions related to the spiritual dimension of the patient in medical education is relevant" had average agreement of 61.5% and 27.5% of indifferent. **Conclusions** - Our results suggest that: 1) medical students attach importance to the spiritual dimension of the patient in clinical practice; 2) scholars consider the approach of the spiritual dimension of the patient as a therapeutic resource for the practice of a more humanized clinical practice; 3) 61.7% of the participants considered relevant, or at least not contrary (27.3%), to the proposition of didactic-pedagogical actions in medical education related to the spiritual dimension of the patient.

Lista de Abreviaturas

AAMC	<i>American Association of Medical Colleges</i>
ACP	<i>American College of Physicians</i>
CRP	Proteína C-reativa
EPM	Escola Paulista de Medicina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgA	Imunoglobulina A
IL-6	Interleucina-6
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>
FICA	F (Fé / crença) / I (Importância ou influência) / C (Comunidade) / A (Ação no tratamento)
CSI-MEMO	<i>1) Do R/S beliefs provide Comfort or Stress? 2) Influence medical decisions? 3) Are you a MEMber of a R/S community? 4) Other R/S needs?</i>
HOPE	H (Fontes de Esperança) / O (Religião organizada) / P (Espiritualidade pessoal e prática) / E (Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais)
SPIRITual	S (<i>Spiritual Belief System</i>) / P (<i>Personal Spirituality</i>) / I (<i>Integration and Involvement In a Spiritual Community</i>) / R (<i>Ritualized Practices and Restrictions</i>) / I (<i>Implications for Medical Care</i>) / T (<i>Terminal Events Planning - Advance Directives</i>)

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição dos participantes da pesquisa por ano da graduação e gênero.....	83
Tabela 2.	Distribuição dos participantes da pesquisa por etnia e ano da graduação.....	86
Tabela 3.	Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária e ano da graduação.....	87
Tabela 4.	Distribuição dos participantes da pesquisa por renda familiar e ano da graduação.....	88
Tabela 5.	Distribuição dos participantes da pesquisa por afiliação religiosa e ano da graduação.....	90
Tabela 6.	Religiosidade organizacional - frequência dos estudantes a instituições religiosas.....	93
Tabela 7.	Religiosidade não organizacional - tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	95
Tabela 8.	Centralidade da religião na vida dos acadêmicos por ano de graduação.....	99
Tabela 9.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 12: “O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente.”.....	107
Tabela 10.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 13: “Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.”.....	108
Tabela 11.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 14: “A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.”.....	110
Tabela 12.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 15: “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.”...	111
Tabela 13.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 16: “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.”.....	113
Tabela 14.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 17: “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.”.....	117
Tabela 15.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 18: “A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico.”.....	119
Tabela 16.	Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 19: “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”.....	121
Tabela 17.	Grau de concordância dos estudantes à assertiva da questão 20: “A proposição de ações didático--pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.”.....	123

Lista de Quadros

Quadro 1. Coeficiente de Correlação de Spearman - Índice de Religiosidade de Duke.....	106
Quadro 2. Coeficiente de Correlação de Spearman - Contexto Clínico e religiosidade intrínseca.....	116
Quadro 3. Coeficiente de Correlação de Spearman - Contexto Clínico entre si...	117
Quadro 4. Coeficiente de Correlação de Spearman - entre Contexto Clínico e questão 17.....	119
Quadro 5. Coeficiente de Correlação de Spearman - entre Contexto Clínico e questão 20.....	124
Quadro 6. Coeficiente de Correlação de Spearman (s) entre as questões com variáveis ordinais.....	126

Lista de Figuras

Figura 1.	Percentual da população residente, por grupos de religião – Brasil – 1872/1991.....	19
Figura 2.	Percentual da população residente, segundo os grupos de religião-Brasil-2000/2010.....	20
Figura 3.	Número de artigos publicados no banco de dados PubMed, no período de 1999 a 2013, na busca por “spiritual* OR religio*” em todos os campos.....	46
Figura 4.	Estudantes matriculados no curso médico da EPM por ano de graduação e gênero.....	84
Figura 5.	Participantes da amostra por ano de graduação e gênero.....	85
Figura 6.	Etnia dos estudantes do curso médico da EPM por ano de graduação....	85
Figura 7.	Participantes da amostra por ano de graduação e etnia.....	86
Figura 8.	Estudantes matriculados no curso médico da EPM cotistas/não cotistas por ano letivo.....	87
Figura 9.	Faixa etária da amostra da pesquisa por ano de graduação.....	88
Figura 10.	Renda familiar da amostra por etnia.....	89
Figura 11.	Distribuição da amostra por afiliação religiosa.....	90
Figura 12.	Distribuição da amostra por ano de graduação e afiliação religiosa.....	90
Figura 13.	Distribuição dos acadêmicos por gênero nas diferentes afiliações religiosas.....	91
Figura 14.	Distribuição étnica dos acadêmicos de diferentes afiliações religiosas.....	92
Figura 15.	Distribuição dos acadêmicos por renda familiar nas diferentes afiliações religiosas.....	92
Figura 16.	Frequência dos participantes à instituições religiosas por ano de graduação.....	93
Figura 17.	Frequência religiosa dos acadêmicos de diferentes afiliações religiosas.....	94
Figura 18.	Tempo dedicado a atividades religiosas individuais por ano de graduação.....	95
Figura 19.	Tempo dedicado pelos acadêmicos das diferentes afiliações religiosas a atividades religiosas individuais.....	96
Figura 20.	Frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	96
Figura 20a.	Católicos - frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	97
Figura 20b.	Evangélicos - frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	97
Figura 20c.	Espíritas - frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	97
Figura 20d.	Outras denominações religiosas - frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	98
Figura 20e.	Agnósticos - frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	98
Figura 20f.	Ateus - frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	98
Figura 21.	Centralidade da religião na vida dos acadêmicos por ano de graduação.....	99

Figura 22.	Centralidade da religião na vida dos acadêmicos de diferentes afiliações religiosas.....	100
Figura 23.	Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	100
Figura 23a.	Católicos - Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	101
Figura 23b.	Evangélicos - Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	101
Figura 23c.	Espíritas - Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	101
Figura 23d.	Outras denominações religiosas - Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	102
Figura 23e.	Agnósticos - Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	102
Figura 23f.	Ateus - Centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa.....	102
Figura 24.	Centralidade da religião na vida dos acadêmicos pelo tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	103
Figura 24a.	Católicos - Centralidade da religião na vida e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	104
Figura 24b.	Evangélicos - Centralidade da religião na vida e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	104
Figura 24c.	Espíritas - Centralidade da religião na vida e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	104
Figura 24d.	Outras denominações religiosas - Centralidade da religião na vida e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	105
Figura 24e.	Agnósticos - Centralidade da religião na vida e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	105
Figura 24f.	Ateus - Centralidade da religião na vida e tempo dedicado a atividades religiosas individuais.....	105
Figura 25.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 12....	107
Figura 26.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 13....	108
Figura 27.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 14....	110
Figura 28.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 15....	112
Figura 29.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 16....	114
Figura 30.	Grau de concordância das questões do contexto clínico.....	115
Figura 31.	Contexto Clínico - respostas positivas (concordo plenamente/ concordo) por ano de graduação.....	115
Figura 32.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 17....	118
Figura 33.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 18...	120
Figura 34.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 19....	121
Figura 35.	Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 20....	123
Figura 36.	Grau de concordância das questões do contexto acadêmico.....	125
Figura 37.	Contexto Acadêmico - respostas positivas (concordo plenamente/ concordo) por ano de graduação.....	125

SUMÁRIO

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Lista de abreviaturas.....	xi
Lista de tabelas.....	xii
Lista de quadros.....	xiii
Lista de figuras.....	xiv
APRESENTAÇÃO	01
1 INTRODUÇÃO	03
1.1 Objetivos.....	08
2 REVISÃO DA LITERATURA	09
2.1 Religiosidade, Espiritualidade e Saúde.....	09
2.2 Índice de Religiosidade de Duke.....	12
2.3 Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Clínico.....	13
2.3.1 Razões para considerar a dimensão espiritual na prática clínica....	13
2.3.1.1 Relação religião/religiosidade/espiritualidade e ciência em diferentes épocas.....	13
2.3.1.2 Alto grau de envolvimento religioso/espiritual entre os pacientes.....	19
2.3.1.3 Influência das crenças religiosas dos pacientes nas decisões médicas.....	24
2.3.1.4 Predisposição dos pacientes em compartilhar crenças espirituais com seus médicos.....	25
2.3.1.5 Disponibilidade e barreiras dos médicos na abordagem da dimensão espiritual dos pacientes.....	26
2.3.1.6 Comprovação científica da eficácia terapêutica da religiosidade/espiritualidade.....	29
2.3.1.6.1 No uso e abuso de álcool e drogas.....	30
2.3.1.6.2 Na saúde mental.....	33
2.3.1.6.3 Na qualidade de vida e bem-estar psicológico	38
2.3.1.6.4 Em pacientes oncológicos, hipertensivos e com dor crônica.....	40
2.3.1.6.5 Na promoção de menores índices de mortalidade	41
2.3.1.6.6 No sistema imunológico.....	44
2.3.1.7 Evolução da pesquisa científica em espiritualidade/religiosidade.....	45
2.3.2 Ferramentas para abordagem da dimensão espiritual na prática clínica.....	47
2.3.2.1 Questionário FICA.....	51
2.3.2.2 Questionário HOPE.....	51
2.3.2.3 História espiritual do ACP.....	52
2.3.2.4 CSI—MEMO.....	52
2.3.2.5 SPIRITual History.....	52

2.3.3 História espiritual do paciente: quando realizar e resultados esperados.....	53
2.4 Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Acadêmico.....	55
2.4.1 Espiritualidade e saúde em faculdades de Medicina.....	57
2.4.1.1 O pioneirismo de Christina Puchalski.....	57
2.4.1.2 Faculdades de Medicina do exterior que oferecem cursos de espiritualidade e saúde.....	58
2.4.1.3 Faculdades de Medicina do Brasil que oferecem cursos de espiritualidade e saúde	66
2.4.1.4 Educação e pesquisa na área de espiritualidade e saúde: avaliação, recomendação, financiamento, eventos e grupos de pesquisa.....	74
2.4.1.5 Abordagem espiritual: prevenção das Síndromes de <i>Burnout</i> e da Fadiga por Compaixão nos acadêmicos de Medicina.....	76
3 MÉTODO	78
3.1 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	78
3.2 Tipo de estudo.....	78
3.3 Cenário da pesquisa.....	78
3.4 Participantes da pesquisa.....	78
3.4.1 Critérios de inclusão.....	79
3.4.2 Critérios de exclusão.....	79
3.5 Instrumento de coleta de dados.....	79
3.6 Monitoramento.....	80
3.6.1 Perfil Sociodemográfico.....	80
3.6.2 Índice de Religiosidade de Duke (DUREL).....	80
3.6.3 Contexto Clínico.....	81
3.6.4 Contexto Acadêmico.....	81
3.7 Análise Estatística.....	82
4 RESULTADOS	83
4.1 Perfil Sociodemográfico.....	83
4.1.1 Amostra e Gênero.....	83
4.1.2 Etnia.....	85
4.1.3 Faixa Etária.....	87
4.1.4 Renda Familiar.....	88
4.1.5 Afiliação Religiosa.....	89
4.2 DUREL - Índice de Religiosidade da Universidade Duke.....	93
4.2.1 Religiosidade Organizacional.....	93
4.2.2 Religiosidade Não Organizacional.....	94
4.2.3 Religiosidade Intrínseca.....	99
4.3 Contexto Clínico.....	106
4.3.1 O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente?.....	106
4.3.2 Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente?.....	108

4.3.3	A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente?.....	109
4.3.4	A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente?.....	111
4.3.5	O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas?.....	113
4.4	Contexto Acadêmico.....	117
4.4.1	O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente?.....	117
4.4.2	A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico?....	119
4.4.3	Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente?....	121
4.4.4	A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante?.....	123
4.5	Análises Inferenciais.....	126
5	DISCUSSÃO	127
6	CONCLUSÕES	146
7	REFERÊNCIAS	147
ANEXOS		
	Anexo 1. Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	159
	Anexo 2. Carta de autorização da Instituição.....	165
	Anexo 3. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	166
	Anexo 4. Instrumento de coleta de dados – Questionário.....	168
	Anexo 5. Teste de Kruskal-Wallis.....	173
	Anexo 6. Coeficiente de Correlação de Spearman (s) entre as questões com variáveis ordinais.....	174

APRESENTAÇÃO

Educação e saúde são temas que sempre se fizeram presentes em minha vida. Desde a mais tenra idade as áreas de Ciências Biológicas e da Saúde exerceram sobre mim grande atração. Minha mãe, por quem sempre tive a mais profunda admiração, era professora, uma excelente educadora, e despertou em mim o encantamento pela área didático-pedagógica. Ao optar pelo Bacharelado em Ciências Biológicas – Modalidade Médica, acreditei ter encontrado uma forma de unir minhas duas áreas de interesse. A pretensão era, após o término da graduação, continuar os estudos em uma pós-graduação e seguir carreira docente em Anatomia Humana, área com a qual me identifiquei plenamente na trajetória acadêmica, desde a primeira vez em que adentrei seus laboratórios.

No entanto, fui conduzida a outros caminhos que me levaram a exercer funções administrativas em uma das mais conceituadas escolas médicas do país, a Escola Paulista de Medicina (EPM), na Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica do Departamento de Morfologia, onde realizei o meu estágio para conclusão do curso de graduação no ano de 1983.

No dia 23 de outubro de 1984 fui contratada como Técnica em Assuntos Educacionais pela EPM. No período de 1987 a 1991 atuei como Chefe de Gabinete e Diretora do Departamento de Manutenção da Instituição. Nos anos de 1991 a 1994 passei a ser comissionada no Governo do Estado de São Paulo. Ocupei o cargo de assessora direta do Secretário de Estado da Saúde nos anos de 1991 e 1992 e trabalhei no Palácio dos Bandeirantes, na Assessoria do Governo do Estado de São Paulo para Assuntos de Saúde nos anos de 1993 e 1994. Minha permanência nesses cargos abriu meus horizontes e possibilitou múltiplos olhares em relação à área da Saúde.

Foi com a sensação de estar voltando para casa que retornei à EPM, no auge da sua transformação em Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 1994, quando cessou o meu comissionamento. Em 1996 comecei a trabalhar como secretária do Programa de Pós-graduação em Morfologia.

O tempo foi passando, o Departamento mudou de nome para Morfologia e Genética, a nossa querida EPM cresceu e se consolidou como Universidade Federal de São Paulo, o Programa de Pós-graduação também mudou de nome para Biologia

Estrutural e Funcional. Ocupo hoje o cargo de Secretária Executiva do Departamento de Morfologia e Genética, além de auxiliar nas atividades administrativas da Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica.

Atualmente, minha prática profissional relacionada com o binômio Saúde e Educação ocorre na dimensão da formação inicial de profissionais da área da saúde. Tenho observado o quanto a globalização e o excesso de racionalismo estão levando o homem do século XXI ao automatismo e à desumanização. O deslumbramento com a tecnologia está direcionando o ser à melancolia e ao desencanto em relação à própria vida. Muitas vezes, a doença é o instrumento que leva ao despertar, e é necessário resgatar principalmente nos profissionais de saúde, a necessidade de se voltar ao patamar de ver no paciente um ser humano.

Por outro lado, o tema Espiritualidade tem recebido valorização crescente em minha vida, por seus princípios fundamentais de compaixão, empatia e altruísmo, independentemente de qualquer crença religiosa.

Assuntos controversos como Espiritualidade e Religiosidade ao serem inseridos no currículo médico podem ser utilizados como mais um recurso terapêutico na prática clínica. A finalidade não deve ser a discussão de crenças religiosas, mas sim, a instrumentalização do graduando para intervenções conscientes e eficientes na abordagem e validação respeitosa da dimensão espiritual do paciente.

Acreditar que ao concluir o curso de graduação o médico deve estar preparado para não apenas atender às necessidades físicas, como também às necessidades emocionais, socioculturais e espirituais que ocorrem na vida dos pacientes, foi o que alavancou a idealização desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Existe um consenso quanto aos conceitos de Religião e de Religiosidade na área da saúde, tanto na prática clínica quanto na pesquisa científica. Adotaremos os que foram postulados por Koenig, McCullough e Larson (2001). Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema ...). Religiosidade refere-se a quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, subdividindo-se em religiosidade organizacional (frequência religiosa) ou não organizacional (tempo dedicado a atividades religiosas individuais).

O grande desafio é conceituar Espiritualidade. Ainda que tenhamos nos restringido aos conceitos encontrados na literatura científica da área da saúde, bastante diversos dos teológicos, não houve consenso.

A Organização Mundial de Saúde define Espiritualidade como sendo as crenças de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e o propósito da vida, não se limitando a nenhum tipo específico de crença ou prática religiosa (WHO, 1998).

Koenig, McCullough e Larson (2001) conceituam Espiritualidade como uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

A *American Association of Medical Colleges* (AAMC, 1998) afirma que o conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. A espiritualidade expressa-se em uma busca do indivíduo do significado definitivo por meio da participação religiosa e/ou da crença em Deus, na família, no naturalismo, no racionalismo, no humanismo e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar o modo como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como interagem uns com os outros.

Segundo Anandarajah e Hight (2001), a espiritualidade é uma parte complexa e multidimensional da experiência humana, que possui aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais. Os aspectos cognitivos ou filosóficos incluem a

busca do significado, do propósito e da verdade na vida, bem como as crenças e os valores de acordo com os quais uma pessoa vive. Os aspectos experienciais e emocionais envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte. Refletem-se na qualidade dos recursos internos de um indivíduo, na capacidade de dar e receber amor espiritual e nos tipos de relações e conexões que existem consigo mesmo, com a comunidade, com o meio ambiente e a natureza e com o transcendente. Os aspectos comportamentais da espiritualidade envolvem o modo como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o estado espiritual interno. Muitas pessoas encontram espiritualidade através da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino. Porém, outros podem encontrá-la por meio de uma conexão com a natureza, com a música e as artes, por meio de um conjunto de valores e princípios ou por uma busca da verdade científica.

Para Puchalski (2006), a definição de espiritualidade baseia-se na busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definitivos da vida. Esse significado pode ser encontrado na religião, mas, muitas vezes, pode ser mais amplo do que isso, incluindo a relação com uma figura divina ou com a transcendência, relações com os outros, bem como a espiritualidade encontrada na natureza, na arte e no pensamento racional.

Koenig (2012) afirma que por ser a Espiritualidade um aspecto da experiência humana, o uso de uma definição mais ampla faz sentido na prática clínica. Corroborando com essas considerações, as definições de espiritualidade desenvolvidas por profissionais da saúde que atuam no atendimento clínico de pacientes são amplas e inclusivas, como pudemos constatar nas que foram apresentadas pela AAMC (1998), Anandarajah e Hight (2001) e Puchalski (2006).

Historicamente, a relação entre ciência e religião revela que caminharam juntas em quase toda a trajetória da Medicina, desde o Egito e a Grécia antiga. A partir da Renascença ou Renascimento, período em que ocorreram diversas transformações em uma multiplicidade de áreas da vida humana teve início a separação entre ciência e religião. Com o advento da Ciência Moderna e a ascensão do materialismo, o sobrenatural foi sendo gradativamente negado e a saúde passou a ser conceituada como a ausência de sintomas (KOENIG, 2000; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; NUMBERS, 2009; OSLER, 2009).

Assinalando uma mudança no paradigma biomédico, a Organização Mundial da Saúde (OMS), integrante da Organização das Nações Unidas, traz no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946), assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados e com vigor a partir de abril de 1948, a seguinte definição: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” (WHO, 1946).

Com o estabelecimento de um paradigma biopsicossocial, em meados dos anos 2000, alguns dos principais organismos internacionais relacionados à Medicina e Saúde passaram a recomendar a integração da espiritualidade/religiosidade na prática clínica: *American College of Physicians (ACP)*; *American Medical Association*; *World Health Organization (WHO)*; *World Psychiatric Association*; *American Psychiatric Association*; *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Percebe-se a existência de uma lacuna significativa entre a necessidade de integrar a espiritualidade na prática clínica com ferramentas e protocolos viáveis à sua implementação, principalmente porque as crenças e práticas religiosas/espirituais são heterogêneas entre diferentes populações e culturas e devido à falta de compreensão dos seus mecanismos. Portanto, as intervenções poderiam ser projetadas em uma perspectiva mais ampla, não necessariamente relacionada a uma religião ou cultura específica (PERES et al., 2017).

Deve-se ainda considerar que a população mundial, incluindo a brasileira, em sua grande maioria, possui alto nível de envolvimento religioso. Não apenas a religião é vital para a identidade de muitas pessoas, mas é também usada para enfrentar circunstâncias difíceis. Necessidades espirituais tornam-se particularmente fortes em tempos que as doenças ameaçam a vida ou o modo de vida (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

As crenças religiosas e sua prática regulam as emoções dos pacientes e podem influenciar a aceitação do tratamento médico, de medicamentos administrados e de terapêuticas, além de condutas mais agressivas ou conservadoras na terminalidade. Os médicos devem tomar conhecimento das crenças de seus pacientes e entender como as utilizam para aliviar seu sofrimento (LUCCHETTI et al., 2010).

A última parte do século XX assistiu a uma rápida ascensão de pesquisas que examinaram as relações entre religião, espiritualidade e saúde, e essa tendência continuou até a primeira década do século atual. As pesquisas agora são de qualidade muito maior do que antes, quando as investigações contavam com pouco financiamento ou apoio institucional. As descobertas têm implicações para os profissionais da saúde, sobretudo no reconhecimento das muitas formas em que crenças religiosas podem influenciar a assistência médica, a adesão do paciente e as decisões médicas. São motivos importantes para que os profissionais da saúde prestem atenção às necessidades espirituais de pacientes e estejam cientes dos limites e das limitações nessa área. A maior parte das pesquisas de alta qualidade sobre religião, espiritualidade e saúde, na verdade, acaba medindo religião, inclusive muitos estudos que usam o termo espiritualidade no título ou na discussão dos resultados (KOENIG, 2000).

O meio acadêmico e científico começou a despertar para a relevância da religiosidade/espiritualidade como ferramenta de uso terapêutico na prática clínica na década de 1960, quando foram publicados os primeiros estudos epidemiológicos a respeito do tema (PUCHALSKI, 2001b).

Na maioria das pesquisas onde se investigou se os pacientes gostariam que os médicos perguntassem sobre suas crenças e necessidades espirituais, a resposta foi fortemente positiva. Por outro lado, os percentuais foram bem baixos quando indagados se o seu médico já os havia questionado sobre o tema (PUCHALSKI, 2006; LUCCHETTI et al., 2010).

Os trabalhos que investigaram a opinião dos médicos sobre a importância de perguntar sobre as crenças espirituais e religiosas e se acreditavam que isso deveria fazer parte da anamnese do paciente mostraram alto percentual de concordância. Muitos médicos gostariam de abordar este tema com os pacientes, mas não sabem como fazê-lo (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001; CHIBNALL; BROOKS, 2001; MONROE et al., 2003; BERG et al., 2013).

Não apenas os médicos têm dificuldade com o tema humanização em saúde, as escolas médicas também apresentam esta característica. No currículo médico pouca atenção é dada às reflexões sobre as questões existenciais e os aspectos não biológicos do ser humano. Os estudantes são alertados quanto à necessidade de evitar a desumanização, mas não são instrumentalizados para tal. Saber cuidar dos

pacientes na doença e na morte exige preparo e, na falta deste, utilizam-se de uma estratégia de defesa que consiste na negação das próprias emoções e protegem-se ignorando o sofrimento alheio (REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

No processo saúde-doença é necessário considerar-se o ser humano em sua totalidade. Para tanto, deve-se respeitar as suas cinco dimensões: física, emocional, mental, cultural e espiritual. Deve-se estabelecer um sentido mais amplo quando o objetivo é o cuidado integral ao paciente considerando-se no tratamento a importância da espiritualidade e da religiosidade como recurso terapêutico (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

Reflexões com base na literatura consultada a respeito de espiritualidade/religiosidade e nas características de formação dos alunos da Escola Paulista de Medicina (EPM), nos levaram a alguns questionamentos: Qual a relevância que o acadêmico do curso de Medicina atribui à dimensão espiritual do paciente? O estudante do curso de Medicina considera importante a validação das crenças dos pacientes para a prática clínica? O graduando em Medicina reconhece a dimensão espiritual do paciente como parte do cuidado integral ao ser humano? A proposição de ações didático-pedagógicas que instrumentalizem o futuro médico para intervenções na abordagem e validação da dimensão espiritual do paciente é pertinente?

Pretendemos perscrutar com esta pesquisa, a opinião dos estudantes do curso médico da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sobre essas questões, procedendo a estudo quantitativo, que terá por instrumento de coleta de dados um questionário padronizado que será o escopo da presente pesquisa.

1.1 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa é verificar a opinião dos estudantes de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, quanto à utilização da espiritualidade/religiosidade do paciente como recurso terapêutico na prática clínica.

Para a consecução desse objetivo, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- reconhecer se o estudante de Medicina atribui importância à dimensão espiritual do paciente na prática clínica;
- identificar a percepção do graduando de Medicina sobre a abordagem da dimensão espiritual do paciente, como recurso terapêutico, para o exercício de uma prática clínica mais humanizada;
- verificar a relevância conferida pelos alunos à proposição de ações didático-pedagógicas na educação médica relacionadas à dimensão espiritual do paciente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Religiosidade, Espiritualidade e Saúde

Gordon W. Allport, da Universidade de Harvard, em artigo publicado em 1966, sugeriu uma orientação religiosa extrínseca, mais periférica, e outra intrínseca, mais nuclear.

Em 1967 foi publicada por Allport e Ross a efetiva conceituação de religiosidade extrínseca e intrínseca. Para os autores, a pessoa extrinsecamente motivada usaria sua religião, enquanto a intrinsecamente motivada viveria sua religião. O indivíduo que possuía religiosidade extrínseca usava a religião para seus próprios fins: segurança e consolo; sociabilidade e distração; status e autojustificação. Só era religioso por acreditar que isso seria útil para atingir seus objetivos imediatos. O credo abraçado era levemente mantido e, em termos teológicos, o tipo extrínseco se voltaria ao sagrado ou a Deus, mas sem desapegar-se de si mesmo. O conceito de religiosidade intrínseca, por outro lado, estaria associado com procura de significado, unidade, transcendência e busca do máximo do potencial humano. Ao assumir um credo, o indivíduo se empenharia em internalizá-lo e segui-lo totalmente, encontraria seu principal sentido de vida na religião. Nessa perspectiva, na qual a religião não tinha um fim pragmático, egoístico, de uso, se tornaria um valor intrínseco para o indivíduo, sendo então compreensiva, integradora e motivacional. Deve-se considerar que nem sempre as práticas religiosas refletem a profundidade da religião de um indivíduo. A religiosidade intrínseca é a que verdadeiramente se relaciona com a centralidade e a motivação da religião na vida do ser humano.

Dentre as diversas dimensões da religiosidade apresentadas por Koenig (2012) encontram-se a religiosidade subjetiva e a religiosidade motivacional. Para o autor, a religiosidade subjetiva refere-se à importância ou à centralidade da religião na vida da pessoa. A religiosidade motivacional subdivide-se em: religiosidade intrínseca, quando a religião é buscada por seu próprio valor, como um fim em si mesma; e, religiosidade extrínseca, quando a religião está sendo usada como meio de algum outro propósito, como posição social ou ganho financeiro.

King e Koenig (2009) desenvolveram um estudo com o intuito de provocar um debate sobre a conceitualização da espiritualidade para a pesquisa médica e prática

clínica, dentro de um paradigma científico. Ao discutir as razões pelas quais as pessoas têm crenças espirituais e fornecer uma definição de espiritualidade que pudesse ser útil aos profissionais de saúde, os autores pretendiam desmistificar a espiritualidade para a prática e pesquisa clínicas. Afirmavam que devemos ter consciência de sermos influenciados e limitados por preconceitos, conscientes e inconscientes, decorrentes de nossas próprias tradições culturais e religiosas. O conceito de espiritualidade não se prende exclusivamente a crenças ou práticas religiosas. Algumas pessoas dizem que acreditam em Deus ou em um poder superior, mas não experimentam outra forma de espiritualidade. Outras relatam que, além da crença em Deus, seguem uma prática espiritual ou religiosa, mas nunca tiveram consciência de um domínio espiritual. Existem aquelas que seguem uma prática espiritual ou religiosa, não por crença ou consciência, mas por convenção ou tradição. Algumas são movidas intelectualmente e/ou emocionalmente em relação a um domínio espiritual, mas não possuem crença específica. Há os que experimentam perda abrupta de limites do ego e um sentimento de unidade sem qualquer crença espiritual anterior, envolvimento na religião ou consciência. Pelos conceitos apresentados, percebe-se que o indivíduo pode ter alto grau de Espiritualidade e não ser religioso, assim como, ser um praticante religioso e não ter Espiritualidade elevada. Quando em conexão com o sagrado, a Espiritualidade tem íntima relação com o caráter intrínseco da religiosidade, é nuclear e correlaciona-se à centralidade do transcendente na vida do ser.

Koenig (2012) refere que em contextos de pesquisa precisamos estabelecer uma definição mais precisa de espiritualidade, que retenha sua base histórica na religião. Acredita que para chamar algo de espiritual é preciso haver alguma conexão com religião, incluindo as expressões religiosas não tradicionais. Caso não exista esta conexão, a crença, prática ou experiência deve ser denominada de humanística e não de espiritual. O Humanismo implica um compromisso com a busca da verdade e da moralidade por meios humanos em apoio a interesses humanos, rejeita justificativas transcendentais, como dependência da fé, do sobrenatural ou de textos revelados por meios divinos. O que realmente importa é que o maior número possível de pacientes tenha a oportunidade de ter suas necessidades espirituais identificadas e consideradas, sem importar como as entendam. Alguns pacientes talvez não se

considerem religiosos, mas, ainda assim, podem estar procurando um significado maior fora de si mesmos ou lutando com questões existenciais.

Segundo Peres et al. (2007), a transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que se aproxima do seu fim. Transcender é buscar significado, e a espiritualidade é o caminho. O sofrimento é uma experiência humana que afeta as pessoas em toda a sua complexidade, podendo ocorrer nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual. O sofrimento não identificado não pode ser aliviado. Dentre os quatro domínios que constituem a chamada dor total: dor física, dor emocional, dor social e dor espiritual, a primeira a ser cuidada deve ser a física para que se possa cuidar das demais. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência ou suas necessidades espirituais. A dor espiritual é relatada pelos pacientes como a segunda de maior importância.

Viktor E. Frankl (1991), psiquiatra e escritor, refere que ver um sentido maior no sofrimento aparentemente destituído de significado é o tema central do existencialismo. A vida é sofrimento e sobreviver é encontrar significado na dor, se há um propósito na vida, deve haver também um significado na dor e na morte. A espiritualidade é a essência da nossa humanidade, o aspecto do ser humano que se relaciona consigo mesmo, com os outros, com uma doença e com a transcendência; pode ser um recurso de força ou uma fonte de angústia existencial profunda.

Em 1984 iniciou-se um movimento de representantes de países membros da Organização Mundial da Saúde no sentido de discutir e propor a inclusão do bem-estar espiritual no conceito de saúde. Para entrar em vigor, as alterações propostas deveriam ser aprovadas por maioria de dois terços da Assembleia e da Organização Mundial da Saúde. A dificuldade de se encontrar um consenso na conceitualização de Espiritualidade, em decorrência das diferenças culturais e de tradições religiosas, prejudicou a discussão e levou a não aprovação da proposta (WHO, 1999).

A mudança do paradigma biomédico, conceito científico mecanicista, baseado no modelo cartesiano, para o paradigma biopsicossocial e espiritual, que teve início no século XX, no Brasil e no mundo, apesar de mais ideológica que efetiva, levou o meio científico e acadêmico a lançar um olhar para a dimensão espiritual do paciente como parte do cuidado integral do ser humano (MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

2.2 Índice de Religiosidade de Duke

Uma escala de Religiosidade, curta e simples, que fornece dados relevantes, muito usada como instrumento de avaliação para facilitar a abordagem do paciente e, também, para cunho científico, é o “Índice de Religiosidade de Duke”, presente em mais de 100 publicações ao redor do mundo e disponível em dez idiomas (KING; KOENIG, 2009).

Conhecida como escala de DUREL (*Duke Religious Index*) (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997) foi desenvolvida na *Duke University* nos Estados Unidos. É uma ferramenta sucinta, de fácil aplicação, elaborada em escala do tipo Likert, aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizada em diversas culturas para esse fim. As dimensões da religiosidade mensuradas por esse instrumento têm se mostrado relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social.

Compreende três das diferentes dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: religiosidade organizacional, que corresponde à frequência a uma instituição religiosa; religiosidade não organizacional, mensurada pelo tempo dedicado às atividades religiosas individuais; e, religiosidade intrínseca, que trata da centralidade da religião na vida da pessoa. No que se refere ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente (KOENIG; BÜSSING, 2010).

A religiosidade intrínseca do “Índice de Religiosidade de Duke”, é composta por três itens derivados da escala de 10 itens da escala de religiosidade intrínseca de Hoge (1972).

A versão em português da escala de religiosidade de Duke – DUREL foi feita por Moreira-Almeida et al. (2008).

Lucchetti et al. (2012a) validaram o instrumento traduzido por Moreira-Almeida et al. (2008) em uma amostra de baixa renda proveniente de comunidade de São Paulo. Os resultados demonstraram elevada consistência interna e adequada validade discriminante.

Taunay et al. (2012) com o intuito de determinar a confiabilidade do referido instrumento e as possíveis relações com espiritualidade e sintomas de sofrimento

psicológico realizaram estudo onde verificaram as propriedades psicométricas em duas amostras brasileiras distintas, ambas da Universidade Federal do Ceará, 323 estudantes universitários de graduação (188 de Medicina e 135 de Psicologia) e 113 pacientes psiquiátricos. Os achados sugerem que: a DUREL se mostra confiável e válida para uso em populações universitárias e psiquiátricas brasileiras; pode ser usada para o estudo de importantes dimensões da religiosidade em amostras com características sociodemográficas diversas e com diferentes níveis de sofrimento psíquico.

2.3 Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Clínico

2.3.1 Razões para considerar a dimensão espiritual na prática clínica

2.3.1.1 Relação religião/religiosidade/espiritualidade e ciência em diferentes épocas

Segundo Numbers (2009), estudos contemporâneos mostram que muitos mitos sobre o permanente conflito entre religião e ciência foram criados sem evidências epistêmicas. A alegada oposição entre medicina esclarecida e teologia obscurantista, bem como entre o médico humanitário e o cruel homem da igreja são mitos. Os xamãs, curandeiros e sacerdotes cuidavam tanto do corpo quanto da alma e, ainda hoje existem culturas em que o líder espiritual é o líder de assistência à saúde; em outras, como no judaísmo e no budismo, há interferência até na integridade física dos seguidores. Com a ascensão do materialismo a medicina tornou-se profundamente impessoal, valorizando a doença e desconsiderando o doente nas suas relações com os fatores intrínsecos e extrínsecos da problemática humana. Afirma o autor que com a adoção do modelo científico newtoniano-cartesiano, os profissionais e cientistas da área da saúde passaram a concentrar suas atenções no corpo físico e a negligenciar os aspectos psicológicos, espirituais, sociais e ecológicos das doenças, preconizados por Hipócrates.

No entanto, como afirma Osler (2009), ampla maioria dos fundadores da ciência moderna, dentre eles Bacon, Descartes, Galileu, Kepler, Newton e Boyle, eram não apenas religiosos, como tinham motivações religiosas para promover a revolução científica e conduzirem suas pesquisas. Viam o estudo científico da natureza como uma via privilegiada para conhecer "a sabedoria e inteligência do Criador".

Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) referem que a ideia de um perene e inevitável conflito entre ciência e religião foi um mito histórico criado no final do século XIX. As relações entre Religiosidade/Espiritualidade e ciência são complexas, interessantes e frequentemente positivas.

Antes de 372 d.C., à medida que o vasto Império Romano estava começando a ruir, não havia hospitais para o atendimento dos doentes na população geral da Europa ou no resto do mundo ocidental. O primeiro hospital foi construído em Cesareia (atual Turquia) sob o comando do Bispo Basílio. Esse hospital era chamado de Basileias e pretendia oferecer tratamento a doentes, pobres e leprosos. Nos mil anos seguintes, a Igreja continuou a construir e equipar hospitais em todo o mundo ocidental. Inclusive a certificação de doutores para praticar medicina era responsabilidade da igreja até o fim da Idade Média e, como resultado, muitos médicos também eram monges e padres. Até meados do século XX, a maior parte do atendimento era feita por ordens religiosas tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Em 1950, quase um quarto de todos os pacientes hospitalizados nos Estados Unidos eram tratados em hospitais religiosos. Muitos hospitais hoje em dia mantêm uma afiliação religiosa. O ponto principal é que nossa noção de saúde moderna tem suas raízes em organizações religiosas. Essa influência ainda é sentida e continua sendo um dos principais recursos para a crise do século XXI (KOENIG, 2000).

Moreira-Almeida (2009) relata que na Idade Média a figura do médico era totalmente ligada ao sistema católico da época, mas infelizmente a influência religiosa estava mais ligada ao poder do que à real preocupação espiritual e impedia o avanço do conhecimento médico. Na era medieval as autoridades religiosas eram as responsáveis pelas licenças para a prática da Medicina. A igreja católica foi uma das instituições que mais fomentou a ciência, ao longo da história; a igreja medieval criou dezenas de universidades.

Encontramos na perspectiva histórica dos mitos e verdades em ciência e religião publicada por Numbers (2009) que o rompimento entre ciência e religião se solidificou com o advento do Iluminismo e com a Revolução Francesa. O Iluminismo foi um movimento cultural, filosófico, político e social que aconteceu entre 1680 e 1780, em toda a Europa, que se caracterizou pela importância dada à razão que encaminharia o homem à sabedoria e o conduziria à verdade. Defendia o pensamento racional diante da visão teocêntrica que dominava a Europa. Para os filósofos, o

pensamento era a única luz capaz de iluminar as trevas em que a sociedade se encontrava, daí o nome de Iluminismo. Acreditavam que a ordem social não era divina, e sim construída pelos próprios homens, e para que o ser humano pudesse evoluir intelectualmente, era necessário colocar a razão na frente das crenças religiosas e do misticismo. As respostas para os questionamentos do homem, que eram baseadas na fé, deveriam ser abandonadas e uma nova busca deveria ser realizada para que tivessem um embasamento lógico e real. Dentre os mais renomados pensadores iluministas encontram-se: Voltaire (1694-1778), Montesquieu (1689-1755) e Jean Jacques Rousseau (1712-1778). A Revolução Francesa (05/05/1789 – 09/11/1799), uma das maiores revoluções da história da Humanidade, fortemente influenciada pelos ideais do Iluminismo, alterou o quadro político e social da França e deu início à Idade Contemporânea.

A corrente iluminista baseava-se na razão como garantia da liberdade individual e felicidade plena do indivíduo. Segundo Caeiro (1995), em Portugal, no ano de 1759, Sebastião José de Carvalho e Melo, o Marquês de Pombal, expulsa os jesuítas e fecha a Companhia de Jesus. Com a expulsão dos jesuítas de Portugal e de todos os territórios ultramarinos ocorre concomitante o fim de cerca de quarenta instituições educativas espalhadas por todo o império Português. Reafirma-se uma ruptura no pensamento europeu, que antes era conduzida pela crença medieval teocêntrica, na qual havia um único Deus que regia e explicava a existência da humanidade.

Apesar do distanciamento que se deu entre religião e ciência, até o início dos anos 1900 os médicos visitavam os pacientes em casa, o que tornava muito próxima a relação médico-paciente, inclusive com os familiares, como afirma Puchalski (2006). Com os avanços científicos e tecnológicos, a prática da medicina tornou-se cada vez mais especializada e mudou para um modelo de cuidados centrado na doença, atribuindo cada vez menos importância ao relacionamento médico-paciente.

Um ensaio de reaproximação entre religião e medicina ocorreu em 1910, com a publicação de um artigo do professor de Medicina da Universidade Johns Hopkins, Sir William Osler, no *British Medical Journal*, com reflexões sobre os poderes de cura da fé. O autor advertia para a necessidade de o clínico estar atento a essa força poderosa que é a fé, presente nos pacientes (OSLER, 1910).

Segundo Puchalski e Larson (1998), na década de 1990, nos Estados Unidos, a educação médica começou a sofrer pressão da população que criticava o sistema

de cuidados de saúde cada vez mais impessoal, no qual eram vistos como simplesmente doenças e não como seres humanos. Houve uma movimentação da *American Association of Medical Colleges* determinando que dentre os atributos necessários à formação médica acadêmica se incluíssem o altruísmo e a compaixão.

Conforme afirma Ana Cláudia Quintana Arantes (2016), enquanto a empatia se faz acompanhar do risco de esquecermos de nós mesmos ao nos colocarmos no lugar do outro, sentirmos sua dor e sofrimento, a compaixão nos leva a compreender o sofrimento do outro e a transformá-lo. Portanto, a compaixão vai além da empatia porque permite que nos movimentemos em direção ao outro sem que sejamos contaminados pela sua dor, inteiros, e capacitados a ajudá-lo a transformar o seu sofrimento em algo que faça sentido.

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, incluiu no Plano de Ação das Nações Unidas, Agenda 21, o reconhecimento do direito do desenvolvimento físico, mental e espiritual das pessoas. No capítulo que trata da proteção e promoção das condições da saúde humana afirma que:

A saúde depende, em última instância, da capacidade de gerenciar eficazmente a interação entre os meios físico, espiritual, biológico e econômico/social. (...). Por si própria, a área da saúde não tem como satisfazer suas necessidades e atender seus objetivos; ela depende do desenvolvimento social, econômico e espiritual, ao mesmo tempo que contribui diretamente para tal desenvolvimento (BRASIL, 1995, p.52).

Em 1993, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de padronizar a codificação de doenças, inseriu em seu Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais – no Grupo: F40-F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes – na Categoria: Transtornos dissociativos [de conversão] [F44] – o item F 44.3 – Estados de transe e de possessão: Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente. O CID-10 (1993) ao relatar os transtornos mentais e comportamentais, afirma que devem ser incluídos somente os estados de transe involuntários e não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

Segundo Turner et al. (1995), o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), utilizado por clínicos e pesquisadores da área da saúde mental ao redor do mundo, apresenta as diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-las, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*). Existem cinco revisões para o DSM, desde sua primeira publicação em 1952. A maior revisão foi a DSM-IV, publicada em 1994, que incluiu uma nova categoria de diagnóstico intitulada "Problema religioso ou espiritual", que traz a definição, os métodos de avaliação, os tipos e o significado clínico dos problemas religiosos e espirituais. Afirmam os autores que a inserção poderá promover uma nova relação entre a psiquiatria e os campos de religiosidade/espiritualidade que beneficiarão os profissionais de saúde mental e aqueles que procuram sua assistência.

Em 7 de abril de 1999, o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde submeteu à apreciação dos membros presentes à 52ª Assembleia Mundial de Saúde um texto com propostas de alterações na Constituição da OMS, elaborado e aprovado na 101ª sessão do Conselho Executivo, em sua oitava reunião, realizada em Genebra, no dia 22 de janeiro de 1998. Dentre outras sugestões, o grupo propôs que a definição de saúde fosse modificada e passasse a incluir o bem-estar espiritual e o conceito dinâmico de saúde (WHO, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adicionou em seu Instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL-100 - *World Health Organization Quality of Life*), a dimensão espiritual como um domínio. Devido à complexidade para se mensurar essa variável, a OMS desenvolveu o Módulo SRPB (*Spirituality, Religion and Personal Beliefs – Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais*) para o WHOQOL, numa perspectiva transcultural (WHOQOL SRPB, 2006).

Panzini et al. (2011) validaram o instrumento WHOQOL SRBP, em sua versão para o português, e concluíram que apresenta qualidades psicométricas satisfatórias.

Em cuidados paliativos, a dimensão espiritual consta do próprio conceito, definido em 1990, atualizado em 2002 e reiterado no Atlas Global de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2014:

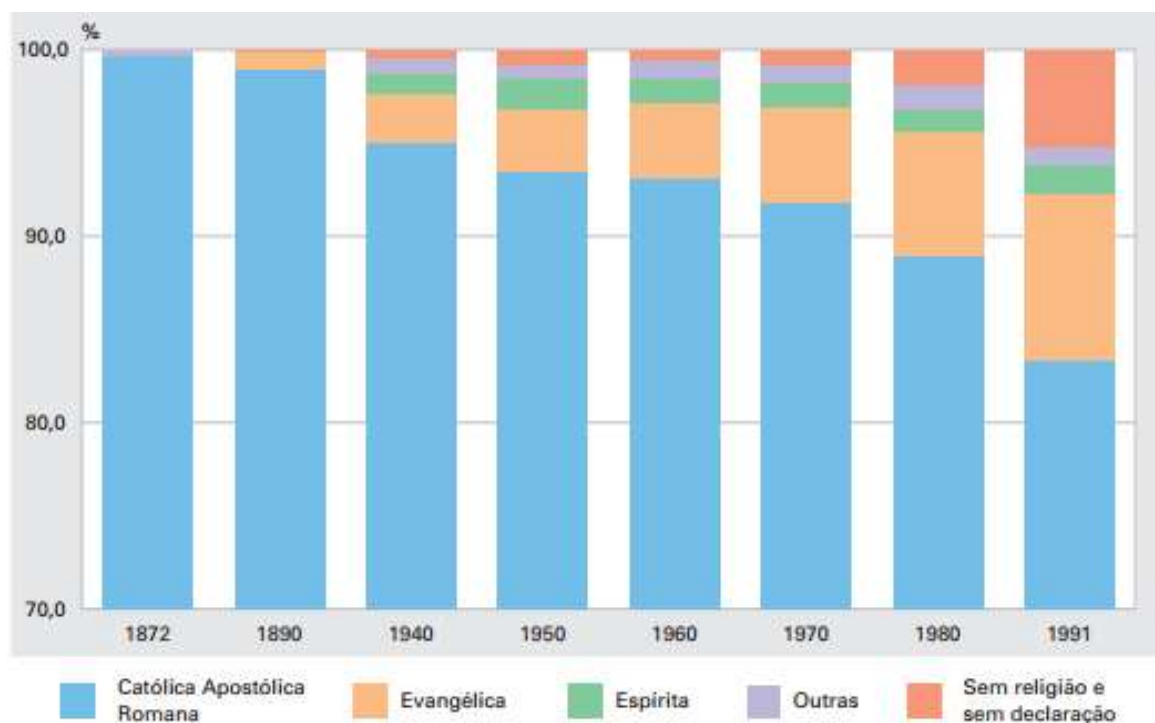
Cuidado Paliativo é a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2014, p.1).

Schumann, Stroppa e Moreira-Almeida (2011) relatam que um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde estimou que entre 30% e 70% da infraestrutura de saúde na África é atualmente de propriedade de organizações religiosas. No Brasil, 32% dos hospitais são mantidos por entidades religiosas filantrópicas, que atendem à população de baixa renda pelo SUS. Em muitas cidades do interior do país, as Santas Casas são o único serviço de saúde disponível para a população.

Segundo Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006), na área da Psiquiatria, na civilização ocidental, as organizações religiosas forneceram alguns dos primeiros e melhores cuidados aos doentes mentais. Desde o início da Idade Média até o século passado, as ordens religiosas construíram e mantiveram uma grande quantidade de hospitais. O estabelecimento de hospitais como ato de caridade é uma ideia cristã. O primeiro hospital projetado especificamente para cuidar dos doentes mentais foi estabelecido na Espanha, em 1409, sob a orientação dos sacerdotes. Grupos religiosos fundaram ou apoiaram muitos hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos e no Brasil. Cerca de 50 instituições filantrópicas de saúde mental foram construídas no Brasil entre 1930 e 1970 e são ainda mantidas por grupos espíritas. No entanto, o cuidado prestado aos doentes mentais pela Igreja nem sempre foi compassivo. A Inquisição matou muitos doentes mentais sob a acusação de bruxaria durante os dois primeiros séculos do período do Renascimento na Europa Ocidental. No final do século XIX, a comunidade psiquiátrica criou atitudes negativas em relação à religião, que se tornaram proeminentes durante o século XX. Sigmund Freud adotou uma forte posição antirreligiosa que teve grande influência na comunidade médica e psicológica. Embora houvesse alguns psiquiatras com uma visão positiva da religiosidade, como Carl G. Jung, a avaliação negativa prevaleceu.

2.3.1.2 Alto grau de envolvimento religioso/espiritual entre os pacientes

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), aconteceram mudanças expressivas na composição religiosa da população brasileira no decorrer das décadas de 1870 a 1990. A quase totalidade católica (99,7%) em 1872, apesar de ainda majoritária, teve um declínio acentuado para 83% em 1991, cedendo espaço à diversidade religiosa que se estabeleceu no Brasil com o transcorrer do tempo, conforme se observa na Figura 1.

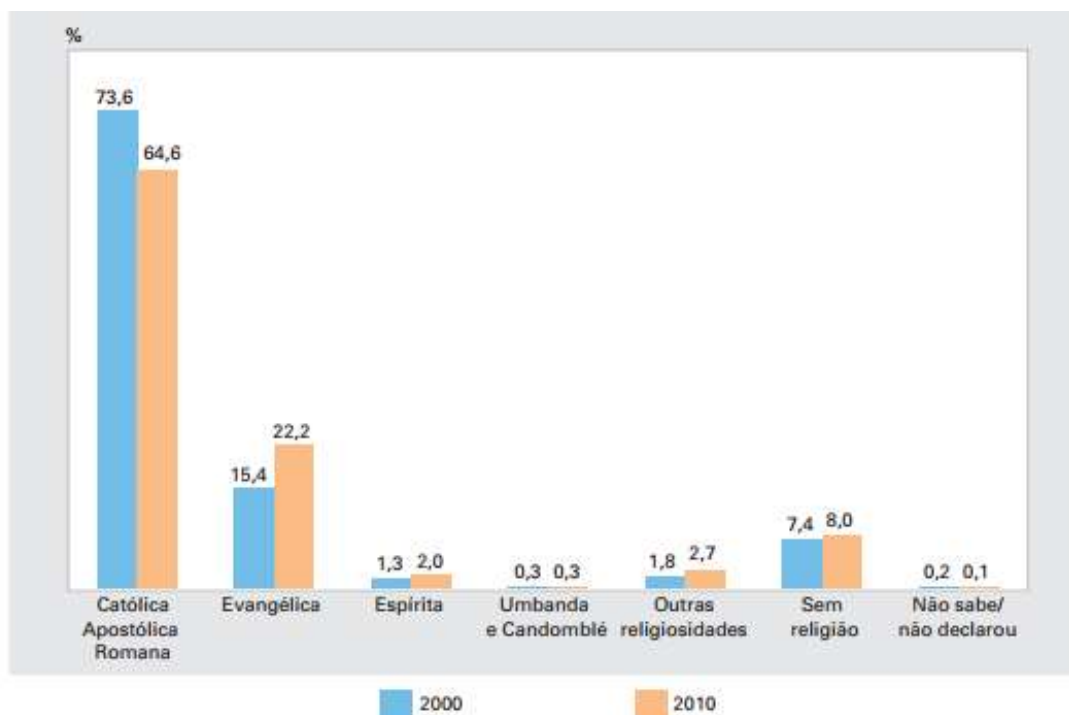


Fontes: Directoria Geral de Estatística, Recenseamento do Brazil 1872/1890; e IBGE, Censo Demográfico 1940/1991.

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf

Figura 1. Percentual da população residente, por grupos de religião – Brasil – 1872/1991.

Afirma, ainda, o IBGE que o Censo Demográfico 2000 mostrou acentuada redução do percentual de católicos (73,6%), que permaneceu em queda (64,6%) no Censo Demográfico 2010. Verificou-se aumento do total de pessoas que se declararam pertencentes a outras denominações religiosas, principalmente os evangélicos, seguidos pelos espíritas, houve também o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil (Figura 2).



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010.

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf

Figura 2. Percentual da população residente, segundo os grupos de religião-Brasil-2000/2010.

Moreira-Almeida et al. (2010) descreveram em uma amostra probabilística da população brasileira as relações entre variáveis sociodemográficas e de envolvimento religioso. Três dimensões religiosas foram investigadas: filiação – qual a religião e se frequentava alguma outra; religiosidade organizacional – com que frequência ia ao culto religioso; e subjetiva – qual o grau de importância da religião em sua vida. Os resultados mostraram um alto nível de envolvimento religioso na população brasileira: 95% têm uma religião, 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. As filiações religiosas mais frequentes foram Catolicismo (68%), Protestante/Evangélica (23%) e Espiritismo Kardecista (2,5%).

Jeffrey Levin (2003), renomado pesquisador do *National Institute for Healthcare* (NIH), estabeleceu cinco princípios com base nos resultados obtidos em pesquisas sobre Espiritualidade e fé em relação à saúde: 1) a afiliação religiosa e a participação como membro de uma congregação religiosa beneficiam a saúde ao promover comportamentos e estilos de vida saudáveis; 2) a frequência regular a uma congregação religiosa beneficia a saúde ao oferecer um apoio que ameniza os efeitos do estresse e do isolamento; 3) a participação no culto e a prece beneficiam a saúde

graças aos efeitos fisiológicos das emoções positivas; 4) as crenças religiosas beneficiam a saúde pela sua semelhança com as crenças e com os estilos de personalidade que promovem a saúde; 5) a fé, pura e simples, beneficia a saúde ao inspirar pensamentos de esperança e de otimismo e expectativas positivas.

De acordo com Lucchetti, Lucchetti e Vallada (2013), nos estudos em Religiosidade/Espiritualidade e saúde são investigadas diversas dimensões. Em relação à espiritualidade pode-se avaliar: bem-estar religioso, estado de espiritualidade, experiências espirituais diárias, necessidades espirituais, dentre outros. Já, as dimensões de religiosidade mais comumente investigadas, e habitualmente associadas a melhores indicadores de saúde são: a) organizacional (frequência a serviços religiosos públicos como missas e cultos); b) privada (práticas privadas como orações e leituras religiosas); c) orientação religiosa intrínseca ou extrínseca (enquanto na religiosidade intrínseca o indivíduo busca servir a Deus, na extrínseca busca ser servido por Ele); d) enfrentamento religioso positivo ou negativo (estratégias utilizadas para se adaptar às circunstâncias adversas ou estressantes de vida).

Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) apontam diversos estudos mostrando que o enfrentamento religioso positivo, associado a indicadores de melhor saúde, é usado bem mais frequentemente que o negativo.

Dal-Farra e Geremia (2010) consideram que muitos pacientes são religiosos e suas crenças os ajudam a lidar com muitos aspectos da vida, o que justifica a necessidade de o médico abordar a questão da Espiritualidade. Ressaltam que no Brasil, as peculiaridades quanto à religiosidade fazem com que espiritualidade e saúde se encontrem altamente associadas ao contexto social. Afirmam que lançar um olhar para o ser humano do ponto de vista biopsicossocial e espiritual não significa substituir as práticas médicas consagradas pelas escolas de Medicina, mas considerar os aspectos espirituais de pacientes e de profissionais da saúde no sentido de atuarmos como seres humanos do ponto de vista integral.

Muitos pacientes são religiosos e a maioria deles gostaria que sua fé fosse considerada no tratamento médico. A religião influencia a capacidade dos pacientes de enfrentar a doença. Tendo em vista que a capacidade de enfrentamento de uma pessoa pode afetar a motivação para o autotratamento, a disposição em cooperar com

tratamentos planejados e a capacidade de aderir às terapias médicas, é importante que os profissionais da saúde saibam algo sobre como o paciente está enfrentando a situação. Sem essa informação, será difícil oferecer suporte ao paciente e potencializar sua capacidade de enfrentamento. As crenças e práticas religiosas podem influenciar os resultados médicos. Considerando os efeitos adversos do estresse sobre o corpo quando as necessidades espirituais e emocionais dos pacientes não são atendidas, é provável que isso afete os sistemas imunológico, endócrino e cardiovascular de maneiras capazes de influenciar o modo como respondem a tratamentos cirúrgicos e clínicos (KOENIG, 2005).

Pargament (2001) conceituou enfrentamento religioso como o uso de crenças ou comportamentos religiosos que facilitem a resolução de problemas e previnam ou aliviem as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes.

Peres e Lucchetti (2010) afirmam que o enfrentamento religioso pode ser utilizado como uma das estratégias de enfrentamento na dor crônica. A religião é uma força proeminente na vida de muitas pessoas e as pessoas religiosas usam sua fé para dar sentido e propósito aos eventos negativos que lhes acontecem. O enfrentamento religioso pode estar envolvido na conservação ou transformação de fins. Assim, os métodos de enfrentamento religioso são multidimensionais. As estratégias positivas de enfrentamento religioso podem servir para algumas funções adaptativas. No entanto, as estratégias negativas de enfrentamento religioso estão fortemente associadas ao ajuste psicológico negativo e ao estresse. Ou seja, indivíduos que relataram usar formas negativas de enfrentamento religioso experimentaram mais depressão, ansiedade e angústia. Parece que o enfrentamento religioso pode representar uma estratégia adaptativa ou não para o enfrentamento da dor crônica, dependendo de suas características positivas ou negativas.

De acordo com Koenig (2012), a religião é um comportamento de enfrentamento poderoso e pode servir como antídoto contra o estresse e as emoções negativas. Após grandes tragédias é natural que as pessoas se sintam aflitas e apreensivas e que a maioria se volte para a religião em busca de conforto e suporte. Da mesma forma, um número considerável de pacientes hospitalizados indica que suas crenças e práticas religiosas são a forma mais importante de lidar com a doença. A religião é um comportamento de enfrentamento poderoso em todo o mundo. O

ditado “não há ateus em trincheiras” reflete bem isso. Existe um consenso nos resultados alcançados em pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Índia, Austrália, Suíça e Egito, com referência ao predomínio do enfrentamento religioso.

Segundo Saad e De Medeiros (2012), hospitais renomados estão encorajando os pacientes a dar continuidade a rituais religiosos saudáveis, como oração, comunhão e leituras, para otimizar os mecanismos de enfrentamento e possivelmente aumentar a eficácia do tratamento.

Como afirma VandeCreek (2010), os serviços de saúde devem fornecer recursos espirituais-religiosos para promover a estratégia de enfrentamento mais efetiva para seus pacientes, dando atenção às percepções, pressupostos, sentimentos e crenças espirituais e religiosas subjetivas sobre a relação do sagrado com a sua doença, hospitalização e recuperação ou possível morte.

Peres et al. (2007) encontraram evidências de que mesmo as necessidades espirituais de pacientes moribundos geralmente não são atendidas, apesar de entre nove fatores que influenciam a qualidade de vida, o grau de suporte espiritual ser o segundo indicador mais forte, atrás apenas da dor física.

Steinhauser et al. (2000) com o objetivo de determinar os fatores considerados importantes no final da vida, desenvolveram um estudo nos Estados Unidos com 340 pacientes gravemente doentes, 332 familiares, 361 médicos e 429 prestadores de cuidados de saúde diversos (enfermeiros, assistentes sociais, capelães e voluntários). Os resultados sugerem que, para pacientes e familiares, o atendimento físico é fundamental, mas é apenas um componente do cuidado total. Dentre os nove atributos pré-selecionados, estar livre da dor foi classificado como o mais importante tanto por pacientes, quanto por familiares, médicos e outros prestadores de cuidados. Para pacientes e familiares, a diferença entre estar livre de dor e estar em paz com Deus foi mínima, sugerindo que esses itens são quase idênticos em importância para ambos os grupos. Em terceiro lugar nesses dois grupos, ficou a presença da família. Entre os médicos e prestadores de cuidados a presença da família ficou em segundo lugar e estar em paz com Deus em terceiro. Morrer em casa recebeu o ranking relativo menos importante por todos os grupos, exceto entre os outros prestadores de cuidados, que o classificaram em penúltimo lugar.

2.3.1.3 Influência das crenças religiosas dos pacientes nas decisões médicas

Segundo Lucchetti et al. (2010), pesquisas com pacientes indicam que a espiritualidade é importante para eles e para a compreensão e aceitação de sua doença. As crenças espirituais, religiosas e culturais podem afetar a tomada de decisões de cuidados de saúde. Além disso, as comunidades espirituais e religiosas podem ser importantes sistemas de apoio. É fundamental que os médicos saibam abordar as crenças e criar ambientes onde os pacientes possam compartilhar suas necessidades/sofrimentos espirituais, se assim o desejarem. É importante discutir as crenças espirituais de forma respeitosa, centrada no paciente e nunca impondo a crença do médico ou a falta de sistema de crença. É apropriado para os médicos apoiar e encorajar crenças religiosas que tragam conforto ao paciente, pois o ajudam a lidar melhor com sua doença e estão associadas a menor depressão. Quando o paciente tiver ligação com uma religião punitiva, provavelmente terá a sensação de que está sendo punido ou abandonado por Deus, o que pode atrapalhar o tratamento. Havendo conflitos quanto às condutas médicas e diante da impossibilidade de o médico lidar com a situação, deverá solicitar a presença do capelão ou do Serviço de Psicologia Hospitalar.

De acordo com Koenig (2012), pessoas que enfrentam uma doença grave e que se encontram em fase terminal, invariavelmente têm medo da dor e do sofrimento que as esperam; têm medo de não ter sido uma boa pessoa e de que Deus não as ame, já que suas orações de cura não foram atendidas; a incerteza de para onde vão, o medo do desconhecido depois da morte, deixar os seus entes amados sem saber se um dia voltarão a vê-los, são fatores que as deixam aterrorizadas. Sugere o autor que no caso de pacientes não religiosos, ao invés de focar na Espiritualidade, o médico pergunte: como o paciente convive com a doença; o que promove significado e propósito a sua vida e quais crenças culturais podem ter impacto em seu tratamento. Emoções negativas sobre adesão ao tratamento, adesão aos medicamentos e motivação para o autotratamento, provavelmente afetam, de forma direta ou indireta, a condição médica do paciente. Os pacientes muitas vezes estão isolados de outras fontes de ajuda religiosa. As crenças e os rituais religiosos podem entrar em conflito com ou, de alguma maneira, influenciar as decisões médicas tomadas pelos

pacientes, sobretudo quando estão com doenças graves. Os médicos não podem praticar o atendimento de saúde culturalmente apropriado e da pessoa em sua totalidade sem algum conhecimento sobre como tais crenças e rituais relacionados influenciam o tratamento que os pacientes desejam e afetam suas decisões médicas durante a hospitalização e após a alta. As crenças religiosas também podem atuar sobre o limite em que os pacientes buscam tratamento médico ou psiquiátrico. As crenças e os compromissos religiosos influenciam o tipo de cuidados à saúde e o monitoramento que um paciente recebe na comunidade após sair do hospital ou do consultório médico. Assim, há muitos motivos pelos quais os profissionais da saúde precisam avaliar as necessidades espirituais de pacientes e não podem deixar isso inteiramente para capelães e outros clérigos. O paciente é um indivíduo com necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais que devem ser respeitadas, para que se proceda um tratamento integral.

2.3.1.4 Predisposição dos pacientes em compartilhar crenças espirituais com seus médicos

Puchalski e Larson (1998) afirmam que os pacientes podem e devem esperar que seus médicos respeitem suas crenças e possam conversar com eles sobre preocupações espirituais de maneira respeitosa e atenciosa.

Segundo D'Souza (2007), a formação médica ocidental tem como foco os aspectos físicos e o cuidado dos pacientes, não inserindo as questões espirituais como parte importante dos currículos das escolas de Medicina, embora haja evidências de que os pacientes querem e inclusive esperam que seus médicos abordem estas questões. Segundo o autor, reconhecer as necessidades espirituais seria uma parte essencial da medicina centrada no paciente.

Saad et al. (2015) ressaltam que para alguns pacientes, o reconhecimento de seus valores de espiritualidade/religiosidade pode ser um aspecto importante da abordagem integrativa de seus cuidados. A consciência desse fato vem trazendo implicações para a medicina, uma vez que os pacientes almejam uma abordagem que inclua seu bem-estar espiritual.

Anandarajah e Hight (2001) no artigo em que apresentam o questionário HOPE como uma ferramenta para avaliação espiritual na prática médica, comprovaram por meio de trabalhos publicados que: muitos pacientes acreditam que a espiritualidade desempenha um papel importante em suas vidas; existe uma correlação positiva entre a religiosidade e saúde; muitos pacientes gostariam que os médicos considerassem a espiritualidade em seus cuidados. No entanto, apenas 10% a 20% relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com elas. Os dados correspondem à população americana, onde foi desenvolvido o trabalho.

McCord et al. (2004) ao investigar pacientes em terminalidade encontraram que mais de 90% gostariam que o médico validasse suas crenças. Mesmo em outras situações, não tão graves, 43% atribuem importância à abordagem da história espiritual.

Para Koenig (2005), negligenciar o aspecto espiritual é como ignorar o ambiente social ou o estado psicológico do paciente. Afirma que 77% dos pacientes gostariam que seus médicos conhecessem suas crenças e 37% desejariam falar com seus médicos sobre o assunto. Quanto mais grave a doença e mais idosos os pacientes, maior a necessidade de incluir a espiritualidade no tratamento médico.

Puchalski (2006) relata que muitos pacientes utilizam suas crenças religiosas para lidar com as doenças e gostariam de ter a sua dimensão espiritual validada pelo médico: 94% em caso de doenças graves, 75% em casos de internação e 60% na consulta inicial.

2.3.1.5 Disponibilidade e barreiras dos médicos na abordagem da dimensão espiritual dos pacientes

Ellis, Vinson e Ewigman (1999) avaliaram o bem-estar espiritual dos médicos de família, identificaram as principais barreiras que encontravam para discutir questões espirituais com os pacientes e determinaram com que frequência realizavam essas discussões. Um questionário padronizado foi enviado para 231 profissionais (80 residentes, 43 professores universitários e 108 clínicos), com uma taxa de resposta de 74%. O medo de morrer foi a questão espiritual mais comumente discutida, e menos de 20% dos médicos relataram discutir outros tópicos espirituais com os

pacientes em mais de 10% dos atendimentos. As principais barreiras apontadas para abordar questões espirituais foram: falta de tempo (71%), treinamento inadequado para a realização de histórias espirituais (59%) e dificuldade em identificar pacientes que desejassem discutir questões espirituais (56%).

Para Koenig, McCullough e Larson (2001), os médicos devem reservar um tempo para perguntar sobre questões espirituais que possam, direta ou indiretamente, influenciar na saúde e na assistência médica dos pacientes. Um histórico espiritual breve leva apenas alguns minutos para ser feito. A maioria dos médicos acredita que quanto mais grave for a doença, mais apropriado é questionar o paciente sobre suas crenças espirituais; ou ainda, caso o paciente solicite, fazer uma oração com ele, pois na maior parte das vezes, o médico se sente desconfortável em tomar a iniciativa de sugerir uma oração.

Os estudos científicos conduzidos por Anandarajah e Hight (2001) abordaram a opinião dos médicos sobre a questão da espiritualidade/religiosidade na prática clínica: 95% acreditam em Deus, 77% acreditam que os pacientes devem relatar suas crenças para a equipe médica, 96% acreditam que o bem-estar espiritual é importante para a saúde, porém apenas 11% abordam com frequência as questões religiosas, sendo que as principais barreiras apontadas para a falta de avaliação espiritual foram: 71% falta de tempo, 59% falta de treinamento para abordar essas questões e 56% dificuldade em identificar pacientes que quisessem discutir o assunto. As principais barreiras apontadas foram: 1) falta de conhecimento – por desconhecerem os benefícios terapêuticos das questões espirituais, não as considerarem relevantes no tratamento clínico, não saberem como ou quando abordá-las, não conseguirem prever os resultados que teriam se a implementassem na prática clínica. O reconhecimento da dimensão espiritual como componente do cuidado integral do paciente, raramente ocorre na prática clínica, principalmente pela precariedade de ações educativas na formação médica que subsidiem esta prática. A grande maioria não é instrumentalizada para a abordagem da espiritualidade/religiosidade do paciente; 2) falta de treinamento ou de experiência em tomar uma história espiritual – mesmo nos Estados Unidos, onde mais de 85% das escolas médicas oferecem aos seus alunos disciplinas sobre Espiritualidade/Religiosidade, não chega a 10% o número de profissionais que realizam a tomada de história espiritual dos pacientes na prática clínica. A maioria dos médicos formados sai sem treinamento porque muitos desses

cursos são eletivos e têm pouca frequência; 3) falta de tempo – por não receberem treinamento desconhecem que a tomada de história espiritual pode ser inserida na anamnese, posteriormente à história social, e tal tomada consumiria apenas de 2 a 3 minutos do tempo da consulta; 4) medo de impor as próprias crenças ao paciente; 5) não veem o assunto como parte de seu trabalho e não entendem porque deveriam abordá-lo; 6) desconforto com o tema – é um dos principais indicadores, principalmente pelo receio de como os pacientes responderão à abordagem.

Chibnall e Brooks (2001) desenvolveram importante trabalho sobre o papel das crenças religiosas dos médicos na prática clínica. Com o intuito de reduzir o desconforto do médico na abordagem da espiritualidade/religiosidade do paciente sugerem que o treinamento médico para a prática clínica inclua o conhecimento das principais tradições religiosas, habilidades para tomada de história espiritual e conhecimentos sobre a filosofia do cuidado.

Monroe et al. (2003) pesquisando médicos de atenção primária encontraram que 84,5% acreditavam que deveriam ter ciência da espiritualidade dos pacientes, no entanto, a maioria não perguntaria sobre questões espirituais, a menos que o paciente estivesse morrendo. Menos de um terço dos médicos rezaria com os pacientes, mesmo que em estado grave, mas este número aumentaria para 77,1% caso o paciente solicitasse.

De acordo com Koenig (2005), para que o médico possa abordar a Espiritualidade e Religiosidade de seu paciente é preciso que tenha sido preparado. Os médicos alegam não abordarem o tema com o paciente por algumas razões: falta de conhecimento sobre o assunto; falta de treinamento; falta de tempo; desconforto com o tema; medo de impor pontos de vista religiosos ao paciente; pensamento de que o conhecimento da religião não é relevante ao tratamento médico; e, a opinião de que isso não faz parte do papel do médico. Essas barreiras são quebradas à medida que o médico se aprofunda no assunto e desvencilha-se de seus próprios medos e preconceitos.

Peres et al. (2007) afirmam que a atenção à Espiritualidade tem se tornado indispensável na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da dimensão espiritual do ser humano. O simples fato de o médico se mostrar preocupado com o aspecto espiritual do paciente

demonstra empatia e deve melhorar a relação médico-paciente. A maioria dos médicos reconhece que fatores espirituais são um componente importante e podem influenciar na saúde do paciente. Em decorrência disso, deveriam estar cientes das crenças religiosas/espirituais dos pacientes. A probabilidade de se obter um histórico espiritual aumenta de acordo com a gravidade da condição médica, no entanto, o indicador mais forte em relação ao fato do médico abordar ou não as necessidades espirituais do paciente, depende do grau de Religiosidade/Espiritualidade do médico.

Lucchetti et al. (2012b) afirmam que o desconhecimento dos efeitos da religião na saúde e a falta de treinamento sobre como e quando abordar assuntos religiosos podem ser facilmente superados por meio de treinamento e exposição dos médicos às pesquisas de religião e saúde. O desconforto pessoal em relação ao tema pode ser superado com o treino e a prática na abordagem de assuntos religiosos. A falta de atividades práticas deixa os estudantes sem as ferramentas necessárias diante do paciente e fragilizam a abordagem espiritual por falta de conhecimento e medo de impor suas crenças.

Berg et al. (2013) avaliaram as atitudes e crenças de médicos em relação à espiritualidade e religiosidade no atendimento ao paciente: 89,9% dos entrevistados concordaram que deveriam estar cientes das crenças espirituais e religiosas do paciente; 92% dos entrevistados que afirmavam ser religiosos e 82% dos que se diziam não religiosos, concordaram que deveriam estar cientes da espiritualidade/religiosidade do paciente; 91% dos entrevistados que se afirmavam espiritualizados e 73% dos que se diziam não espiritualizados também concordaram que deveriam estar cientes da espiritualidade/religiosidade do paciente.

2.3.1.6 Comprovação científica da eficácia terapêutica da religiosidade/espiritualidade

Koenig, McCullough e Larson (2001) afirmam que crenças e atividades religiosas estão relacionadas à melhor saúde e qualidade de vida. Considerando-se que o envolvimento religioso/espiritual melhora a saúde psicológica e as interações sociais, pode-se propor que fatores religiosos melhorem a saúde física, por meio da redução do estresse psicológico, do aumento do suporte social e do incentivo a comportamentos de saúde positivos. Há fortes evidências de que as crenças

religiosas e sua prática estão relacionadas a melhor saúde mental, melhor saúde física e menor necessidade de hospitalização. Os autores encontraram correlação positiva significativa entre espiritualidade/religiosidade e saúde em mais de 1200 estudos realizados no século XX, com os seguintes efeitos benéficos: diminui a depressão, diminui o índice de suicídios, diminui o abuso de álcool ou drogas, melhora a imunidade, diminui a incidência de acidente vascular cerebral ou encefálico e infarto agudo do miocárdio, bem-estar, propósito ou significado de vida, apoio social, pressão sanguínea, longevidade e incidência e tempo de hospitalização.

A revisão sistemática da literatura realizada por Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006) mostrou que: maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menor índice de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas. Estudos têm demonstrado maior relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde mental, incluindo menor prevalência de depressão e menor tempo de remissão da depressão após o tratamento, assim como, menor prevalência de ansiedade e menor taxa de suicídio. A relação entre espiritualidade e várias dimensões da saúde e qualidade de vida tem sido também amplamente examinada durante as últimas décadas.

Koenig, King e Carson (2012) publicaram a segunda edição, revisada e ampliada, do *“Handbook of Religion and Health”*, uma revisão sistemática de mais de 3.300 estudos científicos sobre espiritualidade/religiosidade e saúde. Segundo os autores, está cientificamente comprovado que atividades e crenças religiosas estão relacionadas à melhor saúde física e mental, e qualidade de vida. Há uma relação inequívoca entre bons indicadores de saúde e exercício da religiosidade intrínseca. Nota-se o exponencial aumento no número de produções na primeira década do século XXI.

2.3.1.6.1 No uso e abuso de álcool e drogas

Carroll (1993) examinou a relação entre espiritualidade e recuperação em um grupo de 100 membros da Associação dos Alcoólicos Anônimos em luta pela abstinência total de ingestão de bebidas alcoólicas. Os participantes foram orientados a praticar oração e meditação e tiveram a assistência de outros membros do

programa, já recuperados. Inclusão de aspectos espirituais no tratamento foi significativamente correlacionada à frequência às sessões terapêuticas, duração do tempo de sobriedade e aumento do grau de propósito expresso na vida.

Margolis, Kilpatrick e Mooney (2000) desenvolveram um estudo com 14 jovens adultos que haviam completado um programa estruturado de tratamento de abuso de substâncias químicas e obtinham sucesso em um programa de recuperação. Ao serem entrevistados em sessões semiestruturadas por um terapeuta treinado, a espiritualidade emergiu como um componente importante no processo de recuperação. Foi apontada por 50% dos jovens como o aspecto mais importante ou a pedra angular de sua recuperação. Alguns descreveram sua compreensão da espiritualidade como uma sensação de serenidade ou paz interior. Encontraram sua conexão com um poder superior como algo que os capacitou ao invés de diminuí-los, e que acrescentou significado a sua vida, que anteriormente não tinha sentido ou propósito.

Segundo Panzini e Bandeira (2005), vários estudos demonstram que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de substâncias como álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime.

Koenig (2012) afirma que foram identificados 36 estudos anteriores ao ano de 2000 que examinaram a relação entre envolvimento religioso e comportamento criminoso. Quase 80% desses estudos relataram índices significativamente menores de delinquência ou de comportamento criminoso entre pessoas que eram mais religiosas. De 86 estudos sobre a relação entre religiosidade e álcool, 76 constataram que maior religiosidade estava associada a menor consumo de álcool, abuso de álcool e dependência de álcool. Assim como ocorre com o álcool, o envolvimento religioso apresenta uma correlação inversa ao uso de drogas ilícitas, e muitos desses estudos concentram-se em adultos mais jovens. Uma revisão inicial de envolvimento religioso e uso de drogas constatou que, de 52 estudos conduzidos antes do ano 2000, 48 relataram relações inversas significativas entre atividade religiosa e uso de drogas. Envolvimento religioso e estabilidade conjugal, 35 de 38 estudos quantitativos anteriores a 2000 encontraram maior felicidade ou estabilidade conjugal entre os casais que eram mais religiosos ou mantinham práticas religiosas semelhantes. Uma revisão de pesquisas publicadas antes de 2000 constatou que 38 estudos haviam

examinado a relação entre religião e atitudes ou comportamentos sexuais. Desses estudos, 37 (97%) constataram que as pessoas com maior envolvimento religioso relataram índices menores ou atitudes mais negativas em relação a relações sexuais não conjugais do que os indivíduos menos religiosos. O que se destaca é o fato de que a maior parte desses estudos (32 de 38) foi conduzida entre jovens. Tais atitudes durante a juventude podem influenciar o comportamento sexual no decorrer da vida. A influência coercitiva dos ensinamentos religiosos e do compromisso religioso individual pode ajudar a reduzir comportamentos que levam a maiores doenças físicas e afetam os desfechos de saúde de maneira adversa. É comum as pessoas dependerem de crenças e de práticas religiosas para lidar com circunstâncias estressantes da vida, perda de entes queridos e perda de saúde ou de independência. Com frequência, dizem que tais crenças e práticas oferecem um senso de controle e as ajudam a se adaptarem mais rapidamente a situações difíceis. A religião também é uma fonte importante de suporte social, sobretudo para idosos e pessoas com problemas de saúde. As crenças e os ensinamentos religiosos incentivam as pessoas a tomarem melhores decisões, que ajudam a reduzir a probabilidade de estarem em situações altamente estressantes (encarcerados, divorciados, infelizes no casamento). Essas crenças podem, muitas vezes, reduzir comportamentos de saúde negativos, como consumo excessivo de álcool, uso de drogas, tabagismo e promiscuidade sexual. Finalmente, o envolvimento religioso aumenta a probabilidade de que as pessoas sejam generosas com o tempo (voluntariado) e as finanças, ajudando o próximo e participando de atividades altruístas e pró-sociais. Essa pesquisa desenvolve o que já sabemos sobre os caminhos psicológicos e sociais para melhorar a saúde.

Lucchetti et al. (2012c) analisaram em um estudo transversal, por meio de entrevistas, o papel do envolvimento religioso e das crenças espirituais na prevalência e frequência de tabagismo e consumo de álcool em uma comunidade de baixa renda de São Paulo. Alta frequência religiosa foi associada a menos uso/abuso de álcool, uso de tabaco e uso combinado de álcool/tabaco, além de menos dias consumindo bebidas alcoólicas por semana. Além disso, alta religiosidade não organizacional foi associada com menos tabaco e uso combinado de álcool/tabaco. Os autores concluíram que a religiosidade desempenha um papel importante no controle do consumo de álcool e tabaco nesse ambiente, sugerem, portanto, que programas

antidrogas sejam instituídos nas comunidades de baixa renda com a participação de organizações religiosas da própria comunidade.

Lucchetti et al. (2014b) examinaram a religiosidade, a frequência religiosa e as atitudes em uma amostra de 3007 participantes em relação ao uso de políticas públicas aplicadas a problemas de álcool. Maior frequência religiosa foi associada a menos problemas de álcool e religiosidade auto-relatada foi associada a menos efeitos nocivos do consumo de álcool. Aqueles com altos níveis de religiosidade apoiam políticas de álcool mais restritivas. De acordo com os autores, os achados corroboram estudos anteriores que mostraram que as pessoas religiosas consomem menos álcool e têm menos problemas relacionados ao álcool.

2.3.1.6.2 Na saúde mental

Koenig et al. (1992) examinaram a frequência de enfrentamento religioso entre pacientes idosos hospitalizados para tratamento neurológico, as características daqueles que o utilizam e a relação entre esse comportamento e os sintomas depressivos. A amostra consistiu de 850 homens, com idade igual ou superior a 65 anos, sem diagnósticos psiquiátricos. Um em cada cinco pacientes relatou que o pensamento e/ou atividade religiosa era a estratégia mais importante usada para lidar com a doença. Os sintomas depressivos estavam inversamente relacionados com o enfrentamento religioso. Durante as internações hospitalares subsequentes, em média seis meses depois, 202 homens foram reavaliados e o enfrentamento religioso foi a única variável que previu menor índice de depressão. Os autores concluíram que é possível sugerir que o enfrentamento religioso é um comportamento comum inversamente relacionado à depressão em idosos hospitalizados.

Koenig et al. (1995) examinaram associações entre o tipo de sintoma depressivo e o enfrentamento religioso em 832 idosos internados. Os sintomas cognitivos da depressão, tais como, tédio, perda de interesse, afastamento social, inquietação, sensação de fracasso ou desespero estavam significativamente relacionados ao enfrentamento religioso. A dificuldade em iniciar novas atividades foi o único sintoma somático relacionado a esse comportamento de enfrentamento. Os autores concluíram que o enfrentamento religioso está associado a menos sintomas cognitivos, mas não somáticos, de depressão em pacientes idosos.

Koenig, George e Peterson (1998) examinaram os efeitos das crenças e atividades religiosas na remissão de transtornos depressivos em pacientes idosos com hospitalização cardíaca, acompanhados no período de internação e pós-alta hospitalar por 47 semanas. A religiosidade intrínseca foi significativa na remissão da depressão em 54% dos pacientes, enquanto a extrínseca não impactou favoravelmente. Os pacientes deprimidos com maiores pontuações de religiosidade intrínseca apresentaram remissões mais rápidas do que os demais pacientes.

Smith, McCullough e Poll (2003) examinaram por meta-análise a associação entre religiosidade e sintomas depressivos. Os resultados mostraram que: quanto maior a religiosidade intrínseca, menores os sintomas, sendo encontrada maior associação em estudos envolvendo pessoas que estavam passando por estresse; religiosidade extrínseca e enfrentamento religioso negativo associaram-se a níveis mais altos de sintomas depressivos, opostamente aos que possuíam religiosidade intrínseca.

Boscaglia et al. (2005) avaliaram 100 pacientes ambulatoriais diagnosticadas com câncer ginecológico com o intuito de determinar se envolvimento e crenças espirituais e enfrentamento espiritual positivo e negativo justificariam qualquer variação na ansiedade e depressão na amostra. Encontraram que mulheres mais jovens com doença mais avançada, que usavam mais enfrentamentos espirituais negativos, apresentaram maior tendência para a depressão e o uso de enfrentamentos espirituais negativos foi associado a maiores pontuações de ansiedade. Embora não estatisticamente significativo, as pacientes com níveis mais baixos de espiritualidade generalizada também tendiam a estar mais deprimidas. Concluíram que a espiritualidade e o enfrentamento espiritual são importantes para as mulheres com câncer ginecológico e que os profissionais de saúde na área deveriam considerar essas questões.

Para Nasri (2006), religiosidade extrínseca exacerbada nem sempre significa alto grau de religiosidade intrínseca. A pessoa intrinsecamente religiosa é potencialmente imune à depressão, conforme estudo em comunidade judaica, ocorrendo o inverso com aquela que possui religiosidade extrínseca. Nos anos de 2005 e 2006, o Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein realizou “Estudo Epidemiológico da Comunidade Idosa Judaica”, coordenado pelo Dr. Fábio Nasri, com mais de 500 participantes, com o objetivo de analisar os processos e

fatores determinantes do envelhecimento da população com mais de 60 anos. Um dos aspectos abordados foi a relação entre religiosidade e depressão. Encontrou como resultado que: a depressão aparece na mesma proporção entre homens e mulheres; estava presente em 33% dos participantes; 80% dos idosos que não são deprimidos possuem compromissos com crenças, religiões ou possuem vivência espiritualizada, já os deprimidos, além de menos religiosos, têm menos amigos nas atividades comunitárias. Constatou que a religião e o contato com a espiritualidade ou vivência espiritualizada atuam como importante proteção contra a depressão.

Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006) afirmam que, embora os comportamentos suicidas sejam fortemente desaprovados pela maioria das religiões, principalmente ocidentais, a maioria das investigações médicas e psicológicas sobre o suicídio não leva adequadamente em consideração os fatores religiosos. Os autores relatam que centenas de estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas mostraram que a religiosidade continuaria a ser um aspecto importante da vida humana e geralmente teria uma associação positiva com boa saúde mental. Dos 68 estudos identificados até 2000, 84% encontraram menores taxas de suicídio ou mais objeções ao suicídio entre os indivíduos mais religiosos. Esses estudos correlacionaram os dados sobre o envolvimento religioso de populações inteiras e compararam as taxas de suicídio entre diferentes populações. A maioria encontrou que o nível de envolvimento religioso em uma determinada área é inversamente proporcional à taxa de suicídio dessa área. O segundo tipo de estudo correlacionava as taxas de envolvimento religioso individual com mortes, tentativas ou ideação de suicídio. Além de estar associado a menores taxas de suicídio, o envolvimento religioso também se associa a atitudes mais negativas em relação ao suicídio e menos tentativas de suicídio, mesmo em amostras clínicas. Observou-se, ainda, em pacientes deprimidos, que aqueles que não possuíam afiliação religiosa, apesar de terem o mesmo nível de depressão, tiveram mais tentativas de suicídio ao longo da vida, encontraram menos razões para viver e tiveram menos objeções morais ao suicídio do que os pacientes afiliados religiosamente. Em uma amostra nacional representativa de adolescentes, a religiosidade privada, não-organizacional, foi associada a menor probabilidade de terem pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio. Em outro trabalho, realizado na Turquia, também com adolescentes, um grupo recebeu educação religiosa e outro não; o que recebeu relatou menos ideias de

suicídio e menor aceitação de suicídio, mas aceitavam sem condenação amigos com ideia suicida. O uso de crenças religiosas ou espirituais como fonte de apoio e conforto associou-se a menos ideias suicidas entre residentes idosos afro-americanos, depois de controlar as variáveis sociais e médicas. O nível de religiosidade também se mostrou inversamente associado à aceitação da eutanásia e do suicídio médico-assistido na população geral na Grã-Bretanha, entre os idosos nos EUA, entre médicos na Austrália e pacientes com câncer em um serviço de cuidados paliativos nos Estados Unidos.

Curlin et al. (2007) compararam a postura de psiquiatras frente a de outros profissionais da área médica quanto às suas crenças e observações da relação entre religião/espiritualidade e saúde do paciente e sua abordagem na prática clínica. Encontraram que os psiquiatras geralmente reconhecem a relevância da religiosidade/espiritualidade na prática clínica e valorizam a importância de abordá-la, respeitando a dimensão espiritual do paciente. Em comparação com outros médicos são mais propensos a encontrar problemas de religiosidade/espiritualidade em contextos clínicos (92% dos psiquiatras e 74% dos demais médicos) e mais abertos para abordar essas questões com os pacientes (93% dos psiquiatras e 53% dos demais médicos). Ao mesmo tempo em que se utilizam com mais frequência das influências positivas da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente, reconhecem que também pode ter efeitos negativos e levar ao aumento do sofrimento do paciente (82% dos psiquiatras e 44% dos demais médicos). Os psiquiatras são mais propensos do que os outros médicos a encontrarem situações clínicas em que as crenças religiosas de um paciente devem ser avaliadas como parte do processo de diagnóstico, além do que, algumas doenças mentais podem estar associadas à hiper-religiosidade e as crenças religiosas do paciente podem colidir com o conselho médico. A abertura dos psiquiatras pode estar enraizada mais na apreciação dos efeitos que no valor ontológico da religião. Os profissionais podem não professar crenças religiosas pessoais e, ainda assim, reconhecer que a religião tem uma influência importante no comportamento humano. No entanto, a maioria dos psiquiatras recebe pouca formação profissional sobre questões religiosas, e as revistas psiquiátricas raramente publicam questões teológicas.

Rasic et al. (2009) examinaram a relação entre espiritualidade, frequência religiosa e comportamento suicida, e o papel que os apoios sociais desempenhariam

nesses relacionamentos, na população em geral e naqueles que apresentariam transtorno mental, nos últimos doze meses. Os resultados sugeriram que a frequência religiosa se associou à diminuição das tentativas de suicídio na população geral e naqueles com doença mental, independente dos efeitos dos apoios sociais.

Lucchetti et al. (2015) descreveram o cuidado espiritual para a depressão oferecido pela Federação Espírita de São Paulo, Brasil. Os autores visitaram as "seções de intervenção espiritual", observaram as terapias fornecidas, ouviram a "comunicação dos espíritos" e entrevistaram dois pacientes. A assistência consistia em uma sessão de "cura espiritual" de 90 minutos, que incluía palestras educativas, "desobsessão" (terapia de libertação do espírito), "passe" (imposição de mãos) e orientação. Ambos os pacientes tinham sido diagnosticados com depressão e informaram o entrevistador ao passar pela orientação do centro espírita.

Moreira-Almeida et al. (2016) publicaram um artigo relatando o posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade na área. Com a crescente conscientização da academia e da população em geral sobre a relevância da religiosidade e da espiritualidade nas questões de saúde, e a comprovação científica das significativas implicações no campo dos transtornos mentais, tanto na prevalência, diagnóstico, tratamento, desfechos clínicos e prevenção, quanto para a qualidade de vida e bem-estar, a Associação Mundial de Psiquiatria defere que os psiquiatras precisam levar em conta todos os fatores que afetam a saúde mental. A religiosidade e a espiritualidade estão incluídas entre estes, independentemente da orientação espiritual, religiosa ou filosófica dos psiquiatras. Apesar disso, poucos cursos médicos abordam o tema e preparam seus estudantes para inserir esta abordagem na prática clínica. A Associação Mundial de Psiquiatria propõe que: 1) a anamnese espiritual faça parte da coleta da história psiquiátrica; 2) incluir na formação psiquiátrica a religiosidade e a espiritualidade e sua relação com o diagnóstico, etiologia e tratamento de transtornos psiquiátricos; 3) desenvolvimento de pesquisas sobre aplicações clínicas nos diversos contextos culturais e geográficos; 4) respeitar e ser sensíveis às crenças e práticas espirituais/religiosas de seus pacientes, e também das famílias e cuidadores; 5) sejam quais forem suas crenças pessoais, trabalhar com membros de comunidades religiosas, capelães e agentes pastorais, em suporte ao bem-estar de seus pacientes; 6) demonstrar consciência, respeito e sensibilidade para o importante papel que a espiritualidade e religiosidade

podem desempenhar; 7) conhecer os benefícios e prejuízos das práticas religiosas e compartilhar essas informações de forma crítica e imparcial com a comunidade em geral, em apoio à promoção da saúde e bem-estar.

Cavalcante et al. (2016) realizaram estudo prospectivo, randomizado e controlado, com o objetivo de avaliar a eficácia da terapia energética administrada pelo "passe" espírita na redução dos sintomas de ansiedade. O "passe" espírita é descrito como uma "transfusão de energia" que altera o campo celular e uma "transfusão psíquica de energia". Os 50 participantes foram alocados aleatoriamente em dois grupos: intervenção e controle. Em ambos os grupos, as sessões de terapia consistiram em relaxamento com música clássica por 30 minutos, seguida da aplicação de um "passe" espírita ou de sua simulação. Todas as sessões ocorreram em uma sala iluminada, com os participantes do estudo com os olhos vendados. Ambos os grupos receberam tratamento ao mesmo tempo e na mesma sala. Os participantes do estudo foram cegos sobre se a terapia administrada era o "passe" espírita ou simulada. Apesar de todos os movimentos do "passe" terem sido simulados, a diferença fundamental entre os grupos era que ao longo do procedimento de intervenção, o passista espírita concentrava-se na cura do paciente, enquanto os não passistas, que atendiam ao grupo controle, não mentalizavam a cura e nem intercediam em prece pelos participantes. Foi observada diminuição dos escores de ansiedade em ambos os grupos ao longo do estudo. Uma redução mais significativa nos escores foi observada no grupo "passe" espírita em comparação com o grupo controle. No final do estudo, 17% e 63% dos participantes de intervenção e controle, respectivamente, ainda atendiam ao critério de ansiedade, o que demonstra que a redução da ansiedade foi mais acentuada no grupo "passe" espírita.

2.3.1.6.3 Na qualidade de vida e bem-estar psicológico

Williams et al. (1991) examinaram o efeito da frequência e afiliação religiosa no bem-estar psicológico em um estudo longitudinal da comunidade de 720 adultos. Não encontraram relação entre a afiliação religiosa e o estado de saúde mental, no entanto, embora a frequência religiosa não reduza diretamente o sofrimento psicológico, neutraliza os efeitos deletérios do estresse na saúde mental. Concluíram que, em face de eventos estressantes e problemas de saúde física, a frequência religiosa reduz as consequências adversas de estressores no bem-estar psicológico.

Levin, Markides e Ray (1996) examinaram os efeitos da participação em eventos religiosos no bem-estar psicológico de três gerações. Neste estudo, seguido por 11 anos, com 624 participantes, a frequência religiosa correlacionou-se a melhor qualidade de vida e satisfação para os mais idosos e os de meia-idade, mas não para os mais jovens. Houve correlação positiva entre religiosidade e maior bem-estar geral.

Idler e Kasl (1997) com o intuito de investigar se o envolvimento religioso influencia as mudanças na saúde física realizaram uma análise do efeito da participação em cerimônias religiosas ao longo de 12 anos, em uma amostra de 2.812 idosos de uma comunidade religiosa diversa. A frequência de 1.982 idosos baixou a incapacidade através do período de acompanhamento; 1.982 deficiências funcionais não tiveram efeitos durante o acompanhamento com frequência religiosa. Os autores concluíram que a frequência religiosa pode retardar o começo de uma deficiência. As descobertas ilustram a importância a curto e longo prazo da participação religiosa para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas e sugerem um significado particular para a participação religiosa na vida de idosos com deficiência.

Koenig e Larson (1998) investigaram em uma amostra consecutiva de pacientes admitidos em hospital universitário, com idade inferior a 60 anos, afiliação e frequência religiosa. Foram coletadas informações sobre o uso de serviços hospitalares durante o ano anterior à admissão e o período de permanência no hospital. A frequência e afiliação religiosa foram examinadas como preditores de uso do serviço hospitalar. Verificaram que a participação e afiliação a uma comunidade religiosa foram associadas a uma menor utilização de serviços hospitalares por idosos com problemas médicos.

Simmons et al. (2000) ao avaliar 96 pacientes com doença neurodegenerativa encontraram que a qualidade de vida avaliada pelo paciente com esclerose lateral amiotrófica não se correlaciona com força e funcionalidade, mas parece depender de fatores psicológicos e existenciais, inclusive fatores espirituais/religiosos.

Saad, Masiero e Battistella (2001) selecionaram alguns relevantes trabalhos envolvendo qualidade de vida. Dentre eles, a investigação de um grupo de pacientes com artrite reumatoide e uma amostra aleatória de adultos saudáveis mostrou que, altas pontuações de espiritualidade foram relacionadas a menores pontuações de solidão, em ambos os grupos, e contribuíram para o lidar com a doença crônica. Em

uma amostra norte-americana de idosos negros examinada, o envolvimento religioso ajudou a reduzir o impacto negativo de eventos estressantes na vida.

Culliford (2002) apontava uma extensa lista de 1.200 estudos e 400 revisões sobre correlações estatísticas e estudos longitudinais relacionando benefícios de práticas espirituais em pacientes com doenças cardíacas, hipertensão, doenças cerebrovasculares, imunológicas, câncer, dor e disfunções em geral, comportamentos saudáveis e a prática de exercícios, tabagismo, drogas, síndrome de *Burnout*, relacionamentos conjugais e familiares, psicoses, depressão, ansiedade, suicídio e transtornos de personalidade. Os resultados indicam claramente que os aspectos ligados à espiritualidade auxiliam na promoção de tranquilidade e bem-estar em face das doenças e na prevenção e recuperação de indivíduos afetados.

Sawatzky, Ratner e Chiu (2005) realizaram uma meta-análise de estudos que examinaram a espiritualidade em relação à qualidade de vida, com a finalidade de: determinar se existe apoio empírico para uma relação entre espiritualidade e qualidade de vida; estimar a força dessa relação; e, examinar potenciais variáveis moderadoras que afetem esse relacionamento. A espiritualidade é vista como um conceito único, que se relaciona com a qualidade de vida, mas permanece conceitualmente distinta.

2.3.1.6.4 Em pacientes oncológicos, hipertensivos e com dor crônica

Saad, Masiero e Battistella (2001) selecionaram, por meio da revisão sistemática de literatura, os artigos mais relevantes que investigaram a influência da espiritualidade/religiosidade na prática clínica. Dentre os trabalhos com pacientes oncológicos, encontraram que: 1) em pacientes indigentes, com câncer em fase terminal, aqueles com valores espirituais mais fortes tiveram menor ansiedade sobre o morrer e um nível melhor de bem-estar; 2) pacientes submetidos à quimioterapia com forte fé religiosa tiveram maior esperança e foram mais capazes de lidar com a agressiva terapia; 3) pacientes com altos níveis de espiritualidade têm menor ansiedade diante do câncer; 4) em pacientes com câncer recém-diagnosticado, fé foi o fator de maior importância em sua busca por significado e na capacidade de lidar com o diagnóstico; 5) em uma amostra de mulheres com câncer de mama estudadas, 85% apontou a religião como o principal fator que colaborou para o enfrentamento da doença; 6) 93% de mulheres em vários estágios de câncer ginecológico investigadas

afirmaram que as vivências religiosas as auxiliaram a sustentar a esperança; 7) em pacientes com melanoma maligno, potencialmente fatal, o uso de crenças religiosas e espirituais foi associado com uma forma ativa de enfrentamento, na qual os pacientes formaram um sistema cognitivo benéfico para encarar a doença; 8) Espiritualidade foi um dos quatro temas que surgiram como centrais para as necessidades apontadas por mulheres idosas com câncer terminal que recebiam tratamento em casa de repouso.

Gillum e Ingram (2006) desenvolveram um estudo para testar a hipótese de que a frequência religiosa está inversamente relacionada à prevalência de hipertensão e nível de pressão arterial. Na terceira pesquisa nacional de exames de saúde e nutrição, 14.475 mulheres e homens americanos com idade igual ou superior a 20 anos relataram frequência religiosa, história de tratamento de hipertensão e pressão arterial. Comparados aos que nunca frequentavam serviço religioso, os que frequentavam uma vez por semana ou mais foram associados a uma significativa prevalência reduzida de hipertensão e pressão arterial um tanto menor.

Segundo Lucchetti, Lucchetti e Peres (2015), o uso de comportamentos religiosos para aliviar as consequências de circunstâncias de vida estressantes é uma estratégia frequentemente empregada por pessoas que sofrem de dor. Desenvolveram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca) e distúrbios de dor de cabeça em uma amostra representativa de adultos que vivem em uma comunidade de baixa renda, por meio de entrevistas porta a porta. Concluíram que existe uma relação modesta entre religiosidade não organizacional elevada e presença de dor de cabeça. Portanto, aqueles que sofrem de dor de cabeça podem usar estratégias de enfrentamento, como comportamentos religiosos privados, para tentar vencer o sofrimento.

2.3.1.6.5 Na promoção de menores índices de mortalidade

Hummer et al. (1999) correlacionaram índices de mortalidade com religiosidade organizacional. Encontraram em seus resultados que a frequência religiosa está associada à mortalidade de forma gradual: as pessoas que nunca comparecem a serviço religioso apresentam 1,87 vezes o risco de morte em comparação com as

peças que o frequentam mais de uma vez por semana. Embora a magnitude da associação entre frequência religiosa e mortalidade varie de acordo com a causa da morte, a direção da associação é consistente em todas as causas.

Chida, Steptoe e Powell (2009) por meio de revisão sistemática da literatura levantaram os estudos prospectivos de coorte observacional sobre a associação entre religiosidade/espiritualidade e mortalidade usando métodos meta-analíticos. Os resultados mostraram que a religiosidade/espiritualidade foi associada à redução da mortalidade em estudos populacionais saudáveis, mas não em estudos de população doente. A religiosidade organizacional foi associada a maior sobrevivência em estudos populacionais saudáveis. Já, os aspectos multidimensionais foram relacionados à sobrevivência nas populações saudáveis e doentes. Religiosidade/espiritualidade foi negativamente associada à mortalidade cardiovascular em estudos populacionais saudáveis. Os achados sugeriram que a religiosidade/espiritualidade tem um efeito favorável sobre a sobrevivência.

McCullough et al. (2000) examinaram por meio de meta-análise a associação de grau de envolvimento religioso e mortalidade em geral. O envolvimento religioso foi significativamente associado a menor mortalidade, indicando que as pessoas com maior envolvimento religioso tinham maior probabilidade de estarem vivas no seguimento do que as pessoas com menor envolvimento religioso.

Powell, Shahabi e Thoresen (2003) apresentaram evidências que sustentam hipóteses sobre o vínculo entre religião ou espiritualidade e mortalidade, morbidez, deficiência ou recuperação de doença. Concluíram em seus estudos que pessoas saudáveis que frequentam serviços religiosos apresentam redução forte, consistente, prospectiva, e muitas vezes graduada no risco de mortalidade. Encontraram, também, que religiosidade/espiritualidade são fatores protetivos contra doenças cardiovasculares, em grande parte por encorajarem estilo de vida mais saudável.

Com referência ao tema mortalidade, Saad, Masiero e Battistella (2001) indicaram como relevantes dois estudos. No primeiro, 232 pacientes idosos operados do coração foram seguidos por seis meses e a ausência de força e conforto pela religião foi um dos preditores de mortalidade entre os que entraram em óbito. No outro, 5.286 cidadãos foram acompanhados por 28 anos e praticantes religiosos tiveram taxas de mortalidade menores e foram mais propensos a parar de fumar e a aumentar a prática de exercícios físicos.

Uma amostra de 3.968 adultos foi pesquisada por Koenig et al. (1999) e a frequência em serviços religiosos foi associada a variáveis sociodemográficas (idade, gênero, etnia, nível educacional, estado civil, suporte social) e de saúde (estado geral de saúde, condicionamento físico, autoavaliação da saúde, condições crônicas, depressão, eventos de vida negativos, vícios como tabagismo e consumo de álcool). O status vital dos membros foi determinado de forma prospectiva nos próximos seis anos (1986 a 1992). Durante um período médio de 6,3 anos de acompanhamento, 1.777 indivíduos (29,7%) morreram. Dos sujeitos que frequentaram serviços religiosos uma vez por semana ou mais, em 1986, 22,9% morreram em comparação com 37,4% dos que frequentavam menos de uma vez por semana. O risco relativo de morte para frequentadores assíduos foi 46% menor do que para os infrequentes; efeito mais forte em mulheres, mas também presentes nos homens. Os adultos mais velhos, em particular as mulheres, que frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana, parecem ter uma vantagem de sobrevivência em relação aos menos frequentes. Após seis anos de acompanhamento, concluíram que a frequência a serviços religiosos foi associada a menor taxa de mortalidade e menor risco relativo de morte.

Helm et al. (2000) examinaram a relação entre sobrevivência e atividade religiosa privada em uma amostra de mais de 3000 idosos na comunidade na Carolina do Norte. O nível de participação em atividades religiosas privadas, como oração, meditação ou estudo bíblico foi avaliado pelo relato dos participantes. Durante o período médio de seguimento de 6,3 anos, 29,5% dos indivíduos morreram. Os autores concluíram que adultos mais velhos que participavam de atividades religiosas privadas antes do início da deficiência de atividades de vida diária parecem ter uma vantagem de sobrevivência sobre os que não o fazem.

Azhar e Varma (1995) desenvolveram um estudo que teve como objetivo determinar o efeito da psicoterapia em pacientes enlutados. Utilizaram dois grupos de 15 pacientes, o grupo controle recebeu uma psicoterapia breve e o grupo estudado recebeu psicoterapia com uma perspectiva religiosa. Ao final de seis meses, os pacientes tratados com perspectiva religiosa apresentaram melhoras consistentemente significativas em comparação com o grupo controle. Os resultados indicam que pacientes altamente religiosos com sofrimento e luto tendem a melhorar rapidamente quando uma psicoterapia religiosa é adicionada a uma abordagem cognitivo-comportamental.

2.3.1.6.6 No sistema imunológico

McClelland e Kirshnit (1988) dosaram as imunoglobulinas A salivares (IgA) de 70 estudantes que assistiram a um filme de Madre Teresa de Calcutá e de 62 estudantes que assistiram a um filme sobre o triunfo dos aliados na II Grande Guerra. Comparados os dois grupos estudados, os resultados mostraram que havia aumento significativo da IgA salivar no primeiro grupo sugerindo ativação positiva do sistema imune. Verificaram, ainda, que os efeitos da visualização das curas de Madre Teresa mostraram aumento da IgA e regulação positiva do sistema imune. Os achados sugerem que emoções positivas como a compaixão, o perdão e o amor fraternal podem exercer efeito benéfico sobre o sistema imune.

Em estudo exploratório, Sephton et al. (2001) examinaram as relações entre espiritualidade e imunidade funcional por citometria de fluxo em mulheres com câncer de mama metastático. As pacientes que classificaram a expressão espiritual como mais importantes apresentaram maior número de glóbulos brancos circulantes e contagens de linfócitos totais, assim como de células Natural Killer e de linfócitos T-helper e T-citotóxico.

King, Mainous e Pearson (2002) considerando que estudos anteriores mostraram associação entre religiosidade e saúde, principalmente morbidade e mortalidade cardiovascular, e que as pessoas com diabetes têm maior risco de mortalidade cardiovascular e níveis mais elevados de proteína C-reativa (CRP), exploraram a relação entre religiosidade e CRP em pessoas com diabetes. Os resultados mostraram que as pessoas com diabetes que não frequentaram serviços religiosos no ano anterior à pesquisa eram mais propensas a ter níveis elevados de proteína C-reativa.

Lutgendorf et al. (2004) desenvolveram estudo prospectivo para examinar a relação entre frequência religiosa, níveis de interleucina-6 (IL-6) e taxas de mortalidade. Participar de serviços religiosos mais de uma vez por semana foi um preditor significativo de menor mortalidade e níveis elevados de IL-6 em comparação com os que nunca frequentam serviços religiosos. Os resultados mostraram que a frequência religiosa estava significativamente relacionada às menores taxas de mortalidade e níveis de IL-6, e os níveis de IL-6 mediarão a relação prospectiva entre

atendimento religioso e mortalidade. Esta foi a primeira pesquisa a demonstrar participação de fator imunológico mediando fator comportamental com a mortalidade.

Menores níveis de cortisol também foram encontrados por Tartaro, Luecken e Gunn (2005) em pacientes com maior religiosidade. Os achados sugerem que pessoas com maior espiritualidade/religiosidade podem experimentar um efeito protetor contra as consequências neuroendócrinas do estresse, embora os benefícios cardiovasculares possam variar de acordo com o gênero, pois foram associados à pressão arterial mais baixa nos homens e à pressão arterial elevada em mulheres.

2.3.1.7 Evolução da pesquisa científica em espiritualidade/religiosidade

Puchalski (2001b) refere que as primeiras publicações sobre os efeitos da espiritualidade e da religiosidade na prática clínica se deram na década de 1960 e apresentaram efeitos terapêuticos na saúde mental. Desde a década de 1980 houve um crescimento no número de estudos realizados, que passaram a abordar tanto a saúde física quanto a mental, ao avaliar por meio de medidas quantitativas e qualitativas o impacto potencial da religiosidade e da espiritualidade na prática clínica.

De acordo com Stefanek, McDonald e Hess (2005), no período de 1993 a 2002 o aumento das publicações científicas envolvendo “Espiritualidade e Saúde” foi de aproximadamente 600%, enquanto o de “Religião e Saúde” foi próximo a 27%.

Segundo Moreira-Almeida e Stroppa (2012), a tendência das pesquisas no século XXI sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde será identificar e entender os seus mecanismos de ação e investigar como aplicar estes conhecimentos na prática clínica.

Lucchetti e Lucchetti (2014), por meio de uma análise bibliométrica no banco de dados PubMed, verificaram a contribuição de diferentes países do mundo, periódicos e autores para a pesquisa científica no campo de "Espiritualidade, Religiosidade e Saúde" no período de 1999-2013. O estudo mostrou que este campo de pesquisa vem crescendo e se consolidando na comunidade científica (Figura 3).

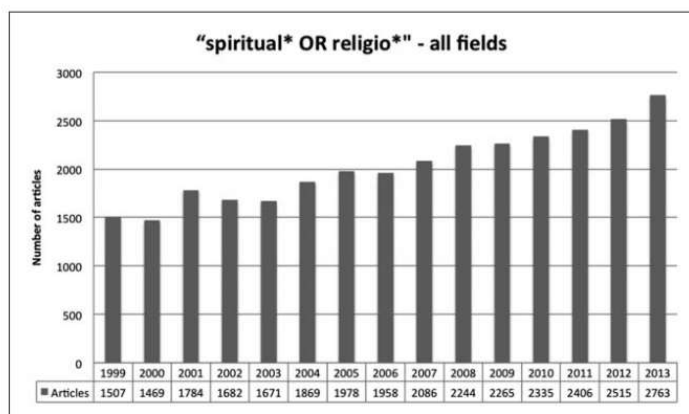


Figura 3. Número de artigos publicados no banco de dados PubMed, no período de 1999 a 2013, na busca por "spiritual* OR religio*" em todos os campos. (Fonte: LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014, p.202)

Ao compararem o crescimento da produção em "Espiritualidade, Religiosidade e Saúde" com outras áreas na PubMed encontraram um crescimento maior do que os termos "psicossomática" ou "homeopatia", tendências semelhantes em comparação com "Alzheimer", "raiva" ou "otimismo" e menor crescimento em comparação com "ansiedade", "diabetes" e "atividade física". Relatam que periódicos científicos de alto impacto têm publicado sobre o tema, dentre eles: Lancet, Nature, Science e BMJ. Apontam os 20 países que mais publicaram sobre o tema no período investigado:

País	nº de artigos
Estados Unidos	12166
Reino Unido	1669
Canadá	1013
Austrália	608
Alemanha	516
Índia	454
Brasil	451
Israel	410
Itália	363
Holanda	339
Suécia	324
Nigéria	265
Japão	237
China	221
Taiwan	217
Iran	215
Turquia	208
França	193
Coréia	181
Polônia	160

2.3.2 Ferramentas para abordagem da dimensão espiritual na prática clínica

Segundo Koenig (2005) para que o médico possa abordar a dimensão espiritual do paciente é necessário obter uma breve história espiritual para: familiarizar-se com as crenças de seus pacientes e com o modo como eles encaram o tratamento médico; entender o papel que a religião tem ao lidar com a doença ou provocar estresse; identificar necessidades espirituais que necessitem de acompanhamento. Para se obter a história espiritual do paciente, as questões devem ser breves e levar apenas alguns minutos para serem feitas; precisam ser fáceis de serem lembradas para que nenhuma informação seja esquecida; o questionário deve ter um conteúdo apropriado; deve-se focar nas crenças do paciente. O propósito é entender as crenças do paciente e o papel que elas têm para a saúde e a doença, sem julgar ou tentar modificar essas crenças ou a falta delas. Quatro questões básicas devem ser abarcadas ao se levantar a história espiritual: 1) o paciente usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a lidar com a doença ou isso é uma fonte de estresse, e como? 2) o paciente é membro de uma comunidade de apoio espiritual? 3) o paciente tem alguma questão ou preocupação sobre problemas espirituais? 4) o paciente tem alguma crença espiritual que possa influenciar o tratamento médico?

De acordo com Lucchetti et al. (2010), se a espiritualidade/religiosidade ajuda o paciente a lidar com a doença, podemos usá-la como instrumento terapêutico. Se o mesmo tiver uma comunidade de apoio espiritual, nas horas de aflição pode ser acionada. Se os pacientes indicam que os assuntos religiosos ou espirituais não são importantes em suas vidas, o médico deve explorar outros fatores que podem oferecer significado e propósito. A transição de um foco religioso para um não-religioso deve ser feita suavemente, de modo que o paciente não-religioso nem a perceba. Para pacientes não religiosos deve-se perguntar: 1) como o paciente lida com a sua doença e se ela o assusta? 2) o que dá significado e propósito a sua vida? 3) quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento da doença? 4) quais recursos sociais estão disponíveis para apoiá-lo em casa? 5) o que o paciente gostaria que o médico fizesse com a sua doença? 6) tem alguém que o médico possa chamar para conversar sobre a doença do paciente?

Com frequência, pacientes religiosos demonstram um profundo apreço quando o prestador de atendimento médico faz perguntas, reconhece o valor e apoia suas crenças religiosas e quando esse provedor faz um esforço para considerar ou integrar essas crenças como parte do tratamento médico. É provável que o paciente não religioso ou o paciente com conflitos na área religiosa queira evitar tais discussões, havendo algum grau de resistência. Contudo, essa resistência não costuma ser muito forte, a menos que o profissional da saúde persista em perseguir esse tópico mesmo após o paciente ter deixado claro que não se sente confortável para discuti-lo. O médico não deve prescrever religião para pacientes não religiosos nem tentar convertê-los ativamente. Isso inclui coerção que representa uma violação dos direitos éticos e humanos. O médico não deve prosseguir com o histórico espiritual se o paciente não for religioso e indicar desconforto ou resistência a tais questionamentos. Todas as intervenções nessa área, inclusive o histórico espiritual, devem ser “centradas no paciente” e orientadas por sua escolha (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Segundo Lucchetti et al. (2010) é responsabilidade do médico certificar-se de que as necessidades espirituais do paciente sejam atendidas. Algumas vezes, basta escutar o paciente sobre suas questões espirituais com respeito e atenção. Em outras, é necessário acionar o capelão ou o serviço social para que acione o religioso que se fizer necessário. Caso o médico queira orar pelo paciente, que o faça silenciosamente, à beira do leito. Se o paciente pedir ao médico que ore com ele, este deve incentivar o paciente a fazer a oração. Caso o paciente não tenha condições de proferir a prece, e peça, o médico pode fazê-la. A oração deve ser curta, menos de um minuto, apoiadora e confortante, e seu conteúdo consistente, dentro das crenças do paciente. Mesmo que o médico esteja com pouco tempo, até uma simples pergunta, feita de forma simpática e humana, sobre como o paciente se encontra espiritualmente, mostrará que o médico se preocupa, o que para alguns pacientes é a fonte central de sentido e esperança da vida. Os médicos precisam de treinamento para colher a anamnese espiritual. É importante que saibam discernir quanto à necessidade de encaminhamento do paciente para um capelão ou agente pastoral. Apoiar e encorajar as crenças religiosas do paciente, rezar com ele quando possível e desejável e contatar comunidades religiosas, na ausência de um capelão, são práticas adquiridas no treinamento.

O médico não deve orar com um paciente antes de obter um histórico espiritual em profundidade e somente se solicitado por ele. Pacientes de determinadas denominações religiosas podem se ofender com a proposta de oração feita pelo profissional da saúde se essa pessoa não tiver sua mesma base religiosa. Além disso, o paciente pode não recusar a solicitação do médico para orar por causa do *status* de autoridade. Muitas vezes o paciente quer agradar o médico e não quer ofendê-lo já que está tomando decisões sobre seu tratamento (KOENIG, 2005).

Como referem Lucchetti et al. (2012b), há forte recomendação da *Association of American Medical Colleges* de que os currículos médicos devem ser capazes de orientar os alunos quanto ao papel da espiritualidade no cuidado dos pacientes em diferentes situações e a influência de sua própria espiritualidade na sua capacidade de prestar um cuidado singular que envolva os aspectos espirituais da vida dos pacientes. Para trabalhar esses aspectos, instrumentos que guiem o médico na obtenção da história espiritual são importantes para averiguar crenças religiosas, práticas e necessidades mais específicas dos pacientes, assim como aspectos espirituais mais gerais em suas vidas. Esclarecem que a história espiritual se baseia em: brevidade; conteúdo; foco no paciente; credibilidade; facilidade de memorização.

Além de coletar informações cruciais necessárias para o atendimento do paciente, o histórico espiritual também serve para mostrar ao paciente que esse é um tópico que pode ser discutido com o profissional da saúde, caso surja a necessidade. Durante muito tempo, a espiritualidade esteve fora dos limites de conversas em contextos médicos. Os médicos, na função de líderes da equipe de cuidados à saúde, devem ser responsáveis pela avaliação do histórico espiritual e pelo encaminhamento adequado. As informações obtidas com o histórico médico têm tudo a ver com o atendimento médico do paciente e com as decisões médicas que serão feitas no decorrer do tratamento. O histórico espiritual pode ser bastante breve e não deve levar mais do que dois ou três minutos. Quatro questões básicas podem ser feitas: 1) suas crenças religiosas/espirituais oferecem conforto ou são uma fonte de estresse? 2) você tem crenças espirituais que possam influenciar suas decisões médicas? 3) você é membro de alguma comunidade espiritual, e ela oferece suporte a você? 4) você tem alguma outra necessidade espiritual que gostaria de ser atendida por alguém? O histórico espiritual deve ser documentado no prontuário médico do paciente. O médico deve explicar que o motivo do histórico espiritual é para oferecer um atendimento

sensível às crenças culturais e espirituais do paciente. Deve tranquilizar o paciente de que isso nada tem a ver com o tipo de gravidade de sua condição médica e de que se trata de um procedimento de rotina que está sendo feito com todos os pacientes. O propósito do histórico espiritual é identificar as necessidades espirituais que possam influenciar o tratamento médico do paciente. Todas as interações com o paciente podem ser realizadas de um modo sensível do ponto de vista espiritual, oferecendo tratamento compassivo, gentil e atencioso, centrado no indivíduo e em suas necessidades únicas. O histórico espiritual deve ser obtido quando questões espirituais forem relevantes. O histórico social, que vem depois do histórico médico ou psiquiátrico, é a melhor hora para interrogar o paciente sobre questões espirituais. Após perguntar ao paciente sobre fontes de suporte (família, amigos, etc.), é bastante natural questionar sobre afiliação religiosa, potenciais conflitos ou influências de crenças religiosas sobre o atendimento médico, envolvimento da comunidade de fé e outras questões relevantes. Nem todas as informações precisam ser coletadas de uma só vez, uma única questão pode ser suficiente a curto prazo, como: “Você tem alguma necessidade ou preocupação espiritual em relação a sua saúde?” Isso trará à tona qualquer necessidade espiritual urgente. O histórico espiritual pode ser obtido durante o exame de um paciente saudável ou no *checkup* anual. A oportunidade também pode surgir quando o médico perguntar sobre a família, grupos de apoio social, enfrentamento do estresse no trabalho ou outros problemas de saúde. Algumas questões sobre necessidades espirituais, no contexto de perguntas sobre outras fontes de suporte, podem ser incluídas com naturalidade. Outro momento é quando um diagnóstico estressante ou um prognóstico grave está sendo discutido, como no caso de um paciente com doença terminal ou crônica. As discussões relacionadas a questões terminais sempre devem incluir um histórico espiritual. Também todos os pacientes com doenças graves, crônicas, debilitantes ou condições que possam desafiar a capacidade de enfrentamento dos pacientes (KOENIG, 2005).

Encontramos na literatura científica instrumentos para obtenção da história espiritual do paciente utilizados com frequência, dos quais se destacam: questionário FICA (PUCHALSKI; ROMER, 2000); questionário HOPE (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001); História Espiritual ACP (*American College of Physicians*) (LO; QUILL; TULSKY, 1999); CSI-MEMO (KOENIG, 2002); e SPIRITual History (MAUGANS, 1996).

2.3.2.1 Questionário FICA

F – Fé / crença

- Você se considera religioso ou espiritualizado?
- Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?
- Se não: o que te dá significado na vida?

I – Importância ou influência

- Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?
- A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?
- Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?

C – Comunidade

- Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?
- Ela te dá suporte, como?
- Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?
- Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?

A – Ação no tratamento

- Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religião / espiritualidade no seu tratamento?
- Indique, remeta a algum líder espiritual / religioso.

2.3.2.2 Questionário HOPE

H – Fontes de Esperança (*Hope*), significância, conforto, força, paz, amor e relacionamento social.

- Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?
- Ao que você se apegua em tempos difíceis?
- O que o sustenta e o faz seguir adiante?

O – Religião organizada

- Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela o ajuda? Como?
- Em que aspectos a religião o ajuda e em quais não o ajuda muito?

P – Espiritualidade pessoal e prática

- Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião organizada?
- Quais aspectos de sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que são mais úteis à sua personalidade?

E – Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais

- Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?
- Como médico, há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente o apoiam?
- Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?

2.3.2.3 História espiritual do ACP

- A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença?
- A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida?
- Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos?
- Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?

2.3.2.4 CSI—MEMO

1. Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse?
2. Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar suas decisões médicas?
3. Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Ela lhe ajuda de alguma forma?
4. Você possui alguma outra necessidade espiritual que gostaria de conversar com alguém?

2.3.2.5 SPIRITual History

S—*Spiritual Belief System* (afiliação religiosa)

P—*Personal Spirituality* (espiritualidade pessoal)

I—*Integration and Involvement In a Spiritual Community* (integração e envolvimento com comunidades espirituais ou religiosas)

R—*Ritualized Practices and Restrictions* (rituais e restrições)

I—*Implications for Medical Care* (implicações médicas)

T—*Terminal Events Planning (Advance Directives)* (planejamento do final da vida – diretivas avançadas)

2.3.3 História espiritual do paciente: quando realizar e resultados esperados

As melhores ocasiões para a tomada da história espiritual segundo Koenig (2005) são: 1) na anamnese inicial, quando se levantar a história médica durante a avaliação de um novo paciente; 2) quando se tomar a história de um paciente admitido em um hospital, clínica de pacientes terminais ou ambulatório; 3) durante uma consulta de rotina (*check-up*), como parte da avaliação pessoal; 4) sempre que se tem que tomar decisões médicas que podem ser influenciadas por crenças religiosas.

Para Puchalski (2006), o aspecto fundamental do cuidado espiritual é o respeito pela pessoa, expressa-se pelas conexões profundas formadas com os pacientes, que não leva tempo, mas que exige intencionalidade. Ao ter a intenção genuína de estar plenamente presente para o outro de forma amorosa e compassiva, o médico irá prestar cuidados espirituais. A tomada de história espiritual pode ser feita em alguns minutos, como parte da história social.

Relatam Lucchetti et al. (2010) que na anamnese, uma breve história espiritual se encaixa muito bem ao final da história social. As respostas positivas verbais e não-verbais dadas pelo médico são formas de mostrar apoio, encorajamento e respeito. Se o médico perceber que a participação em atividades religiosas é importante auxiliar no tratamento do paciente, deve encorajá-lo a continuar frequentando. Ao estabelecer com o paciente os preceitos básicos do cuidado espiritual, o médico passa a ser responsável pelo cumprimento destes preceitos. Deve-se evitar a abordagem em situações extremas como acidentes e eventos isquêmicos coronarianos, pois pode levar ao sentimento de medo no indivíduo. A anamnese deve ter início com a história médica, seguida pela história social e finalizada com a história espiritual. Na anamnese médica, a história social, o questionamento da atividade física, os hábitos e vícios podem preceder a abordagem da espiritualidade de forma natural. Desta forma, pode-se incluir o assunto na estruturação da anamnese, no segmento que aborda os hábitos de vida e condições socioeconômicas do paciente. No caso de paciente atendido por vários especialistas, a história espiritual deve ser tomada pelo médico mais próximo a ele. Deve ser revista a cada ano, a cada mudança no estágio da doença ou em nova internação.

Quanto aos resultados esperados com a anamnese espiritual, Pargament et al. (2001) encontraram correlação entre sofrimento religioso (pensamento de que Deus o abandonou, questionamentos do amor de Deus) e mortalidade, com um risco relativo de 1,19. Os resultados alertam que o uso disfuncional da religiosidade aumenta o risco de morte em 1,19 vezes. A grande maioria dos pacientes (85%) utiliza a espiritualidade/religiosidade de forma saudável, porém, 15% podem impactar de forma negativa na saúde.

Afirma Puchalski (2001a) que o componente mais importante da relação médico-paciente é a confiança. Perceber que o médico reconhece e valoriza o que é central para a esperança do paciente ajuda-o a ter mais confiança no médico e no tratamento indicado, o que aumenta a aderência.

Koenig (2005) chama a atenção para o fato de que o médico precisa do consentimento do paciente antes de pedir a um capelão que o veja. Poucos minutos são necessários para verificar com o próprio paciente ou com um membro de sua família a sua orientação espiritual e se uma intervenção nessa área seria apreciada ou se o melhor seria evitá-la.

Como afirmam Peres e Lucchetti (2010), além dos efeitos positivos que a religião pode ter sobre a saúde, também pode ter efeitos negativos, naturalmente ligados aos dogmas religiosos, à alienação, sentimento de culpa (castigo divino), sugestão de que a falta de saúde corresponde à falta de fé, substituição do tratamento médico pelo espiritual, conflitos entre o tratamento médico e os conceitos religiosos. As crenças religiosas podem fazer com que os pacientes renunciem ao tratamento médico, recusem procedimentos e medicações, escolhendo a fé ao invés da medicina. Nas crenças punitivas, os pacientes podem se sentir abandonados ou castigados por Deus, questionar o amor e o poder de Deus, ou se sentirem extremamente culpados e merecedores do sofrimento que experienciam. No caso de dificuldades para lidar com relações conflitantes a figura da capelania do hospital ou do líder religioso do paciente é essencial, conjuntamente com o Serviço de Psicologia Hospitalar.

Para Koenig (2012), conduzir avaliação espiritual e comentar as necessidades espirituais do paciente podem melhorar: a habilidade do paciente em lidar com o problema; a relação médico-paciente; a aderência em relação ao tratamento por parte do paciente; o curso da doença e a resposta ao tratamento. O médico também será beneficiado à medida em que se sentir útil e fizer a diferença na vida de seu paciente.

2.4 Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Acadêmico

Conforme relatam Puchalski e Larson (1998), o tema espiritualidade e saúde começa a se notabilizar nos currículos médicos. A *Association of American Medical Colleges*, na década de 1990, em atendimento às expectativas da população que clamava por uma reformulação no atendimento médico, desenvolveu um projeto que regulamentava os objetivos das Faculdades de Medicina. Assim, a Espiritualidade surgiu como um aspecto essencial dos cuidados de saúde, enraizada no modelo espiritual biopsicossocial e na tradição profundamente arraigada da medicina como uma profissão de serviço compassivo e altruísta; portanto, altruísmo e compaixão são dois atributos a serem conferidos na educação médica.

Como afirma Puchalski (2001b), a necessidade de treinamento para integrar espiritualidade nos cuidados ao paciente é cada vez mais reconhecida na educação médica. No papel de líderes da assistência à saúde, os médicos devem ser responsáveis por assegurar que as necessidades espirituais de seus pacientes sejam atendidas. A *Association of American Medical Colleges* recomenda que seja oferecida na formação dos acadêmicos de medicina uma educação adequada na área da espiritualidade, por se constituir em importante elemento para a saúde e o bem-estar de muitos pacientes.

Segundo Marta et al. (2009), o médico busca no isolamento das emoções suas principais defesas contra a angústia, acredita que a neutralidade, a alienação e a indiferença o afastam do sofrimento, perdendo-se na ideologia do distanciamento e da frialdade desumanizadora. A formação médica promove a incorporação desse modelo aparentemente racional, não emocional e científico.

Kübler-Ross (2012) destaca a importância de se conscientizar os acadêmicos de Medicina quanto à urgência de considerar a morte como uma possibilidade real, não só para os outros, como para si mesmos. O rosto amargurado de outro ser humano nos faz lembrar nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e nossa própria finitude. O paciente em um leito de dor precisa saber que não será abandonado, que a batalha será travada por ele, pela sua família e pelo seu médico, independente do prognóstico de sua doença. Isolamento, abandono e rejeição são os maiores temores do paciente. Os médicos aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é a vida. Deveríamos ensinar aos

nossos estudantes não apenas o valor da ciência e da tecnologia, mas também a arte do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente. A medicina precisa continuar a ser uma profissão humanitária com a finalidade de mitigar o sofrimento humano. Desta forma, o médico poderia se aproximar do sofrimento do paciente porque saberia como lidar com ele de forma amorosa e compassiva.

Carvalho e Parsons (2012) no Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos referem que o médico deve preparar-se para abordar o aspecto da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, e nunca esquecer que o paciente é um indivíduo indissociável de suas crenças e de seus princípios.

O homem necessita se defender de vários medos da morte, sobretudo diante da impotência de predizê-la e da constatação de sua inexorável existência. Realizou-se uma conferência de consenso nos Estados Unidos, com base na crença de que o cuidado espiritual é um componente fundamental principalmente nos cuidados do paciente grave, próximo de sua finitude. O intuito desta reunião era melhorar a qualidade do cuidado espiritual como dimensão dos cuidados paliativos (PUCHALSKI et al., 2009).

Mariotti et al. (2011) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as opiniões de professores de uma escola de medicina pública brasileira sobre espiritualidade e saúde, por meio de um questionário padronizado. Foram incluídos na análise final 53 professores, dos quais 90,4% relataram que acreditavam em Deus e 31,7% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. Mais de 72% dos professores de medicina acreditavam que a fé ou a espiritualidade poderiam influenciar positivamente o tratamento de seus pacientes; 75,5% acreditavam que a oração poderia ter efeitos no tratamento dos pacientes; 62,3% gostariam de abordar a espiritualidade com os pacientes; e, 50% acreditavam que era importante que uma escola de medicina preparasse os estudantes para essa abordagem. No entanto, apenas 43,4% relataram o preparo para enfrentar a questão; 27,8% já mencionaram o tema em suas aulas e 92,3% sentiram que as escolas médicas brasileiras não subsidiam todas as informações necessárias neste campo. As principais barreiras citadas foram: falta de tempo (11,3%); falta de conhecimento (9,3%); falta de treinamento (9,3%); medo (9,3%); e, desconforto com o tema (5,6%).

Lucchetti, Lucchetti e Puchalski (2012) afirmam, com base na bibliografia consultada, que os cursos de espiritualidade parecem ser facilmente implementados e bem aceitos pelos estudantes de medicina. Abrem horizontes, permitem exercitar a tomada de história espiritual e compreender o papel da espiritualidade na saúde, além de atuarem como uma oportunidade ímpar de autorreflexão. Trabalhos publicados sobre a espiritualidade de médicos e estudantes de medicina revelaram que a maioria deles acredita que a espiritualidade influencia sua interação com pacientes e colegas. A maioria afirmou ser espiritualizado e acredita ser apropriado discutir espiritualidade/religiosidade com pacientes com doenças que ameaçam a vida. Os estudos também demonstraram uma associação entre espiritualidade/religiosidade e depressão/ansiedade em residentes médicos. Finalmente, os cursos que incluem uma dimensão espiritual para o gerenciamento do estresse mostraram melhores resultados em residentes e estudantes de medicina. Muitas razões são dadas para incorporar cursos de espiritualidade na educação médica, no entanto, poucas estratégias e modelos educacionais publicados a serem seguidos podem ser encontrados.

2.4.1 Espiritualidade e saúde em faculdades de Medicina

2.4.1.1 O pioneirismo de Christina Puchalski

Puchalski e Larson (1998) relatam que, apoiando-se na decisão da AAMC, Christina Puchalski criou um curso eletivo de espiritualidade e saúde na Faculdade de Medicina da Universidade George Washington, em 1992, com tópicos sobre pesquisa em saúde, medicina alternativa, meditação e outras práticas espirituais. Em 1996, o referido curso tornou-se parte do currículo exigido na Faculdade de Medicina da Universidade George Washington. A pesquisadora, juntamente com o Dr. David Larson, implementou um programa de bolsas para faculdades de medicina e residências em Medicina Interna, Medicina Familiar e Psicologia para o desenvolvimento de currículos na área de espiritualidade e saúde, financiado pela Fundação John Templeton. O Instituto de Espiritualidade e Saúde da Universidade George Washington, presidido por Christina Puchalski, juntamente com a AAMC, realizaram duas importantes conferências com reitores e educadores de escolas médicas. Na primeira reunião, em 1998, desenvolveram os objetivos de aprendizagem a serem alcançados nos cursos de ensino em espiritualidade e saúde, quais sejam:

1) estar ciente da necessidade de incorporar a consciência da espiritualidade no cuidado dos pacientes em uma ampla variedade de contextos clínicos; 2) reconhecer que a própria espiritualidade dos alunos pode afetar a maneira como os alunos se relacionam e cuidam dos pacientes; 3) estar ciente da necessidade de responder não só às necessidades físicas que ocorrem no final da vida e ao longo de qualquer doença, mas também às necessidades emocionais, socioculturais e espirituais que ocorrem na vida dos pacientes. Os objetivos de aprendizagem incluíam: 1) capacidade de tomar uma história espiritual; 2) compreensão de que o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente é um caminho para exercer a compaixão; 3) capacidade de aplicar a compreensão das crenças e comportamentos espirituais e culturais de um paciente em contextos clínicos apropriados; 4) conhecimento dos dados de pesquisas sobre o impacto da espiritualidade nos resultados dos tratamentos de saúde; no impacto das crenças e práticas culturais dos pacientes em sua saúde; e, no acesso e interações com os profissionais de saúde; 5) compreensão e respeito pelo papel de líderes espirituais, como se comunicar e/ou colaborar com eles em prol das necessidades físicas e/ou espirituais dos pacientes; 6) compreensão da própria espiritualidade dos alunos e de como pode ser utilizada como parte de seu crescimento profissional, promoção de seu bem-estar e base de sua vocação. O grupo definiu espiritualidade no cenário clínico como busca inerente de cada pessoa pelo sentido e propósito final da vida; significado que pode ser encontrado na religião, mas muitas vezes pode ser mais amplo, incluindo um relacionamento com uma figura divina ou transcendente; relacionamentos com os outros; bem como a espiritualidade encontrada na natureza, na arte e no pensamento racional. A espiritualidade é um aspecto essencial dos cuidados de saúde enraizados no modelo espiritual biopsicossocial do cuidado e na profunda tradição da medicina como profissão de serviço altruísta e de compaixão pelos outros.

2.4.1.2 Faculdades de Medicina do exterior que oferecem cursos de espiritualidade e saúde

Segundo Fortin e Barnett (2004), em 1994, apenas 17 das 126 faculdades de Medicina dos Estados Unidos ofereciam atividades curriculares ligadas à espiritualidade, em 1998 este número já atingia 39, e em 2004 chegava a 84 faculdades de Medicina com atividades desta natureza.

Relatam Benson e Puchalski (2006) que, em 1993, menos de cinco escolas médicas dos Estados Unidos tinham a disciplina de religião-espiritualidade em medicina. Em 1994, 17 das 126 escolas médicas americanas ofereciam cursos sobre espiritualidade. Em 2000, este número subiu para 65 escolas, oferecendo cursos não eletivos, optativos e em 2004, atingiu-se a importância de 84 escolas médicas. Dados da *Harvard Medical School* de 2007 apontam que mais de 100 escolas médicas americanas (70,9%) das 141, já possuem cursos de espiritualidade na medicina.

De acordo com Booth (2008), em 1992 apenas 2% das escolas de Medicina dos Estados Unidos ofereciam atividades relativas à espiritualidade. De 1992 a 2007, quase 70% das faculdades de medicina dos Estados Unidos começaram a oferecer cursos sobre religião, espiritualidade e medicina. A maioria é obrigatória para todos os estudantes de medicina. Em 2008, 100 de 150 escolas médicas tinham alguma atividade ligada à espiritualidade em seus cursos, e em 75 destas 100 escolas a frequência a tais atividades tornou-se parte do programa regular de graduação.

Afirmam Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) que, em 2006, quando o trabalho de Christina Puchalski sobre espiritualidade e saúde no currículo da Educação Médica foi publicado, mais de 75% das escolas médicas dos Estados Unidos já possuíam cursos de espiritualidade e saúde em seus currículos. Atualmente, mais de 85% das escolas médicas americanas e, por volta de 60% das escolas médicas europeias, incluíram em suas grades curriculares disciplinas sobre espiritualidade.

Segundo Lucchetti, Lucchetti e Puchalski (2012), no Canadá, pesquisa realizada pelo *George Washington Institute for Spirituality and Health* (GWISH), em 2001, demonstrou que só haviam 4 escolas médicas (24% das 17 escolas) com cursos de espiritualidade. Em decorrência disso foi criado em 2004 o *GWish Canada Initiative* envolvendo líderes de 12 escolas médicas canadenses (70% do total) para implementação maciça de cursos de espiritualidade na medicina do Canadá (<https://smhs.gwu.edu/gwish/resources>). Afirmam, ainda, que pouca informação está disponível acerca do ensino de espiritualidade e saúde nas escolas médicas da América Latina, Ásia, Austrália ou África.

Chibnall e Duckro (2000) avaliaram 137 estudantes de medicina do terceiro ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Saint Louis, que incorporou em seu currículo o estudo das questões espirituais e religiosas. O objetivo do trabalho foi

investigar se a exposição a questões de espiritualidade na graduação prevê uma atitude mais positiva em relação à importância atribuída à abordagem espiritual na prática clínica. Concluíram que por meio de exposição repetida e variada, como palestras, leitura de artigos, treinamento de habilidades, discussões de classe e extracurriculares, exposições clínicas e colóquios, os estudantes de medicina poderiam adquirir atitudes mais positivas em relação ao tema. Portanto, à medida em que as crenças e práticas religiosas forem conhecidas, poderá aumentar o nível de conforto do médico para discutir espiritualidade/religiosidade com seus pacientes.

Chibnall et al. (2002) desenvolveram um trabalho com o intuito de provar que a inserção de questões espirituais e religiosas no currículo de faculdades de medicina podem promover a sensibilidade psicossocial e espiritual dos estudantes. Um questionário foi administrado a estudantes de medicina de terceiro ano da Universidade de Saint Louis, Estados Unidos. A exposição a questões espirituais e religiosas por meio de palestras, discussões em pequenos grupos e treinamento previu maior atenção em relação ao paciente, maior aceitabilidade para conversar com o paciente sobre morrer e orar com o paciente. Os autores concluíram que a exposição a questões espirituais e religiosas na formação acadêmica poderiam sensibilizar os estudantes para as necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes moribundos.

Graves, Shue e Arnold (2002) relataram sua experiência na implementação da espiritualidade no currículo da Faculdade de Medicina da Universidade de Missouri-Kansas City, nos Estados Unidos, com o objetivo de despertar nos estudantes uma maior compreensão do papel que a espiritualidade desempenharia no tratamento e prognóstico de um paciente, e capacitá-los para atender às necessidades espirituais de seus pacientes. A proposta era desenvolver nos estudantes: o conceito do tratamento biopsicossocial e espiritual no cuidado integral ao paciente; a compreensão de como a espiritualidade pode afetar a saúde do paciente; o reconhecimento de como suas próprias crenças afetam a prática clínica; o entendimento do papel do capelão junto à equipe médica. Os estudantes do terceiro ano médico foram convidados a participar de diferentes tipos de atividades, como: palestras sobre espiritualidade; atividades em pequenos grupos, com tomada de histórias espirituais; e acompanhamento das visitas do capelão aos pacientes internados. Ao final do curso, os estudantes demonstraram a compreensão do papel

da espiritualidade na saúde, identificaram componentes-chave do papel do capelão no ambiente hospitalar, formas de compartilhar o atendimento do paciente com este profissional, e, ainda, descobriram suas próprias lutas pessoais em relação à espiritualidade.

Musick et al. (2003) compararam as atitudes e o desempenho clínico de dois grupos de estudantes de Medicina da Universidade da Pensilvânia, Estados Unidos, que receberam instrução teórica idêntica sobre espiritualidade na prática médica. Ambos os grupos trabalharam em casos de “Aprendizagem Baseada em Problemas” (PBL), o primeiro utilizando a espiritualidade como um tema proeminente, e o segundo sem nenhuma referência ao tema. Preencheram questionários pré e pós-teste e escreveram uma história espiritual como avaliação final. Observou-se diferença significativa entre os grupos quanto ao conhecimento autorrelatado de tomada de história espiritual, no entanto, as pontuações foram idênticas ao escreverem a história espiritual. Os autores concluíram que, embora os estudantes que foram expostos à prática da anamnese espiritual do paciente tenham tido melhor compreensão sobre o tema, não houve diferença significativa no desempenho clínico.

Segundo Puchalski (2006), em 2003, o Instituto de Pesquisa de Educação Superior da Universidade da Califórnia, Los Angeles, iniciou um grande projeto de pesquisa “*The Spiritual Life of College Students*” para examinar o desenvolvimento espiritual de estudantes de graduação durante seus anos de faculdade. Financiado pela Fundação John Templeton, o estudo teve como objetivo aprimorar a compreensão do papel que a espiritualidade desempenha na vida dos alunos e identificar estratégias que as instituições podem usar para melhorar o desenvolvimento espiritual dos discentes. Como os principais pesquisadores do projeto, Alexander Astin e Helen Astin, escreveram:

O projeto baseia-se, em parte, na percepção de que a quantidade relativa de atenção que colégios e universidades dedicam aos aspectos ‘exterior’ e ‘interior’ do desenvolvimento dos alunos, ficou fora de equilíbrio (...) cada vez mais negligenciamos o desenvolvimento interior do aluno - a esfera de valores e crenças, maturidade emocional, espiritualidade e autocompreensão (PUCHALSKI, 2006).

Fortin e Barnett (2004), ao estudarem as formas de inclusão da espiritualidade em atividades acadêmicas de escolas de Medicina verificaram que são estruturadas de diferentes formas, tais como palestras, discussões em pequenos grupos,

entrevistas padronizadas de pacientes, acompanhamento de capelães e leituras específicas.

King et al. (2004) implementaram um curso de história espiritual no primeiro ano do curso médico da Universidade da Carolina do Sul, Estados Unidos, com o intuito de avaliarem qual seria o impacto nas habilidades, conhecimentos e atitudes dos estudantes. A ementa consistia de: leitura de artigos científicos; tomada de história espiritual, utilizando o questionário HOPE; e, um cenário prático montado para que lidassem com a espiritualidade. O desempenho foi avaliado por uma entrevista gravada em vídeo, uma pesquisa de 10 itens das atitudes dos alunos e uma única pergunta de teste escrito que deveria apontar para o que não estava incluído como parte das perguntas da HOPE para fazer uma história espiritual. Na entrevista com vídeo gravado no final de ano, 65% dos alunos reconheceram a preocupação espiritual do paciente; na pesquisa de atitude, houve um desejo crescente de validar as crenças dos pacientes; 94% dos alunos responderam à pergunta de teste corretamente. Os autores concluíram que a tomada de história espiritual pode ser integrada de forma eficaz no currículo do primeiro ano médico.

Barnett e Fortin (2006) implementaram uma oficina sobre espiritualidade e medicina, com duração de duas horas, para estudantes do segundo ano médico e residentes da Universidade de Yale, Estados Unidos. Os tópicos e objetivos do workshop eram os seguintes: 1) espiritualidade na história social - descrever o contexto de avaliação espiritual na história social; 2) espiritualidade versus religião - distinguir o contexto mais amplo da espiritualidade com significados religiosos e não religiosos; 3) espiritualidade, saúde e doença - importância da espiritualidade e, por conseguinte, da anamnese espiritual, para a maioria dos pacientes; resultados de pesquisas associando espiritualidade e saúde; 4) potenciais danos das crenças religiosas à saúde – algumas crenças religiosas podem potencialmente prejudicar a saúde dos pacientes e a provisão de cuidados de saúde, como, por exemplo, Testemunhas de Jeová; 5) barreiras e limites para abordar a espiritualidade no encontro médico-paciente - estabelecer limites profissionais na avaliação da espiritualidade/religiosidade dos pacientes; reconhecer que as crenças espirituais ou religiosas dos médicos podem afetar a prestação de cuidados de saúde; comentar as principais barreiras dos médicos à avaliação espiritual; 6) técnicas de avaliação espiritual – utilizar instrumento de fácil memorização para avaliação espiritual; praticar

avaliação espiritual com um colega; 7) recursos de referência de pastoral – conhecer os recursos disponíveis, entender o papel da capelania para melhor trabalhar com capelães hospitalares; aumentar a competência na consulta de serviços de pastoral. Pesquisas anônimas foram feitas pré e pós-oficina, e o conteúdo foi relevante tanto para os estudantes quanto para os residentes. Tanto os estudantes de medicina como os residentes aumentaram as pontuações quanto à conveniência de indagar sobre as crenças espirituais e religiosas do paciente na anamnese médica, a competência percebida na tomada de uma história espiritual e o conhecimento dos recursos de pastoral disponíveis. Houve diferença significativa quando os estudantes de medicina, mas não os residentes, se sentiram mais confortáveis em trabalhar com outros profissionais na equipe de cuidados de saúde que enfatizam a espiritualidade dos pacientes, como os capelães. Houve diferença significativa também nos resultados pré e pós-oficina entre estudantes e residentes sobre a assertiva de que as crenças espirituais/religiosas de um médico podem afetar sua capacidade de se comunicar e cuidar dos pacientes.

Sandor et al. (2006) identificaram e avaliaram as mudanças nas experiências espirituais e a importância das questões espirituais percebida em estudantes de enfermagem e medicina que participavam de um curso de “Espiritualidade e Cuidados Clínicos” da Faculdade de Medicina da Universidade do Texas, em Galveston, Estados Unidos. Os estudantes participaram do estudo completando dois instrumentos de pesquisa: o Índice de Experiência Espiritual Revisada e a Escala de Importância Espiritual. As análises de dados exploraram diferenças disciplinares, diferenças sexuais e mudanças nos níveis de maturidade espiritual um ano após o curso de duas semanas. Os estudantes que participaram do curso refletiram um aumento significativo na importância percebida da espiritualidade na prática clínica, as mulheres de ambas as disciplinas apresentaram aumentos maiores que os homens e os estudantes de enfermagem apresentaram maiores aumentos do que os estudantes de medicina. As mulheres eram mais confiantes do que os homens em medidas espirituais de apoio. Os estudantes em geral evidenciaram percepções dogmáticas reduzidas ao longo do tempo, com estudantes de medicina em declínio mais acentuado do que os estudantes de enfermagem.

Anandarajah e Mitchell (2007) desenvolveram, implementaram e avaliaram os resultados de uma disciplina eletiva, com carga horária de 17 horas, sobre

“Espiritualidade e Atendimento ao Paciente”, que ministraram por dois anos consecutivos para estudantes do quarto ano do curso médico da Brown Medical School, Estados Unidos, e nos dois anos seguintes para outros profissionais. Trataremos dos aspectos relatados pelos autores no que se refere aos dois anos em que acompanharam os graduandos. Conhecimento e habilidades foram avaliados utilizando questionários pré e pós-cursos e relatos escritos. Os estudantes conseguiram melhorar: o próprio conhecimento sobre a evidência em relação à espiritualidade em cuidados de saúde; os recursos clínicos disponíveis; o papel dos capelães; a abordagem e reconhecimento do sofrimento espiritual do paciente, promovendo o atendimento integral. Os pontos fortes do curso relatados pelos estudantes incluíram: diversidade de tópicos e instrutores, princípios universais, formato em pequenos grupos, discussões de casos e oportunidade de autorreflexão.

Feldstein et al. (2008) descreveram a experiência de introduzir com êxito um currículo sobre espiritualidade e alfabetização multicultural no Estágio de Medicina Familiar requerido na Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, Estados Unidos. Recomenda-se que os estudantes de medicina desenvolvam habilidades em cuidados espirituais e sejam capazes de utilizá-las no atendimento a pacientes de diferentes culturas e diferentes contextos espirituais e religiosos, particularmente os que se encontram em terminalidade. Ao invés de desenvolverem um programa de classes separadas sobre espiritualidade, cultura e cuidados de fim de vida, propuseram um currículo efetivo que incluía as seguintes atividades de aprendizagem: abordagem transcultural às necessidades espirituais; espiritualidade no final de vida; impacto dos valores culturais no fim da vida; formas pelas quais as necessidades culturais e espirituais interagem no final da vida; e, interface entre a cultura médica e a cultura do paciente. O curso foi bem-sucedido e os autores acreditam que integrar a espiritualidade e a cultura com cuidados de fim de vida no currículo médico é um passo essencial para servir a uma sociedade cada vez mais multicultural e multirreligiosa.

De forma pioneira, Neely e Minford (2008) investigaram o ensino sobre Espiritualidade nas escolas de Medicina do Reino Unido. Encontraram que entre 31% e 59% dos cursos médicos ofereciam alguma forma de ensino sobre espiritualidade (obrigatório, opcional ou inserido em outros contextos), e preparavam os seus futuros profissionais para identificar as necessidades espirituais dos pacientes. Os autores

afirmaram que havia pouca uniformidade entre as escolas de Medicina em relação ao conteúdo, forma, carga horária e capacitação dos docentes que ministravam aulas sobre espiritualidade. Sugeriram que seria benéfico introduzir um currículo padronizado sobre Espiritualidade em todas as escolas de medicina do Reino Unido.

O Professor Larry Culliford (2009) foi convidado a ministrar curso semestral, nos anos de 2005, 2006 e 2007, intitulado "Espiritualidade e cuidados de saúde" para terceiro-anistas de medicina no Reino Unido, em um módulo de oito semanas, com carga horária total de 32 horas. Os objetivos de aprendizagem incluíram: explorar a questão "O que é espiritualidade?", esclarecendo as sobreposições e distinções entre espiritualidade e religião; considerar que a consciência e as práticas espirituais podem ser vantajosas para os pacientes e também para os profissionais de saúde; considerar os aspectos negativos de práticas espirituais e religiosas; fundamentar esses pontos com referência à pesquisa epidemiológica; identificar valores espirituais e promover habilidades espirituais relevantes para os cuidados de saúde; aprender a avaliar os aspectos religiosos e espirituais da vida dos pacientes; incentivar e facilitar a reflexão pessoal sobre espiritualidade e cuidados de saúde à luz da experiência vivenciada. Os relatos escritos pelos alunos mostraram que o curso não só cumpriu como superou seus objetivos de aprendizagem. A espiritualidade, que antes era equacionada exclusivamente com a religião, foi claramente diferenciada, deixando de ser considerada dependente da afiliação, convicção ou prática religiosa. Com o conhecimento, veio a segurança para falar sobre espiritualidade, que passaram a considerar importante e introduziram rotineiramente na avaliação dos pacientes. Expressaram sua confiança na capacidade de tomar uma história espiritual e consideraram que todas as equipes de cuidados em saúde deveriam ser treinadas para atender às necessidades espirituais dos pacientes, sempre que possível. Depois do curso os alunos demonstraram uma visão geral satisfatória da epidemiologia dos fatores espirituais e religiosos que afetam a saúde. Embora a abordagem "holística" ou "biopsicossocial" dos cuidados de saúde tenha dominado a retórica do ensino, os alunos expressaram a preocupação de que a religiosidade e a espiritualidade não haviam sido mencionadas anteriormente. Os graduandos perceberam que a simples tomada de histórias espirituais parecia beneficiar os pacientes. Alguns relataram que negligenciavam o desenvolvimento espiritual próprio e que tinham dúvida sobre sua relevância, particularmente na medicina. Vários expressaram sua gratidão e alívio,

afirmando que o curso reavivou o otimismo em sua busca espiritual e que encontraram nova importância para uma perspectiva espiritual na carreira escolhida.

De acordo com Talley e Magie (2014), com o financiamento concedido pelo Prêmio Curricular de Espiritualidade e Medicina John Templeton ao Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde, os professores da Universidade de Medicina e Biociências de Kansas City desenvolveram o currículo "Espiritualidade em Medicina". Ao desenvolver o currículo, a faculdade levou em consideração as competências exigidas pela *Association of American Medical Colleges* e resultados qualitativos de pesquisas com vestibulandos e estudantes matriculados nas escolas médicas. As estratégias incluíram palestras, painéis de discussão, *role-playing* e treinamento no uso de uma ferramenta de avaliação de espiritualidade. A maioria dos 250 estudantes que receberam o treinamento em 2010-2011 foram capazes de demonstrar as seguintes competências: (1) ser sensível às necessidades espirituais e culturais dos pacientes; (2) avaliar as necessidades espirituais dos pacientes e suas próprias necessidades; (3) utilizar adequadamente serviços de capelão para atendimento ao paciente; (4) compreender os efeitos das disparidades de saúde e questões éticas sobre o atendimento ao paciente. A Universidade de Missouri-Kansas City, com base nos resultados satisfatórios obtidos, decidiu incluir este curso no currículo obrigatório da medicina. Essa proposta enfatizou a vinculação do profissional com as questões espirituais desde a sua formação, entendendo como relevantes não apenas as questões do paciente, mas também a do próprio médico.

Ainda, a Universidade de Virginia desde 1998 apresenta um projeto relativo à espiritualidade no currículo da faculdade de Medicina (<https://well.wvu.edu/resources/lifestyle/your-spiritual-life>); e, a *Medical University of South Carolina* oferece múltiplas atividades relativas às interfaces entre a espiritualidade e a saúde. (www.muschealth.org/pastoral-care/services.html).

2.4.1.3 Faculdades de Medicina do Brasil que oferecem cursos de espiritualidade e saúde

Dal-Farra e Geremia (2010) relatam que no Brasil, a Universidade Federal do Ceará oferece em sua matriz curricular uma disciplina optativa no curso de Medicina denominada Medicina e Espiritualidade, assim como a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro — Saúde e Espiritualidade, e a Universidade Federal do Rio Grande

do Norte — Medicina, Saúde e Espiritualidade. A inclusão de disciplinas específicas na matriz curricular que contemplem as questões da espiritualidade permite abordar este tema em sua maior amplitude, tratando suas inter-relações com as demais temáticas com a especial vantagem da sistematização de um plano de ensino definido e dotado de sequência lógica organizada e sequencialmente adequada. Contudo, há necessidade de realizar um estudo curricular contextualizado para evitar a sobrecarga de atividades em relação às já numerosas atribuições dos estudantes com carga horária elevada. A primeira universidade brasileira a introduzir um curso de extensão universitária sobre saúde e espiritualidade foi a Universidade Santa Cecília (Santos-SP), no ano de 2002, atualmente oferece o curso de aperfeiçoamento “bases da integração cérebro-mente-corpo-espírito”. A primeira faculdade de medicina a abordar curricularmente a questão da espiritualidade foi a da Universidade Federal do Ceará no ano de 2004. Em 2005 a Faculdade do Triângulo Mineiro iniciou disciplina optativa sobre Saúde e Espiritualidade, juntamente com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Em 2006 a Universidade Federal do Rio Grande do Norte iniciou a disciplina optativa “Medicina, Saúde e Espiritualidade”.

Lucchetti e Granero (2010) descreveram que os principais entraves para a integração de espiritualidade e saúde no ensino médico são a falta de estudos no campo, uma tendência à laicização da medicina e um desejo de evitar a coerção religiosa. Relatam que no Brasil, o primeiro curso acadêmico sobre espiritualidade e sua interface com a saúde começou em 2002 na Universidade Santa Cecília, em Santos. No entanto, apenas em 2006, a faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará incluiu o tema dentro do currículo. Paralelamente a estas atividades institucionais, outras escolas médicas também possuem grupos acadêmicos que realizam seminários sobre saúde e espiritualidade, como: Núcleo de Saúde e Espiritualidade da Universidade Federal de São Paulo; Núcleo de Pesquisas sobre Espiritualidade e Religiosidade da USP, ligado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de São Paulo; Grupo WHOQOL-Brasil, instalado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora; Núcleo Avançado de Saúde Ciência e Espiritualidade, na Universidade Federal de Minas Gerais; Núcleo de Estudos em Saúde, Medicina e Espiritualidade da Universidade Federal Fluminense; Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade da Universidade Federal de Goiás; e,

Sociedade Científica de Saúde e Espiritualidade da Faculdade de Medicina de Marília. Além disso, há diversos congressos nacionais sobre a temática como os congressos acadêmicos (Botucatu, Marília e Campinas); o MEDNESP (Congresso Nacional da Associação Médico-Espírita do Brasil); o Congresso Brasileiro de Espiritualidade e Religiosidade na Saúde Mental; Congresso Nacional Universitário de Saúde e Espiritualidade; Congresso Brasileiro de Espiritualidade e Prática Clínica; Encontro de Medicina e Espiritualidade de Alagoas e o Simpósio Paulista sobre Saúde, Espiritualidade e Educação, dentre outros.

Lucchetti et al. (2012b) investigaram a magnitude do ensino de espiritualidade e saúde em escolas médicas brasileiras e a maneira como o tema é abordado. Todas as escolas médicas privadas e públicas do Brasil foram convidadas a participar do estudo. O instrumento de coleta foi um questionário padronizado onde solicitavam as seguintes informações: dados institucionais; dados do responsável; tipos de cursos relativos à espiritualidade e saúde, inclusive se o assunto era englobado em outras matérias; eventos sobre espiritualidade e saúde; planos para criar uma matéria de espiritualidade e saúde; importância da inclusão de espiritualidade e saúde no currículo médico. De um total de 180 escolas médicas, 86 (47,7%) concordaram em participar. Das instituições pesquisadas, 9 possuíam um curso específico sobre o tema, sendo 4 (4,6%) obrigatórios e 5 (5,8%) eletivos. Em adição, 14 (16,2%) relataram que uma aula expositiva sobre espiritualidade e saúde constava em algum momento no currículo. Outras 12 (13,9%) indicaram que um membro da faculdade colaborava em um curso ou aula incluindo espiritualidade e saúde, principalmente nas disciplinas de Ética, Psicologia Médica e Medicina Comunitária. Apenas 4 (4,6%) escolas assinalaram sediar um evento voltado para espiritualidade e saúde, como uma conferência ou seminário. Somente 2 (2,3%) planejavam implementar um novo curso em espiritualidade e saúde em seu currículo. No Brasil, o estudo averiguou que 10,4% das escolas médicas possuíam cursos que ministravam especificamente espiritualidade e saúde e 40,5% apresentavam cursos ou conteúdo de espiritualidade e saúde. Esses resultados impactam quando os relacionamos com a população brasileira, considerada altamente religiosa/espiritualizada, na qual, 83% considera a religião importante em suas vidas. Em um país com alto índice de religiosidade, conhecer aspectos de diferentes religiões é benéfico na prática médica tanto para resolver questões éticas e legais, quanto para compreender e dedicar-se a suprir as

necessidades religiosas dos pacientes. Lamentavelmente, muitos profissionais ainda se prendem à convicção de que a medicina deve permanecer laica e sem se relacionar com religiosidade/espiritualidade, uma vez que esse tema é considerado coercitivo por alguns pacientes. Para integrar a espiritualidade nas escolas de medicina brasileiras, precisamos conhecer as opiniões dos alunos, bem como as ações dos dirigentes. Poucas instituições possuem cursos exclusivamente dedicados à espiritualidade e saúde, mas 40% delas abordam o tema de algum modo ao longo do currículo médico. Apenas duas instituições pesquisadas incluíam oportunidades práticas de integrar a espiritualidade no cuidado com o paciente e só três ensinavam como conduzir uma história espiritual. Mais da metade dos diretores de escolas médicas (54%) consideram que o conhecimento em espiritualidade e saúde é parte importante do cuidado com o paciente e que deve ser transmitido aos alunos, o que pode ser considerado estimulante e promissor. Dentre os fatores que podem explicar a não inclusão da Espiritualidade e Saúde no currículo médico encontram-se o tempo disputado entre outras disciplinas e a falta de pessoal qualificado para ministrar tais cursos. Os cursos oferecidos com relação à espiritualidade e saúde são os mais variados, sem necessariamente focarem no cuidado com o paciente, decorrente da falta de treinamento específico do corpo docente e justamente da falta de acordo do que deve ser incluído no currículo. Uma diretriz nacional acerca do papel de espiritualidade e saúde na formação médica poderia amenizar esses problemas. Tem havido um crescimento de cursos de graduação com disciplinas na área.

Lucchetti et al. (2013) avaliaram as atitudes, crenças e experiências de estudantes de medicina de instituições envolvidas no SBRAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education* - Espiritualidade e Educação Médica Brasileira), com relação à espiritualidade e religiosidade na sua formação acadêmica e na prática clínica. Os autores construíram um questionário com 43 itens de múltipla escolha. Nas questões referentes à religiosidade, foi utilizada a DUREL (*Duke Religious Index*). Para avaliar o conceito dos alunos sobre espiritualidade foram disponibilizadas cinco alternativas, sendo possível escolher mais do que uma opção: crença e relacionamento com Deus/religiosidade; busca de sentido e significado para a vida; crença na existência da alma e vida após a morte; crença em algo que transcende a matéria; e, ética e postura humanística. Quanto à prática clínica perguntou-se sobre a ligação entre espiritualidade e saúde na prática clínica, incluindo a influência da

espiritualidade na saúde dos doentes e na relação médico-paciente; preparação, disposição e barreiras do estudante de medicina para abordar espiritualidade e religiosidade; questionou-se se já havia feito esse tipo de abordagem e, ainda, se acreditava ser apropriado para um médico orar com o paciente. A última parte do questionário referia-se ao papel das escolas médicas brasileiras na informação sobre o tema espiritualidade e religiosidade: se havia sido abordado durante sua formação; como acreditava que o assunto deveria ser inserido no currículo; e, se percebeu alguma mudança em seu próprio modo de lidar com o tema no decorrer da graduação. O SBAME é um estudo multicêntrico que conta com a participação de 12 escolas médicas brasileiras, públicas e privadas, que totalizam aproximadamente 5950 alunos. Participaram da pesquisa 3630 estudantes (61%). A maioria acredita que: a espiritualidade tem impacto sobre a saúde dos pacientes (71,2%) e que esse impacto é positivo (68,2%); o médico deve estar preparado para lidar com questões espirituais relacionadas com a saúde de seus pacientes (61,6%); e, este conteúdo deve ser incluído no currículo médico (62,6%). Em relação à prática clínica, 58% abordariam a espiritualidade e religiosidade do paciente e 75,3% consideraram o tema relevante, embora menos da metade (48,7%) se sinta preparada para fazê-lo. No que diz respeito a sua formação, 81% relatam que nunca participaram de uma atividade de espiritualidade e saúde e 78,3% afirmam que seus professores nunca ou raramente abordaram esta questão. Os autores concluíram que se pode afirmar que existe uma lacuna entre as atitudes dos educadores e as expectativas dos acadêmicos de medicina sobre a inclusão do tema espiritualidade e religiosidade em sua formação e na prática clínica. Muitos estudantes acreditam que os pacientes devem ter suas crenças abordadas e validadas, e que essas crenças podem ter importante impacto, não só sobre o prognóstico e resultado do tratamento, como na relação médico-paciente. Concluíram os autores que a inclusão do tema no currículo médico será um passo importante para se alcançar uma medicina mais centrada no paciente.

Borges et al. (2013) desenvolveram um estudo com o objetivo de compreender quais eram os conceitos de espiritualidade trazidos pelos estudantes de medicina, e quais os respectivos graus de religiosidade frente a esses conceitos. Para tanto, realizaram um estudo transversal na Faculdade de Medicina de Jundiaí, um dos centros integrantes do estudo multicêntrico SBAME, com a participação de 51,5% do total de alunos. Dentre os itens avaliados, por meio de um questionário padrão, a

autopercepção subjetiva da importância da religiosidade/espiritualidade em suas vidas foi entendida por autorrelato de religiosidade. Para definir o conceito de espiritualidade foram oferecidas algumas opções, sendo possível assinalar mais de uma resposta: postura ética e humanística; busca de sentido e significado para a vida humana; crença e relação com Deus/religiosidade; crença em algo transcendente à matéria; e, crença na existência da alma e na vida após a morte. Perguntou-se com o que o estudante relacionava o assunto saúde/espiritualidade, podendo também assinalar mais de uma resposta e dando as seguintes opções: humanização da medicina; qualidade de vida; saúde total/holística; interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde; interferência do transcendente/imaterial na saúde; e, abordagem do viver e do morrer. Para a dimensão de religiosidade, além de perguntas gerais como afiliação religiosa, utilizaram-se perguntas pertencentes à versão em português da escala de religiosidade da Duke-DUREL. Quanto aos aspectos religiosos dos estudantes, 21,2% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana, 38,8% relataram dedicar um tempo a atividades religiosas individuais, como preces, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos diariamente e 73,9% tinham algum tipo de afiliação religiosa (43% católicos, 7,7% evangélicos, 16,9% espíritas e 6,3% outras). Na avaliação dos 210 estudantes, a espiritualidade foi conceituada principalmente como “crença em algo transcendente à matéria”, “crença e relação com Deus /religiosidade” e “busca de sentido e significado para a vida humana”. O assunto foi correlacionado com “humanização da medicina” e “interferência positiva/negativa da religiosidade na saúde”.

Banin et al. (2013) investigaram possíveis diferenças entre as opiniões de 44 docentes médicos e 475 estudantes de graduação em Medicina em relação à espiritualidade na prática clínica, com o intuito de levantar estratégias para propostas educacionais. O instrumento de coleta de dados foi um questionário padronizado onde aplicaram o Índice de Religiosidade da Duke e elaboraram algumas questões relativas à espiritualidade no contexto clínico e acadêmico. Os resultados mostraram que: os estudantes não abordaram a espiritualidade com tanta frequência quanto os docentes; a maioria dos participantes não se sentia preparada para esta abordagem, apesar de acreditar que deveriam estar; a maioria também era de opinião que as escolas de medicina brasileiras não estão fornecendo toda a informação necessária neste campo.

Lucchetti et al. (2014a) convidaram os estudantes das 12 escolas médicas brasileiras participantes do estudo multicêntrico SBAME (Espiritualidade e Educação Médica Brasileira) a responder a um questionário padronizado. Do total de 5950 estudantes convidados, participaram da pesquisa 3630 graduandos (61%). O instrumento de coleta de dados consistia de quatro blocos, iniciando com dados sociodemográficos. O segundo referia-se às características das escolas médicas, tais como: número de estudantes de medicina na universidade, ano da fundação da escola de medicina, localização da universidade e tipo de universidade. A seguir, eram avaliados os aspectos religiosos: afiliação religiosa, assistência religiosa, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca. Sobre as questões éticas controversas abordadas, obtiveram os seguintes resultados: a maioria não tem objeção à prescrição de controle de natalidade (90,8%), uso de células-tronco adultas (87,5%), uso de células-tronco embrionárias (82,0%) e aborto por razões genéticas (51,2%). Aproximadamente metade dos alunos não tem objeção à clonagem humana (47,3%), 45,7% à retirada do suporte artificial da vida, 41,4% à eutanásia e 23,3% ao aborto por falha na contracepção. As características das escolas médicas e os aspectos religiosos estavam altamente correlacionados com suas opiniões, os mais favoráveis sobre questões éticas controversas eram menos religiosos e de universidades não tradicionais.

Reginato, De Benedetto e Gallian (2016) relatam que, com o objetivo geral de levar o estudante a perceber a importância da influência da espiritualidade no tratamento do paciente e, também, a sua participação como instrumento de humanização no atendimento, foi oferecida aos estudantes de graduação de medicina e enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, a disciplina eletiva intitulada “Espiritualidade e Medicina”. O curso foi estruturado para se desenvolver ao longo de oito encontros semanais de quatro horas, com carga horária total de 32 horas, distribuídas em aulas teóricas e seminários. O conteúdo programático do curso abordava os seguintes aspectos: conceitos de espiritualidade e religiosidade e a natureza da crença; o porquê de se estudar espiritualidade na assistência ao paciente; reflexões sobre a existência de Deus e o entendimento do ser humano frente aos preceitos básicos das principais religiões; a dor e o sofrimento numa visão transcendental do ser humano; a espiritualidade no processo saúde-doença; por que, quando e como incluir espiritualidade no processo terapêutico; a espiritualidade como

ferramenta no processo de um atendimento humanizado; avaliação da pesquisa em espiritualidade sob a ótica da ciência e da tecnologia. Os autores avaliaram por um período de quatro anos (de 2007 a 2010) o quanto a percepção dos estudantes em relação ao tema espiritualidade e saúde foi ampliada ao se promover o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente; e, qual o grau de importância desse aprendizado para sua formação pessoal, profissional e humanística. A maioria dos participantes possuía uma religião e atribuía importância à presença de Deus em suas vidas, 20% eram agnósticos e pequena minoria ateus. Cinquenta por cento da amostra participava habitualmente das práticas religiosas. Quanto ao conceito de Deus, as manifestações variaram desde em não acreditar em nada até a um conceito amplo e complexo. A ideia de Deus como uma força que pudesse influenciar suas vidas foi praticamente unânime no grupo de estudantes que completou a disciplina. A visão acerca de espiritualidade foi bastante variada, por vezes voltada a um conceito religioso, outras apontando mais para um sentido da vida, mas quase sempre relacionado à transcendência. A relação da espiritualidade com a busca de um sentido para a vida foi um ponto de confluência em todas as visões manifestadas. A interpretação dos dados constituídos pelos textos produzidos pelos alunos foi realizada pelos autores pela abordagem da fenomenologia hermenêutica e ressaltou os seguintes aspectos: busca de sentido da vida; o quanto as concepções acerca de Deus e da espiritualidade são interdependentes e o valor conferido à disciplina; espiritualidade e humanização; e espiritualidade, cuidado de si e autoconhecimento. Os pesquisadores utilizaram como instrumento de avaliação dos participantes uma dissertação individual, na qual analisaram situações clínicas, de acordo com a ótica da espiritualidade. Concluíram que a abordagem da espiritualidade na graduação indica uma educação médica mais humanística, pois a conscientização da importância da dimensão espiritual no tratamento do paciente manifesta o ressurgimento de uma medicina de valorização do ser humano em toda a sua complexidade. O reconhecimento das crenças dos pacientes e da forma como vivenciam sua espiritualidade é uma dimensão importante no tratamento do paciente e indicativo da prática de uma medicina mais humanizada. De acordo com os participantes, a disciplina “Espiritualidade e Medicina” ao criar cenários didáticos permitiu que lançassem um novo olhar ao tema e trabalhassem sentimentos e emoções que afloraram de forma natural e espontânea, promovendo seu crescimento como seres humanos. Apropriar-se da dimensão espiritual enquanto recurso terapêutico para o

exercício da prática clínica, no decorrer de sua formação acadêmica, é apoderar-se de uma sofisticada ferramenta no exercício da alteridade na relação médico-paciente. Validar a dimensão espiritual proporcionará ao médico o resgate desta relação, com uma visão holística e humanizada, ao demonstrar compaixão e altruísmo e despertar mais empatia e confiança no paciente.

Damiano et al. (2017) investigaram como diferentes crenças e experiências poderiam influenciar a empatia em uma amostra brasileira de estudantes de medicina. Religiosidade e experiência anterior com doença grave não foram associadas à empatia, ao contrário do que acreditavam os autores. Ter uma afiliação religiosa ou um envolvimento religioso por si só pode ter a mesma influência sobre a empatia que alguns domínios de espiritualidade, como lidar com suas próprias emoções e expectativas e ter um significado e propósito na vida. Por conseguinte, deve-se fazer mais para abordar em que atividades os estudantes de medicina encontram significado e propósito na vida e possíveis mecanismos para desenvolvê-las. Concluíram que a empatia está associada ao significado de vida e tratamento de saúde mental, mas não à religiosidade entre os estudantes de medicina do Brasil.

2.4.1.4 Educação e pesquisa na área de espiritualidade e saúde: avaliação, recomendação, financiamento, eventos e grupos de pesquisa

Segundo Puchalski (2001b), como um reconhecimento à relevância ética e ao volume crescente de evidências sobre a interconexão entre espiritualidade e saúde, a *Association of American Medical Colleges* e o *National Institute for Health Care Research* promoveram conferências para implementar o desenvolvimento curricular desta temática nos cursos pré-médicos e de graduação médica nos Estados Unidos.

Segundo Modjarrad (2004), na década de 1990, a *Association of American Medical Colleges*, o *National Institute for Healthcare Research* e a *Robert Wood Johnson Foundation* financiaram centenas de programas vinculados à relação entre fé e saúde. Cada vez mais se torna frequente o número de entidades que oferecem apoio financeiro às escolas médicas que iniciam o curso de “Saúde e Espiritualidade” como é o caso da *John Templeton Foundation* e a *George Washington Institute for Spirituality and Health* nos Estados Unidos.

Puchalski (2006) constata que a avaliação dos programas tem sido um desafio porque os currículos são diferentes e, muitas vezes, os temas são diversos e as formas de abordar o assunto são únicas em cada Instituição. A maioria das escolas médicas analisa a eficácia com pesquisas padrão que avaliam a satisfação do curso.

No Brasil, com o editorial de Moreira-Almeida (2007), a Revista de Psiquiatria Clínica dedicou uma edição especial à espiritualidade e à saúde.

Lucchetti e Granero (2010) relatam que em 2009 o Congresso Brasileiro de Educação Médica convocou uma reunião intitulada "O Uso da Espiritualidade em Práticas Clínicas" e, o Congresso Brasileiro de Medicina Interna reuniu-se para examinar "Medicina e Espiritualidade na Prática Médica". Alguma resistência à introdução de cursos sobre o tema surgiu da falta de estudos brasileiros e de vários preconceitos sobre o sectarismo e a coerção religiosa. O aspecto científico da relação entre espiritualidade e saúde ainda enfrenta grandes desafios, que devem ser superados antes que espiritualidade e saúde possam ser integradas nos currículos das universidades brasileiras.

De acordo com Lucchetti et al. (2012b), diversos centros universitários possuem grupos de pesquisa que investigam esse tema (como as universidades de Duke, Harvard, e de Johns Hopkins) e diversas escolas médicas internacionais trazem esse conteúdo em seu currículo (90% nos Estados Unidos e 59% na Grã-Bretanha). Ressaltam que a Organização Mundial de Saúde e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* recomendam incluir a espiritualidade no cuidado clínico e na educação em saúde. Uma vez que se trata de uma temática cuja abordagem costuma ser fortemente interdisciplinar, diversos grupos de pesquisa brasileiros têm reunido pesquisadores das mais diversas áreas.

Informam Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti (2014) que as associações mundial, americana, brasileira, alemã, britânica e sul-africana de psiquiatria, bem como a Associação Americana de Psicologia possuem seções específicas de religiosidade/espiritualidade e ressaltam a importância de reconhecer e avaliar a dimensão espiritual do paciente.

2.4.1.5 Abordagem espiritual: prevenção das Síndromes de *Burnout* e da Fadiga por Compaixão nos acadêmicos de Medicina

A revisão de Kearney et al. (2009) reúne evidências de que práticas ou abordagem com raízes espiritualistas podem prevenir as síndromes de *Burnout* e de fadiga por compaixão, melhorando a qualidade de vida e o enfrentamento do profissional de saúde.

Estudo realizado por Dyrbye et al. (2008) com 4.287 alunos de sete escolas de Medicina dos Estados Unidos mostrou que 49,6% dos alunos apresentavam sintomas da Síndrome de *Burnout* e 11,2% deles relataram ideação suicida nos últimos 12 meses.

Segundo Codo e Vasques-Menezes (2006), o nome *Burnout* designa algo como “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar para fora”. Os sintomas dessa doença se manifestam quando o profissional perde o interesse pelo trabalho como uma reação à tensão emocional constante e excessiva.

De acordo com a Associação Paulista de Medicina, a Síndrome de *Burnout* ou síndrome de esgotamento profissional é um distúrbio psíquico de caráter depressivo, associado ao esgotamento físico e mental. Surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70 e retrata uma doença que provoca, em escalas diferentes de gravidade, exaustão emocional, despersonalização (indiferença) e autoavaliação negativa associada a infelicidade. O médico portador dessa síndrome tem aparência inabalável, evita contato visual com os pacientes e colegas de trabalho, responde com frieza e, às vezes, até com ironia. É como se não quisesse se envolver com a dor alheia. A rotina em ambientes estressantes somada à elevada carga de plantões faz parte do perfil dos médicos mais vulneráveis. Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, com 7.700 médicos em todo o país, revela que 57% deles apresentam sintomatologia atribuível à síndrome de *Burnout*, sendo que entre os intensivistas a prevalência sobe para 63%. (APM, 2009)

Para Tucunduva et al. (2006), outra síndrome frequente no meio médico é a “fadiga por compaixão”, que pode ser explicada como um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão. O indivíduo acometido apresenta exaustão biológica, psicológica e social, com transtornos do sono, rompantes de ira e irritabilidade.

Segundo Puricelli et al. (2008), tanto a Síndrome de *Burnout* quanto a da fadiga por compaixão estão relacionadas a tratamento insatisfatório de pacientes e maior frequência de erros médicos, redução drástica no bem-estar e na gratificação emocional com a prática profissional, com prejuízo significativo nas relações sociais e familiares, sendo fortes preditores de depressão e adoecimento. A própria formação médica e suas demandas emocionais e intelectuais estão associadas a essas condições e são quase sempre ineficazes as ferramentas utilizadas no âmbito acadêmico e de residência para sua prevenção, diagnóstico e tratamento precoces.

Lucchetti et al. (2018) desenvolveram um estudo intercultural Brasil/Estados Unidos, onde compararam saúde mental, qualidade de vida, empatia e *Burnout* em estudantes de medicina do primeiro e segundo anos. Foram incluídos 138 estudantes brasileiros e 73 norte-americanos. Por meio de escalas validadas avaliaram depressão, ansiedade e estresse; empatia, abertura para a espiritualidade e bem-estar; *Burnout*; e qualidade de vida. Os estudantes brasileiros relataram mais depressão e estresse, enquanto os norte-americanos relataram maior bem-estar, menos exaustão e maior qualidade de vida ambiental. Selecionaram a metade dos estudantes brasileiros que apresentava melhor saúde mental e compararam com todos os estudantes norte-americanos da amostra. Os brasileiros apresentaram maior qualidade de vida física, enquanto os norte-americanos relataram maior qualidade de vida ambiental. Na comparação entre diferenças culturais, sociais, infraestruturais e curriculares encontraram que: os estudantes norte-americanos eram mais velhos; as turmas eram menores; metodologia de ensino era o “Aprendizado Baseado em Problemas” (PBL), o que permitia confronto direto com pacientes desde o início do curso médico; e, recebiam suporte psicológico.

3 MÉTODO

3.1 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O estudo se deu em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido ao CEP/UNIFESP (Projeto nº 1556/2016) e recebeu na Plataforma Brasil o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 62062916.0.0000.5505, tendo sido aprovado em 8 de dezembro de 2016 pelo parecer consubstanciado do CEP nº 1.855.656 (Anexo 1).

3.2 Tipo de Estudo

O desenho do estudo foi feito com abordagem quantitativa do tipo analítica observacional transversal e diversas correlações foram possíveis submetendo-se os dados encontrados à análise estatística. Optamos pela busca de maior amostragem em detrimento de uma abordagem qualitativa, a fim de dimensionarmos a relevância da espiritualidade/religiosidade como recurso terapêutico na prática clínica para os estudantes de graduação em Medicina da EPM/UNIFESP.

3.3 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), criada em 15 de dezembro de 1994, com a transformação da Escola Paulista de Medicina, autarquia federal, em universidade da área de saúde, sendo posteriormente expandida. A Escola Paulista de Medicina, *Campus* São Paulo, foi a Instituição de Ensino Superior escolhida para a pesquisa.

3.4 Participantes da pesquisa

A amostra circunscreveu-se aos acadêmicos do curso médico, do primeiro ao sexto ano, da Escola Paulista de Medicina, que se encontravam regularmente matriculados no ano de 2017.

Obeve-se da autoridade competente, Coordenador do Curso Médico da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, a carta de anuência da Instituição (Anexo 2) para a realização da pesquisa com os acadêmicos. Todos foram convidados e a participação se deu de forma voluntária, mediante preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3).

O Curso Médico da Escola Paulista de Medicina está estruturado como um currículo nuclear em módulos temáticos, nos quais diferentes disciplinas são ministradas ao aluno de forma integrada. A duração do curso é de seis anos, tempo integral, divididos em três ciclos: Básico (1º e 2º anos), Profissionalizante (3º e 4º anos) e Internato (5º e 6º anos).

3.4.1 Critérios de Inclusão

Alunos que no ano de 2017 se encontravam regularmente matriculados no curso de graduação em Medicina da EPM-UNIFESP, do primeiro ao sexto ano, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Alunos que no momento da coleta de dados estavam ausentes, os que não quiseram participar e os que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário padronizado, com perguntas fechadas e respostas alternativas de múltipla escolha, padrão Likert, e uma questão semiaberta (Anexo 4).

Realizamos um pré-teste com dois estudantes de cada ano da graduação do curso médico, no período de maio a junho de 2017, para que avaliassem as questões e sugerissem alterações com o intuito de verificar a clareza e o entendimento dos termos utilizados nas proposições e alternativas, e dimensionar o tempo para aplicação do questionário. Incorporamos considerações dos acadêmicos que, por consenso, julgamos pertinentes.

O questionário possui uma breve introdução onde a mestrandanda se apresenta e informa os dados da Instituição à qual a pesquisa está vinculada e os objetivos do trabalho. Solicita a colaboração do respondente, agradece a participação e garante confidencialidade.

O instrumento de coleta de dados está dividido em quatro blocos:

- perfil sociodemográfico (questões de 1 a 6);
- Índice de Religiosidade da Universidade Duke (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008) (questões de 7 a 11);
- religiosidade/espiritualidade no contexto clínico (com base na literatura científica) (questões de 12 a 16);
- religiosidade/espiritualidade no contexto acadêmico (com base na literatura científica) (questões de 17 a 20).

Após a obtenção do consentimento expresso no TCLE, aplicamos o questionário em sala de aula com a colaboração dos estudantes que participaram do pré-teste, cada dupla em sua turma, no período de agosto a outubro de 2017.

3.6 Monitoramento

3.6.1 Perfil Sociodemográfico

As questões investigadas no perfil sociodemográfico compreendem: gênero, etnia, ano da graduação, faixa etária, renda familiar e afiliação religiosa. Por sugestão dos estudantes que participaram do pré-teste, substituímos no questionário o termo “afiliação religiosa” por “crença religiosa”, pois acreditavam que seria melhor entendido por seus pares. As alternativas ofertadas nesta questão, assemelhavam-se às utilizadas por Moreira-Almeida et al. (2010) e pelo IBGE (2010), exceção feita à opção “sem religião” que, conforme esclarecemos, preferimos dividir nas categorias “não possui/agnóstico” e “não possui/ateu”. Optamos por não investigar afiliação secundária e conversão religiosa por não fazerem parte do escopo de nossa pesquisa.

3.6.2 Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)

Escala de cinco itens, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde:

- Religiosidade Organizacional (RO): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.);
- Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.);
- Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo.

3.6.3 Contexto Clínico

Com o intuito de investigar a importância que o acadêmico do curso de medicina atribui à dimensão espiritual do paciente, e, também, se considera importante a validação das crenças dos pacientes para a prática clínica, abordamos questões referentes à religiosidade/espiritualidade no contexto clínico, como seguem:

- o médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente;
- independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente;
- a preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente;
- a espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente;
- o médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.

3.6.4 Contexto Acadêmico

No bloco destinado ao contexto acadêmico, indagamos se o acadêmico do curso de Medicina reconhece a dimensão espiritual do paciente como parte do cuidado integral ao ser humano e, ainda, se a proposição de ações didático-pedagógicas que instrumentalizem o futuro médico para intervenções na abordagem e validação da dimensão espiritual do paciente é relevante. Foram abordadas as seguintes questões:

- o cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente;

- a negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico;
- um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente;
- a proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.

3.7 Análise Estatística

A análise estatística de todas as informações coletadas nesta pesquisa foi inicialmente feita de forma descritiva, por meio das frequências absoluta e relativa (porcentagem).

As análises inferenciais empregadas com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva foram:

- coeficiente de correlação de Spearman (s) (SIEGEL, CASTELLAN, 2006): estimado com o intuito de quantificar a correlação das variáveis ordinais das questões 3 e de 7 a 20 entre si, a fim de investigar se apresentam relação positiva ou negativa;
- Kruskal-Wallis (SIEGEL, CASTELLAN, 2006): na comparação do escore atribuído às questões 3 e de 7 a 20, segundo a afiliação religiosa do estudante (questão 6), que por não apresentar variáveis ordinais, não pode ser avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman.

De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman, confirmamos correlação estatisticamente significativa entre variáveis ordinais e presenciemos dois tipos de relações entre as variáveis: correlação positiva e correlação negativa. A correlação positiva se dá quando observamos o aumento de uma variável e simultaneamente o aumento da outra variável comparada. Por outro lado, a correlação negativa ocorre quando há o aumento de uma das variáveis, e esse aumento promove a redução da outra variável. Quando não há correlação, uma variável não interfere na outra variável.

Em todas as conclusões obtidas por meio das análises inferenciais foi utilizado o nível de significância alfa igual a 5%.

Os dados foram digitados em planilhas do Excel 2016 *for Windows* para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico R versão 3.3.2. (R Core Team, 2016).

4 RESULTADOS

A análise estatística descritiva e inferencial dos dados apresenta-se em quatro blocos, de acordo com a estrutura do instrumento de coleta padronizado para esta pesquisa.

4.1 Perfil Sociodemográfico

4.1.1 Amostra e Gênero

A população de graduandos do primeiro ao sexto ano do curso médico da Escola Paulista de Medicina, regularmente matriculados no período da coleta de dados (de agosto a outubro de 2017), consistia de 758 estudantes (1º ano: 128; 2º ano: 127; 3º ano: 118; 4º ano: 129; 5º ano: 136; 6º ano: 120).

A amostra da pesquisa consiste em 72% da população total de estudantes. A Tabela 1 mostra a distribuição dos 547 participantes, por ano de graduação e gênero.

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por ano da graduação e gênero.

Ciclo	Ano da graduação	Gênero				Total de Participantes	
		Feminino		Masculino		N	%
		n	%	n	%		
Básico	1º	46	18,4%	52	17,5%	98	17,9%
	2º	36	14,4%	46	15,5%	82	15,0%
Profissionalizante	3º	35	14,0%	57	19,2%	92	16,8%
	4º	52	20,8%	57	19,2%	109	19,9%
Internato	5º	36	14,4%	27	9,1%	63	11,6%
	6º	45	18,0%	58	19,5%	103	18,8%
Total		250		297		547	100%

Com o intuito de confirmar a significância da amostra da pesquisa, aplicamos a fórmula para determinação do tamanho da amostra com um nível de confiança de 99%, proporção esperada de 50% e margem de erro de 5%.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1-p)}{(N-1) \times e^2 + Z^2 \times p \times (1-p)}$$

$$n = \frac{758 \times (2,575)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}{(758-1) \times (0,05)^2 + (2,575)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}$$

$$n = \frac{758 \times 6,630625 \times 0,25}{757 \times 0,0025 + 6,630625 \times 0,25}$$

$$n = 354$$

Onde:

N = tamanho do universo = 758 estudantes

Z = nível de confiança 99% = 2,575

e = margem de erro máximo = 5% = 0,05

p = proporção presumida de 50% = 0,5

Para que a amostra fosse significativa seriam necessários pelo menos 354 estudantes. Podemos, então, afirmar que a nossa amostra de 547 acadêmicos é estatisticamente significativa.

Há mais estudantes do gênero masculino que feminino nas turmas de Medicina da EPM, exceção feita ao 5º ano, (Figura 4) o que justifica a diferença percentual encontrada entre os gêneros na amostra desta pesquisa (Figura 5).

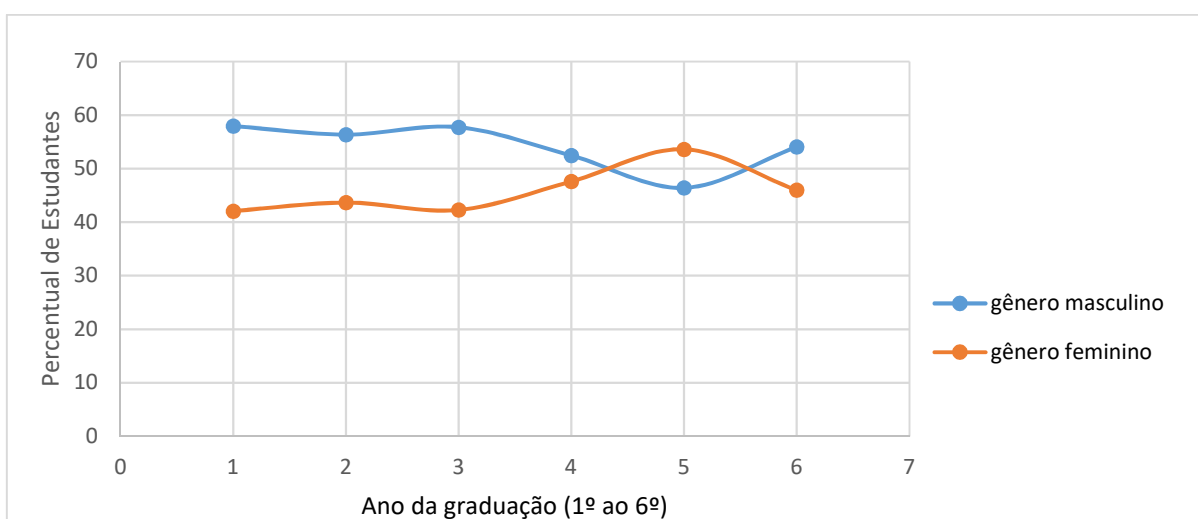
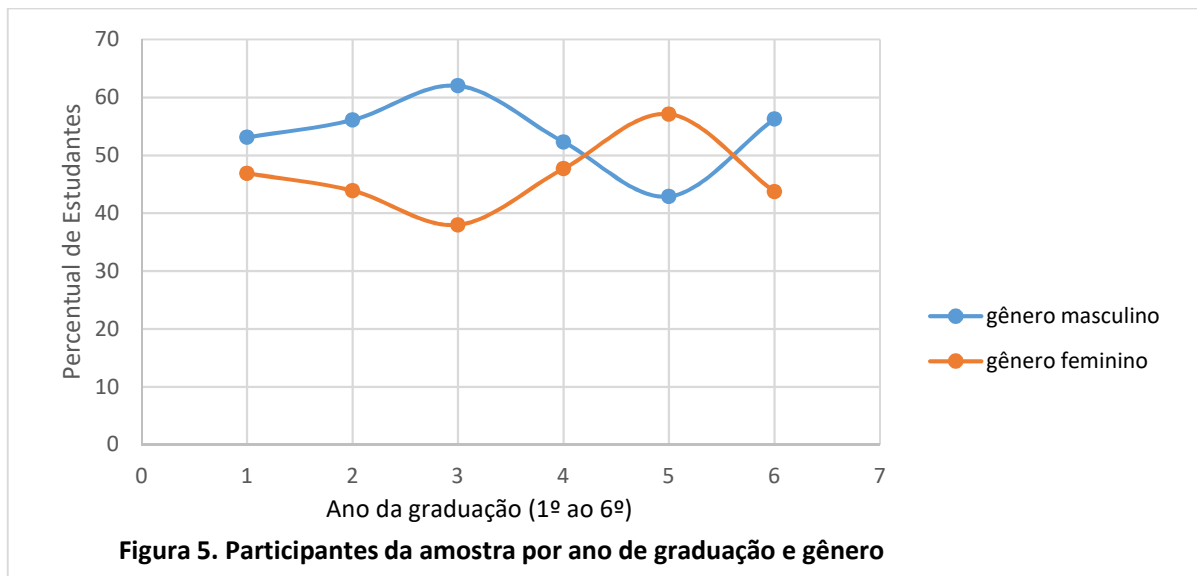


Figura 4. Estudantes matriculados no curso médico da EPM por ano de graduação e gênero

Gênero	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
gênero masculino	57,9%	56,3%	57,7%	52,4%	46,4%	54,0%
gênero feminino	42,1%	43,7%	42,3%	47,6%	53,6%	46,0%

Fonte: <http://www.unifesp.br/reitoria/indicadores/graduacao>

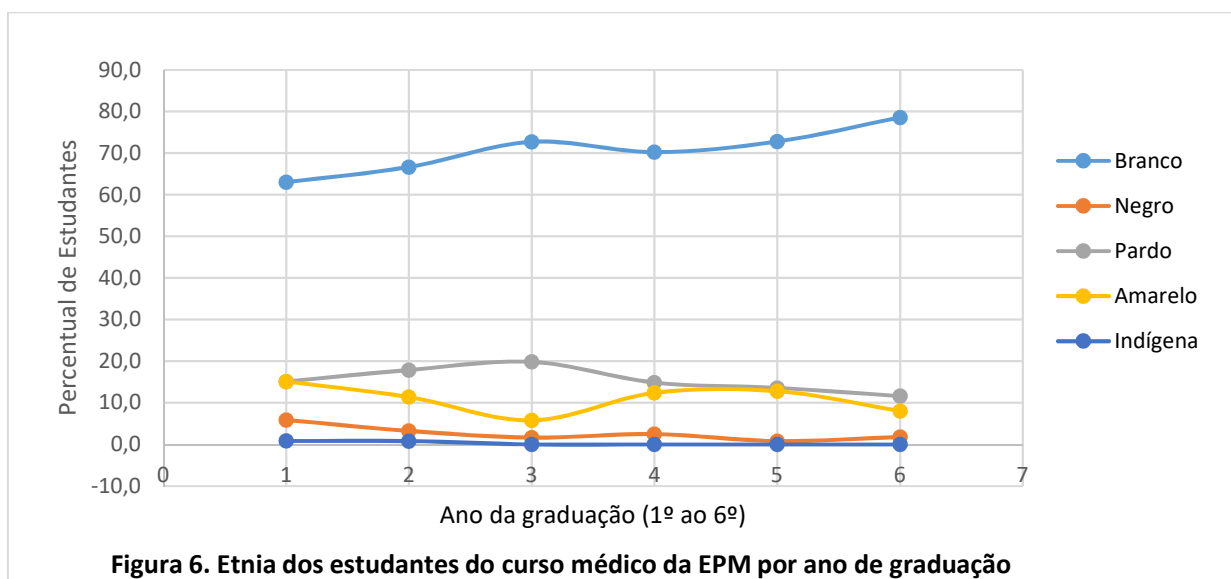


Gênero	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
gênero masculino	53,1%	56,1%	62,0%	52,3%	42,9%	56,3%
gênero feminino	46,9%	43,9%	38,0%	47,7%	57,1%	43,7%

Fonte: <http://www.unifesp.br/reitoria/indicadores/graduacao>

4.1.2 Etnia

A maior parte dos acadêmicos de medicina matriculados na EPM no período estudado é de etnia branca (70,6%). Os demais encontram-se assim distribuídos: 15,5% pardos, 11% amarelos, 2,6% negros e 0,3% indígenas. (Figura 6)



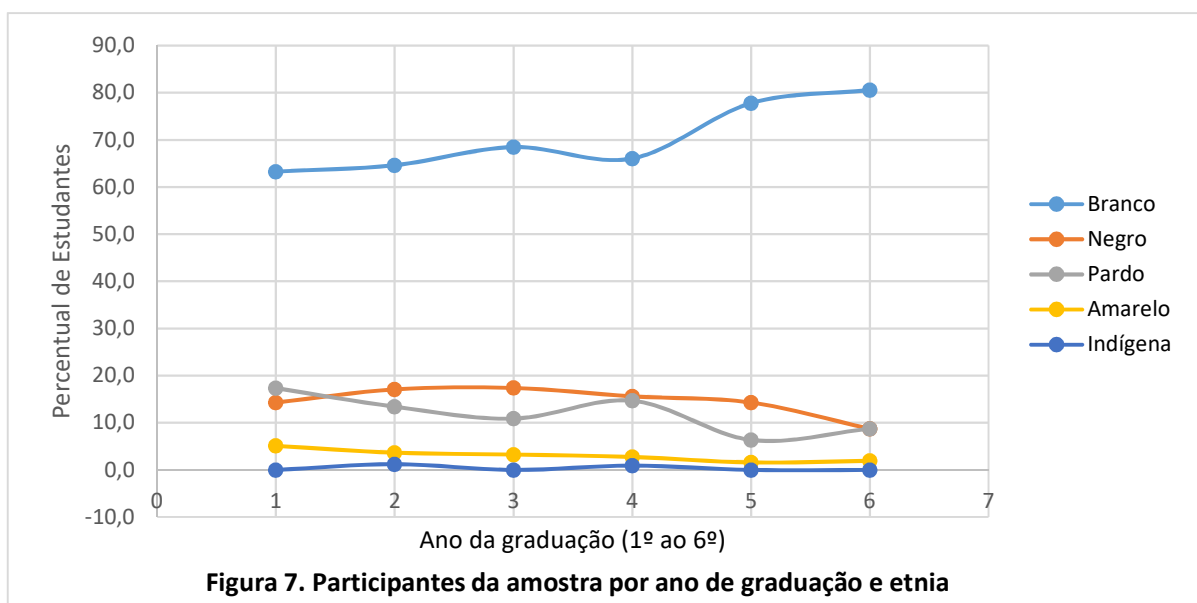
Etnia	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Branco	63,0%	66,7%	72,7%	70,2%	72,8%	78,6%
Negro	5,9%	3,3%	1,7%	2,5%	0,8%	1,8%
Pardo	15,1%	17,9%	19,8%	14,9%	13,6%	11,6%
Amarelo	15,1%	11,4%	5,8%	12,4%	12,8%	8,0%
Indígena	0,8%	0,8%	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: <http://www.unifesp.br/reitoria/indicadores/graduacao>

Dos 547 participantes da amostra desse trabalho, 69,8% eram brancos, 14,5% pardos, 12,2% amarelos, 3,1% negros e 0,4% indígenas (Tabela 2) (Figura 7). Percebe-se maior diversidade étnica nas turmas mais recentes, provavelmente devido ao crescente aumento das cotas (Figura 8).

Tabela 2. Distribuição dos participantes da pesquisa por etnia e ano da graduação.

Ano da graduação	Etnia									
	Branco		Pardo		Amarelo		Negro		Indígena	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	62	16,0%	14	18,0%	17	25,0%	5	29,5%	0	0
2º	53	14,0%	14	18,0%	11	16,5%	3	17,5%	1	50,0%
3º	63	16,0%	16	20,5%	10	15,0%	3	17,5%	0	0
4º	72	19,0%	17	21,5%	16	24,0%	3	17,5%	1	50,0%
5º	49	13,0%	9	11,0%	4	6,0%	1	6,0%	0	0
6º	83	22,0%	9	11,0%	9	13,5%	2	12,0%	0	0
Total	382		79		67		17		2	



Etnia	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Branco	63,3%	64,6%	68,5%	66,1%	77,8%	80,6%
Negro	14,3%	17,1%	17,4%	15,6%	14,3%	8,7%
Pardo	17,3%	13,4%	10,9%	14,7%	6,3%	8,7%
Amarelo	5,1%	3,7%	3,3%	2,8%	1,6%	1,9%
Indígena	0,0	1,2%	0,0	0,9%	0,0	0,0

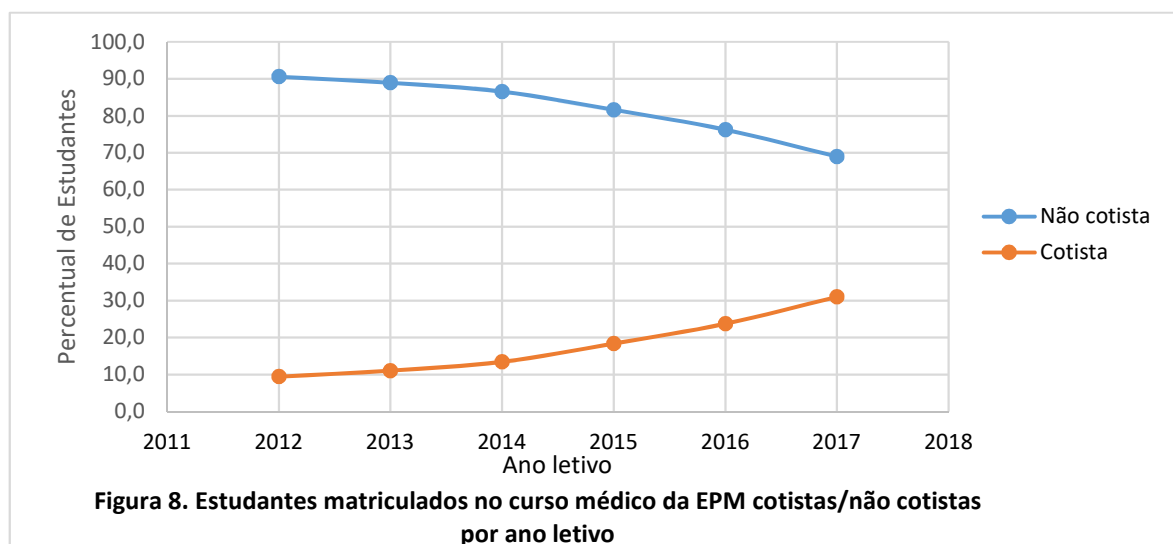


Figura 8. Estudantes matriculados no curso médico da EPM cotistas/não cotistas por ano letivo

Ano letivo	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Não cotista	90,6%	88,9%	86,5%	81,6%	76,2%	69,0%
Cotista	9,4%	11,1%	13,5%	18,4%	23,8%	31,0%

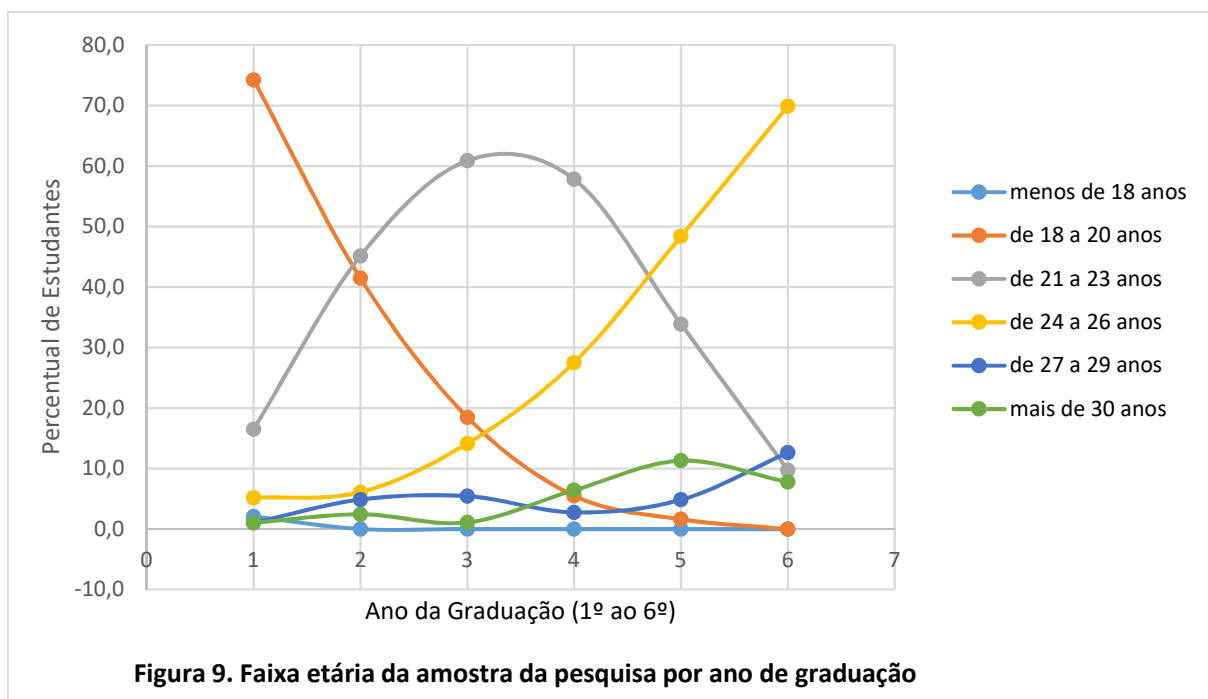
Fonte: <http://www.unifesp.br/reitoria/indicadores/graduacao>

4.1.3 Faixa Etária

Dos 545 participantes que assinalaram em qual faixa etária se encontravam, 37% concentram-se no intervalo de 21 a 23 anos, 28% de 24 a 26 anos, 24% de 18 a 20 anos e 10% nas demais (Tabela 3) (Figura 9).

Tabela 3. Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária e ano da graduação.

Ano da Graduação	Faixa Etária											
	menos de 18 anos		de 18 a 20 anos		de 21 a 23 anos		de 24 a 26 anos		de 27 a 29 anos		mais de 30 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	2	100,0%	72	55,4%	16	7,9%	5	3,2%	1	3,4%	1	3,8%
2º	0	0,0	34	26,2%	37	18,2%	5	3,2%	4	13,8%	2	7,7%
3º	0	0,0	17	13,1%	56	27,6%	13	8,4%	5	17,2%	1	3,8%
4º	0	0,0	6	4,6%	63	31,0%	30	19,4%	3	10,3%	7	26,9%
5º	0	0,0	1	0,8%	21	10,3%	30	19,4%	3	10,3%	7	26,9%
6º	0	0,0	0	0,0	10	4,9%	72	46,5%	13	44,8%	8	30,8%
Total (n)	2		130		203		155		29		26	



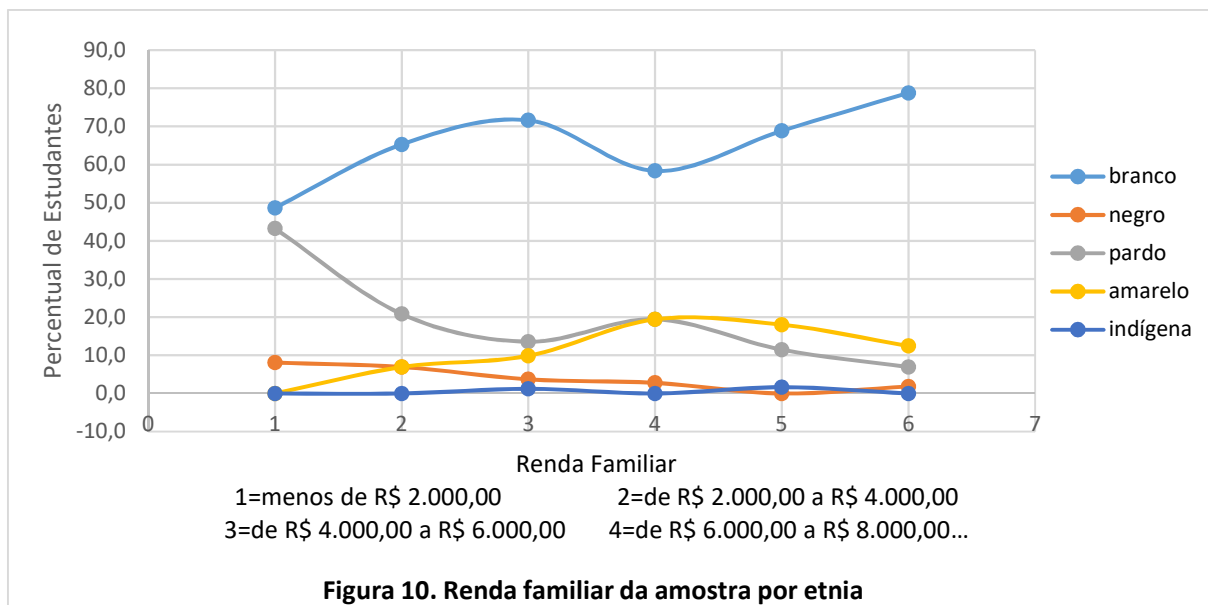
Faixa etária	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
menos de 18 anos	2,1%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
de 18 a 20 anos	74,2%	41,5%	18,5%	5,5%	1,6%	0,0
de 21 a 23 anos	16,5%	45,1%	60,9%	57,8%	33,9%	9,7%
de 24 a 26 anos	5,2%	6,1%	14,1%	27,5%	48,4%	69,9%
de 27 a 29 anos	1,0%	4,9%	5,4%	2,8%	4,8%	12,6%
mais de 30 anos	1,0%	2,4%	1,1%	6,4%	11,3%	7,8%

4.1.4 Renda Familiar

Dos 540 participantes que responderam à questão referente à renda familiar (Tabela 4) (Figura 10), 40% está acima de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), 40% entre R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e R\$ 10.000,00 (dez mil reais) e 20% abaixo de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

Tabela 4. Distribuição dos participantes da pesquisa por renda familiar e ano da graduação.

Ano da Graduação	Renda Familiar (em reais)											
	menos de 2.000		2.000 a 4.000		4.000 a 6.000		6.000 a 8.000		8.000 a 10.000		acima de 10.000	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	5	13,5%	19	26,4%	11	13,6%	13	18,1%	12	19,7%	37	17,1%
2º	9	24,3%	10	13,9%	11	13,6%	18	25,0%	7	11,5%	27	12,4%
3º	12	32,4%	15	20,8%	16	19,8%	6	8,3%	11	18,0%	30	13,8%
4º	5	13,5%	16	22,2%	16	19,8%	17	23,6%	9	14,8%	45	20,7%
5º	5	13,5%	5	6,9%	10	12,3%	8	11,1%	9	14,8%	24	11,1%
6º	1	2,7%	7	9,7%	17	21,0%	10	13,9%	13	21,3%	54	24,9%
Total	37		72		81		72		61		217	



Etnia	menos de R\$ 2.000,00	de R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00	de R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00	de R\$ 6.000,00 a R\$ 8.000,00	de R\$ 8.000,00 a R\$ 10.000,00	acima de R\$ 10.000,00
branco	48,6%	65,3%	71,6%	58,3%	68,9%	78,8%
negro	8,1%	6,9%	3,7%	2,8%	0,0%	1,8%
pardo	43,2%	20,8%	13,6%	19,4%	11,5%	6,9%
amarelo	0,0	6,9%	9,9%	19,4%	18,0%	12,4%
indígena	0,0	0,0	1,2%	0,0	1,6%	0,0

4.1.5 Afiliação Religiosa

Dos acadêmicos que participaram de nossa pesquisa, 62% declararam afiliação religiosa:

- 30% ao catolicismo;
- 13% às igrejas evangélicas (63 evangélicos, um protestante, um presbiteriano, um adventista e três cristãos);
- 12% ao espiritismo (doutrina codificada por Allan Kardec);
- 7% a outras denominações religiosas (budismo-10; crença em Deus-8; judaísmo-6; umbanda-3; mórmon-2; xamanismo-2; hinduísmo-1; islamismo-1; Seicho-No-le-1; messianismo-1; taoísmo-1; xintoísmo-1; tenrikyo-1; deísmo-1 e wicca-1).

Dos 38% que não seguem nenhuma orientação religiosa encontrados em nossa amostra, 26% declararam-se agnósticos e 12% ateus. Optamos por dividir e nomear esse grupo como “não possui/agnóstico” e “não possui/ateu”. Apenas um participante não respondeu a esta questão (Figura 11) (Tabela 5) (Figura 12).

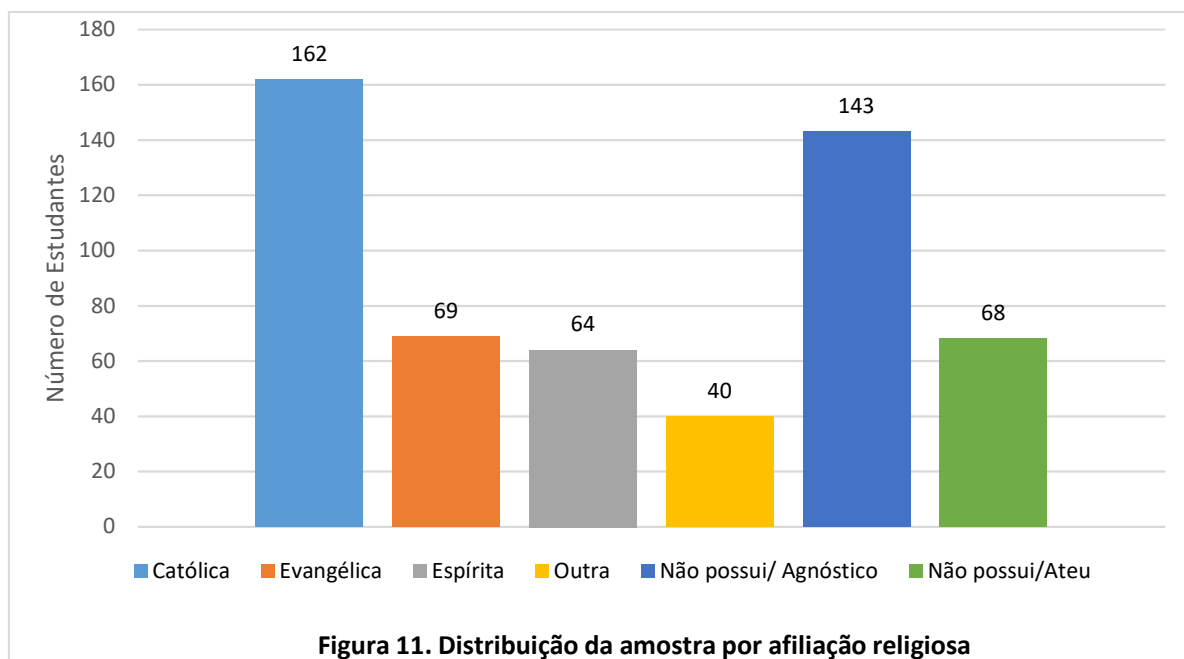


Figura 11. Distribuição da amostra por afiliação religiosa

Tabela 5. Distribuição dos participantes da pesquisa por afiliação religiosa e ano da graduação.

Ano da graduação	Afiliação religiosa											
	Católica		Evangélica		Espírita		Outra		Não possui / Agnóstico		Não possui / Ateu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	27	16,7%	16	23,2%	9	14,1%	4	10,0%	23	16,1%	19	27,9%
2º	22	13,6%	17	24,6%	8	12,5%	7	17,5%	21	14,7%	7	10,3%
3º	27	16,7%	10	14,5%	9	14,1%	3	7,5%	31	21,7%	12	17,6%
4º	28	17,3%	18	26,1%	14	21,9%	8	20,0%	30	21,0%	11	16,2%
5º	27	16,7%	2	2,9%	10	15,6%	4	10,0%	13	9,1%	6	8,8%
6º	31	19,1%	6	8,7%	14	21,9%	14	35,0%	25	17,5%	13	19,1%
Total	162		69		64		40		143		68	

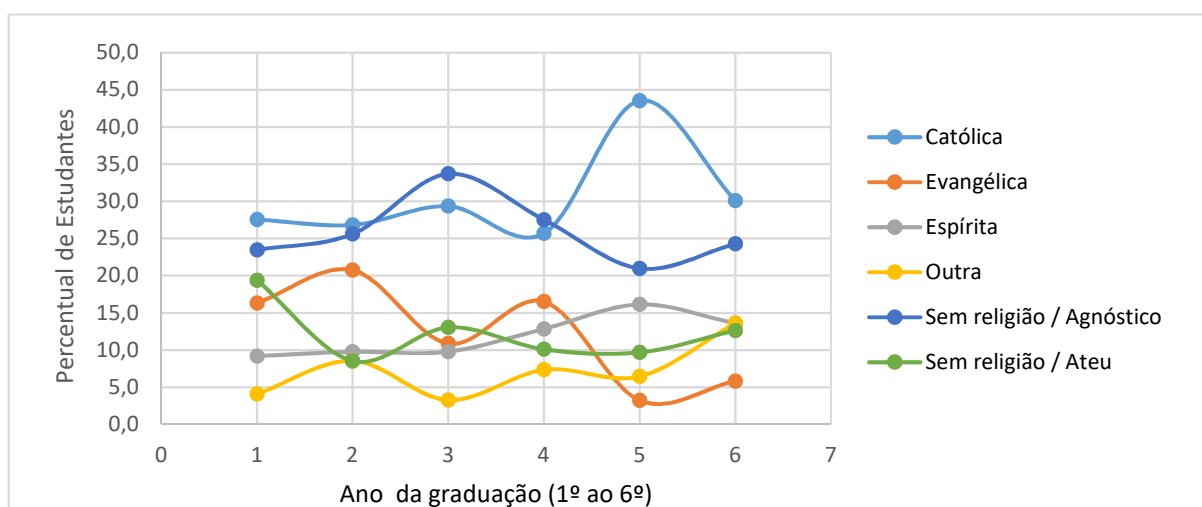
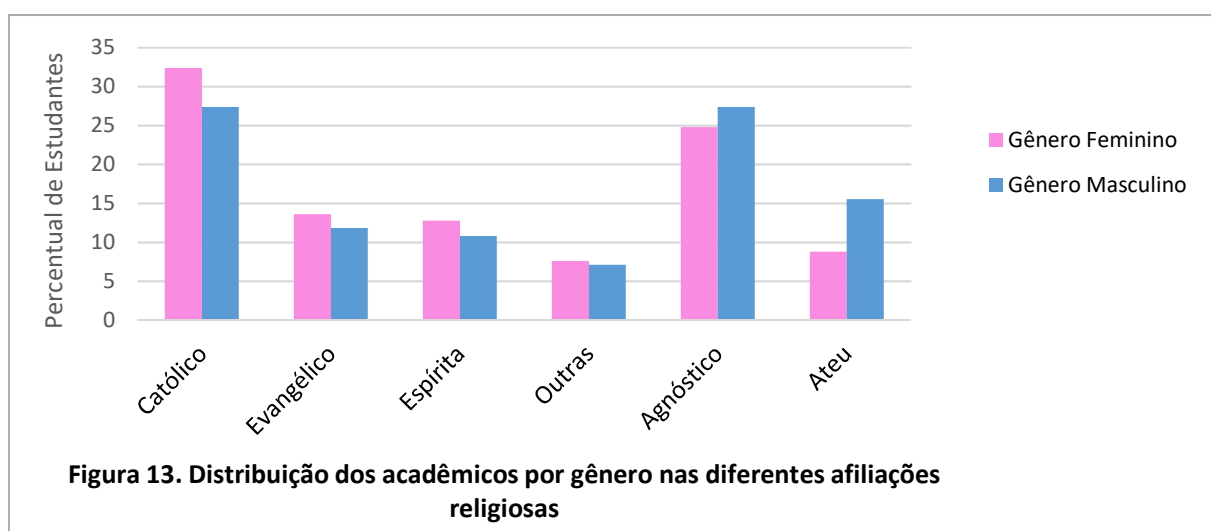


Figura 12. Distribuição da amostra por ano de graduação e afiliação religiosa

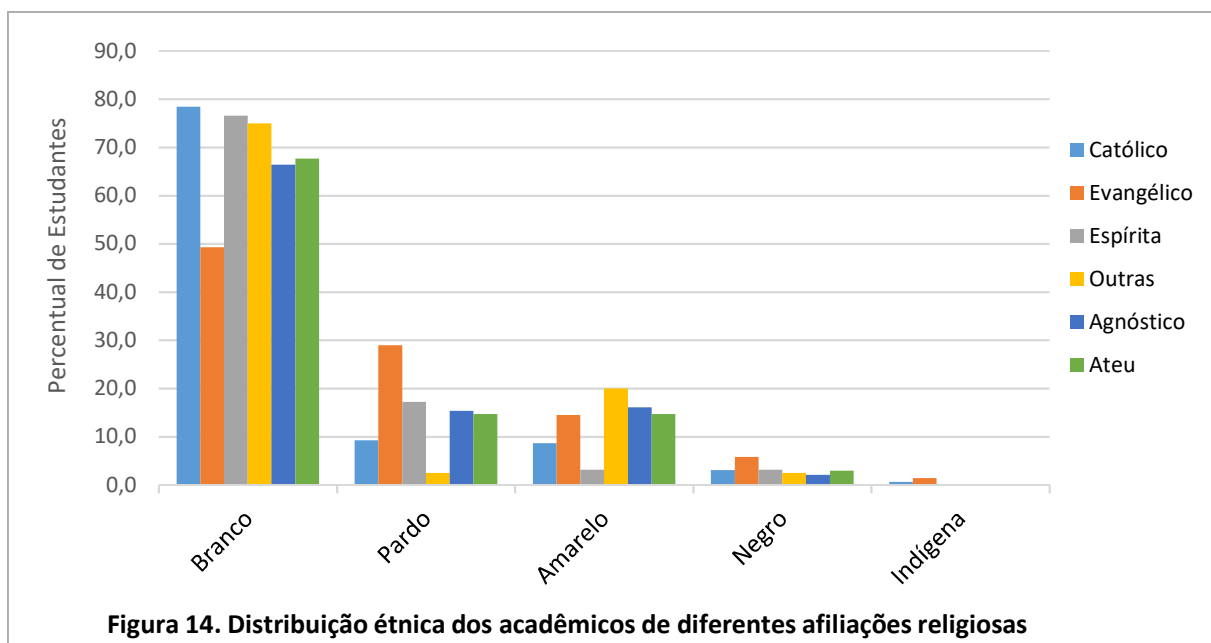
Afiliação religiosa	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Católica	27,6%	26,8%	29,3%	25,7%	43,5%	30,1%
Evangélica	16,3%	20,7%	10,9%	16,5%	3,2%	5,8%
Espírita	9,2%	9,8%	9,8%	12,8%	16,1%	13,6%
Outra	4,1%	8,5%	3,3%	7,3%	6,5%	13,6%
Sem religião / Agnóstico	23,5%	25,6%	33,7%	27,5%	21,0%	24,3%
Sem religião / Ateu	19,4%	8,5%	13,0%	10,1%	9,7%	12,6%

Na amostra de nossa pesquisa, o percentual de estudantes do gênero feminino é maior que o masculino nas diferentes afiliações religiosas. Apenas entre agnósticos e ateus percebemos uma inversão nos percentuais entre os gêneros (Figura 13).



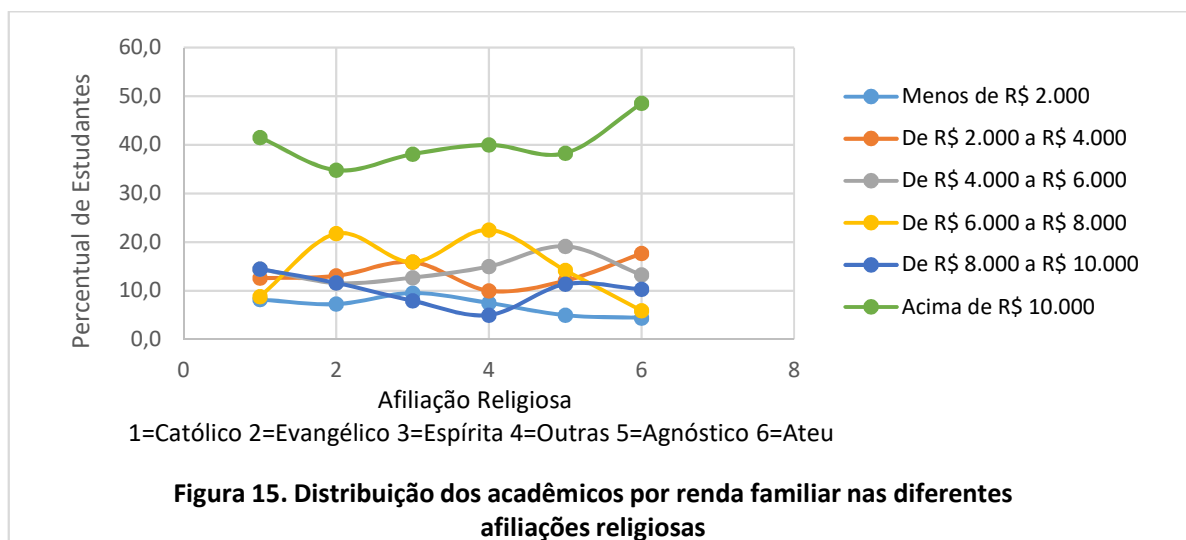
Gênero	Católico	Evangélico	Espírita	Outras	Agnóstico	Ateu
Feminino	32,4%	13,6%	12,8%	7,6%	24,8%	8,8%
Masculino	27,4%	11,8%	10,8%	7,1%	27,4%	15,5%

Com relação à etnia, a maior parte dos brancos são católicos, espíritas e de outras denominações religiosas. Os pardos e negros têm maioria entre evangélicos e os amarelos entre outras denominações religiosas. Os dois indígenas da amostra inserem-se entre católicos e evangélicos. Agnósticos e ateus apresentam distribuição étnica muito próxima (Figura 14).



Etnia	Católico	Evangélico	Espírita	Outras	Agnóstico	Ateu
Branco	78,4%	49,3%	76,6%	75,0%	66,4%	67,6%
Pardo	9,3%	29,0%	17,2%	2,5%	15,4%	14,7%
Amarelo	8,6%	14,5%	3,1%	20,0%	16,1%	14,7%
Negro	3,1%	5,8%	3,1%	2,5%	2,1%	2,9%
Indígena	0,6%	1,4%	0,0	0,0	0,0	0,0

Não encontramos diferença significativa entre renda familiar e afiliação religiosa (Figura 15).



Renda familiar	Católico	Evangélico	Espírita	Outras	Agnóstico	Ateu
Menos de R\$ 2.000	8,2%	7,2%	9,5%	7,5%	5,0%	4,4%
De R\$ 2.000 a R\$ 4.000	12,6%	13,0%	15,9%	10,0%	12,1%	17,6%
De R\$ 4.000 a R\$ 6.000	14,5%	11,6%	12,7%	15,0%	19,1%	13,2%
De R\$ 6.000 a R\$ 8.000	8,8%	21,7%	15,9%	22,5%	14,2%	5,9%
De R\$ 8.000 a R\$ 10.000	14,5%	11,6%	7,9%	5,0%	11,3%	10,3%
Acima de R\$ 10.000	41,5%	34,8%	38,1%	40,0%	38,3%	48,5%

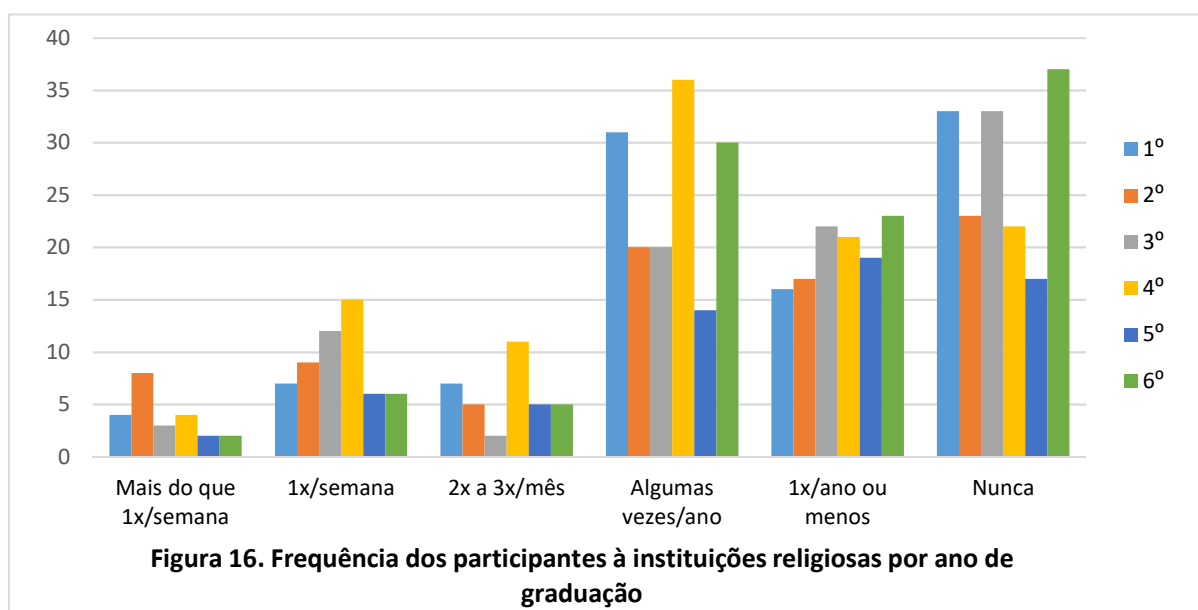
4.2 DUREL - Índice de Religiosidade da Universidade Duke

4.2.1 Religiosidade Organizacional

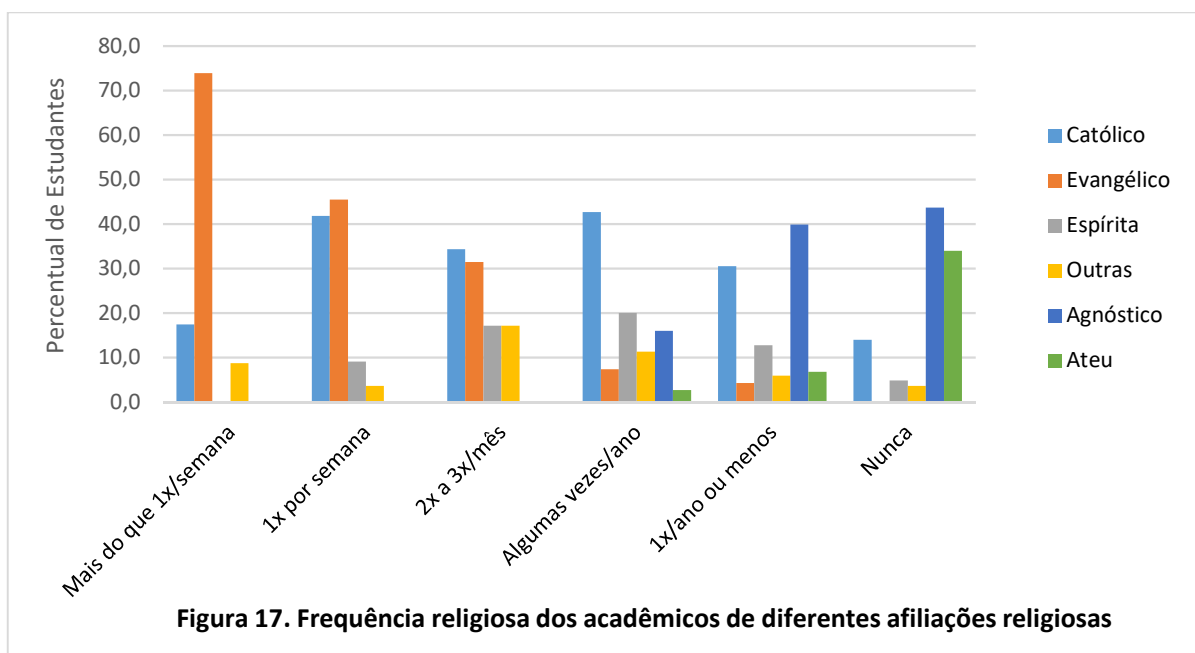
A religiosidade organizacional (RO) mensurada mostrou que 4,2% dos estudantes frequentam instituições religiosas mais do que uma vez por semana, 10% uma vez por semana, 6,4% duas a três vezes por mês, 27,6% algumas vezes por ano, 21,6% uma vez por ano ou menos, e 30,2% nunca frequentam (Tabela 6) (Figura 16).

Tabela 6. Religiosidade organizacional – frequência dos estudantes a instituições religiosas.

Ano da graduação	Mais do que 1x/semana		1x/semana		2x a 3x/mês		Algumas vezes/ano		1x/ano ou menos		Nunca	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	4	17,4%	7	12,7%	7	20,0%	31	20,5%	16	13,6%	33	20,00%
2º ano	8	34,8%	9	16,4%	5	14,3%	20	13,2%	17	14,4%	23	13,94%
3º ano	3	13,0%	12	21,8%	2	5,7%	20	13,2%	22	18,6%	33	20,00%
4º ano	4	17,4%	15	27,3%	11	31,4%	36	23,8%	21	17,8%	22	13,33%
5º ano	2	8,7%	6	10,9%	5	14,3%	14	9,3%	19	16,1%	17	10,30%
6º ano	2	8,7%	6	10,9%	5	14,3%	30	19,9%	23	19,5%	37	22,42%
Total	23		55		35		151		118		165	



Os evangélicos são os que apresentam maior frequência religiosa. Há um certo pareamento entre católicos e evangélicos na frequência de 1x por semana e de 2x a 3x/mês. A maioria dos católicos e espíritas frequentam organizações religiosas algumas vezes por ano. Os que pertencem a outras denominações, em sua maioria, frequentam de 2x a 3x por mês. Agnósticos concentram-se entre 1x/ano ou menos e nunca e grande maioria dos ateus em nunca (Figura 17).



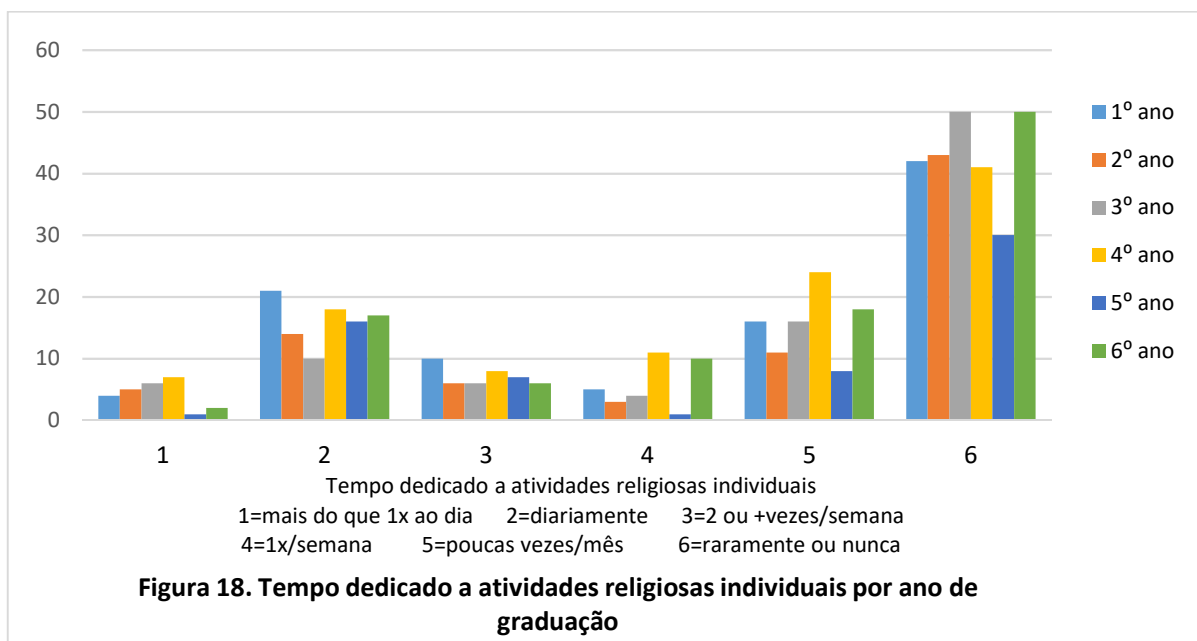
Considerando que “mais do que 1x/semana”, “1x/semana”, “2x a 3x/mês” são respostas positivas para frequência a instituição religiosa, temos um percentual aproximado de: 18,5% no 1º ano; 27% no 2º ano; 18,5% no 3º ano, 27,5% no 4º ano; 20,5% no 5º ano; e, 13% no 6º ano.

4.2.2 Religiosidade Não Organizacional

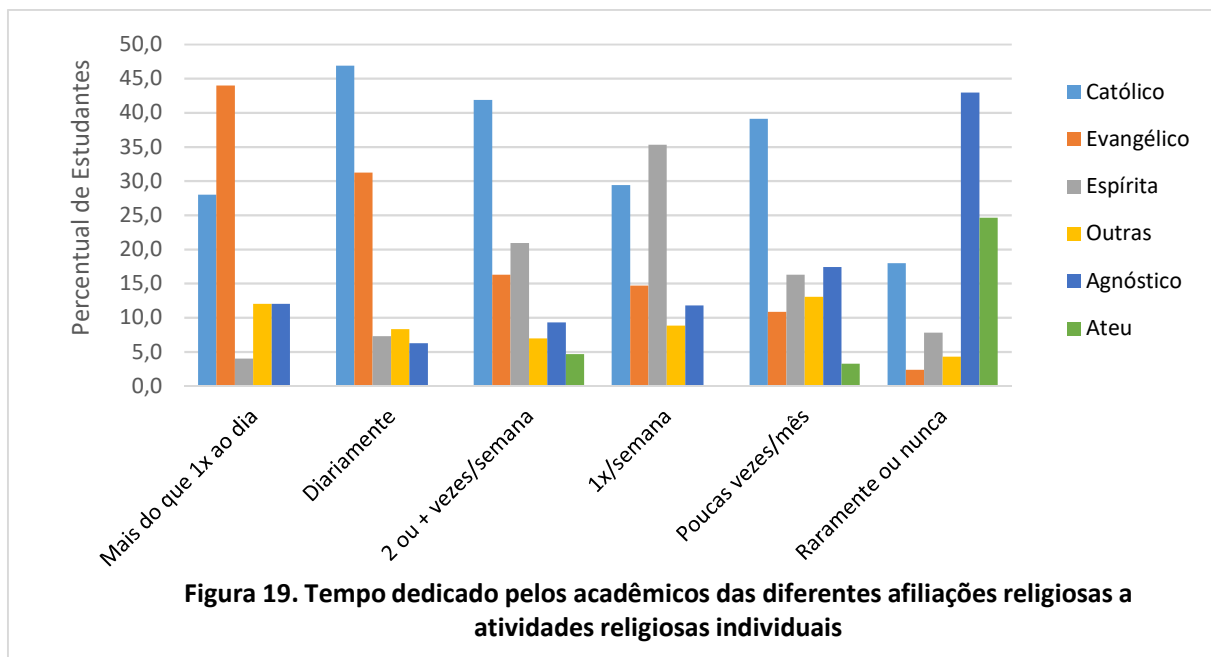
A religiosidade não organizacional (RNO) dos estudantes foi mensurada pelo tempo dedicado a atividades religiosas individuais: 4,5% dedicam-se a essa prática mais do que uma vez ao dia; 17,5% diariamente; 8% duas ou mais vezes por semana; 6% uma vez por semana; 17% poucas vezes por mês; e, 47% raramente ou nunca (Tabela 7) (Figura 18).

Tabela 7. Religiosidade não organizacional - tempo dedicado a atividades religiosas individuais.

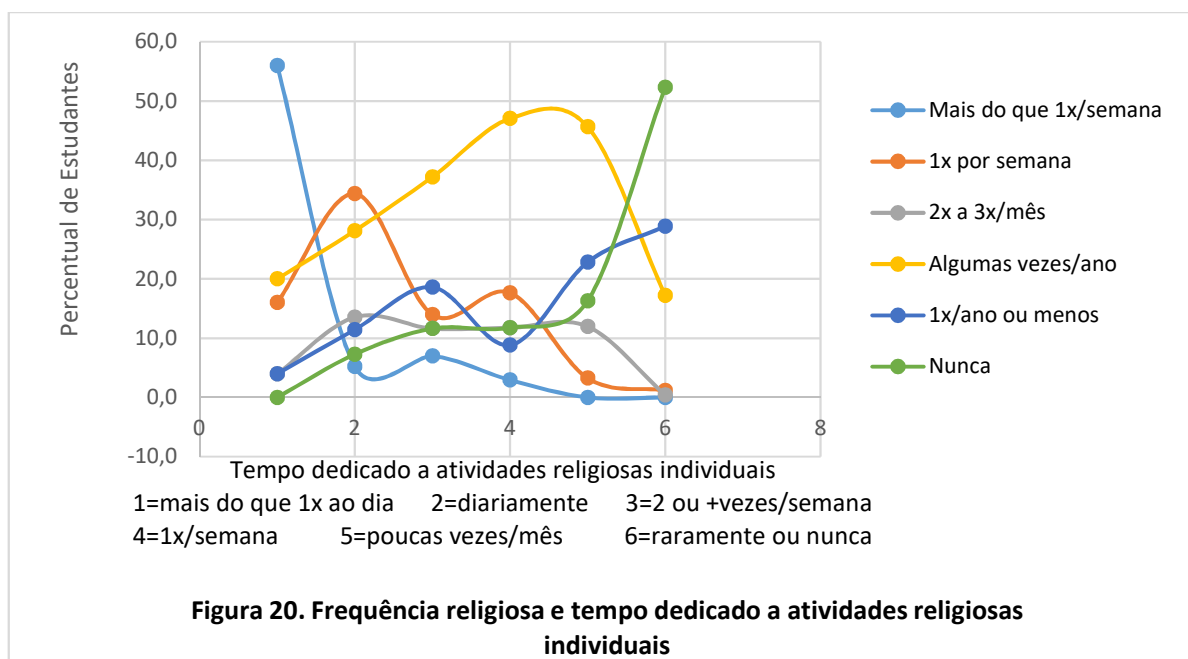
Ano da graduação	Mais do que 1x ao dia		Diariamente		2 ou + vezes por semana		1x/semana		Poucas vezes por mês		Raramente ou Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	4	16,0%	21	22,0%	10	23,0%	5	15,0%	16	17,0%	42	16,5%
2º ano	5	20,0%	14	14,5%	6	14,0%	3	9,0%	11	12,0%	43	17,0%
3º ano	6	24,0%	10	10,5%	6	14,0%	4	12,0%	16	17,0%	50	19,5%
4º ano	7	28,0%	18	19,0%	8	18,5%	11	32,0%	24	26,0%	41	16,0%
5º ano	1	4,0%	16	16,5%	7	16,5%	1	3,0%	8	8,5%	30	11,5%
6º ano	2	8,0%	17	17,5%	6	14,0%	10	29,0%	18	19,5%	50	19,5%
Total	25		96		43		34		93		256	

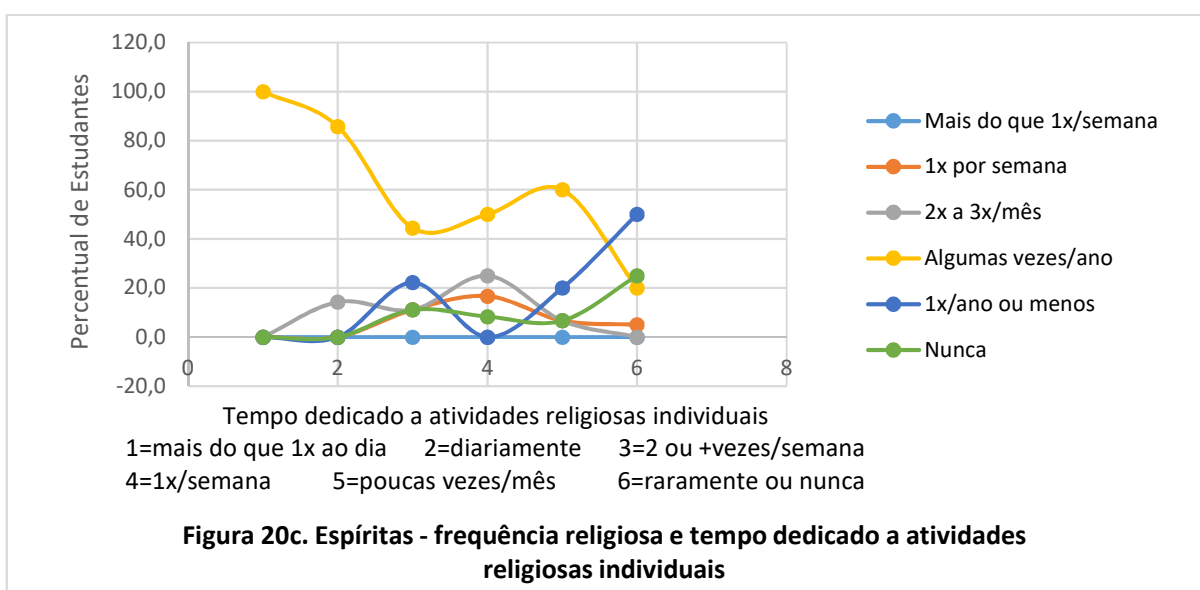
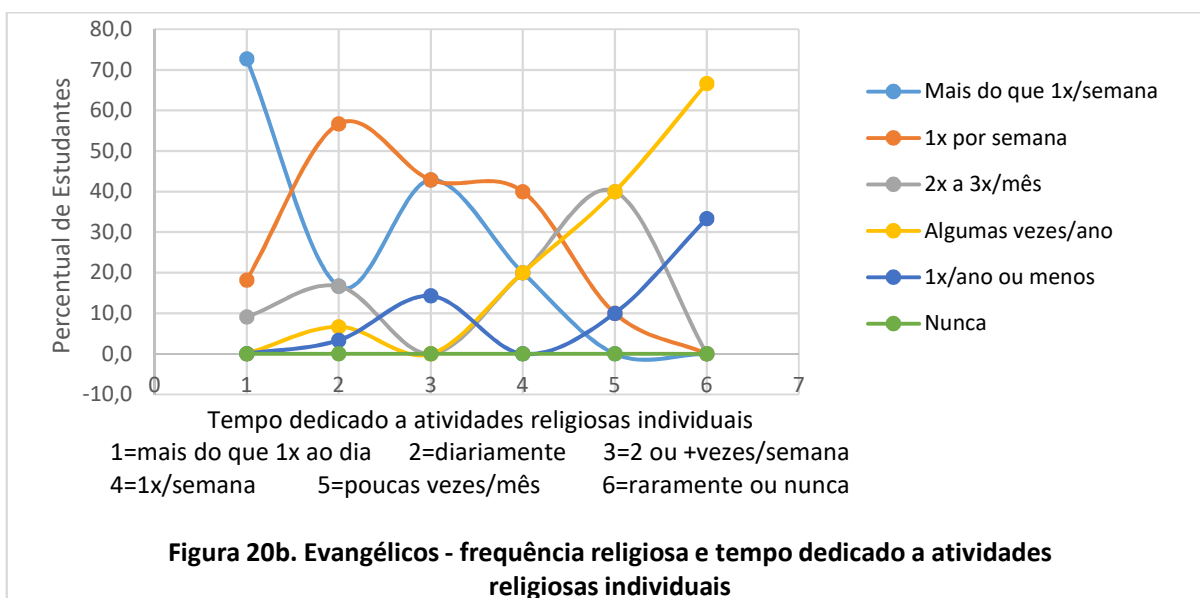
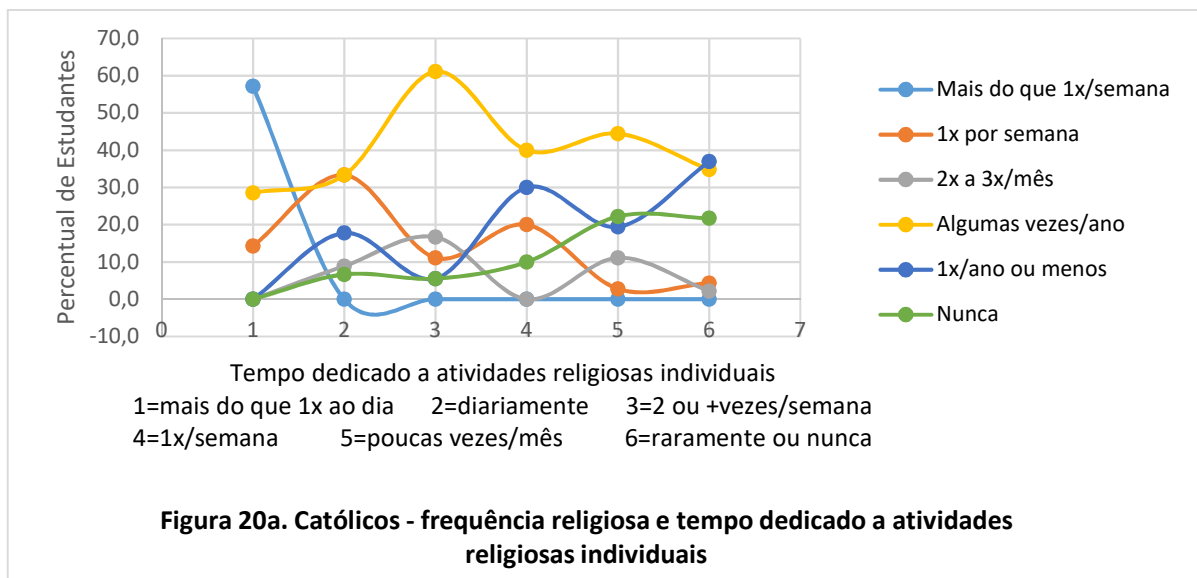


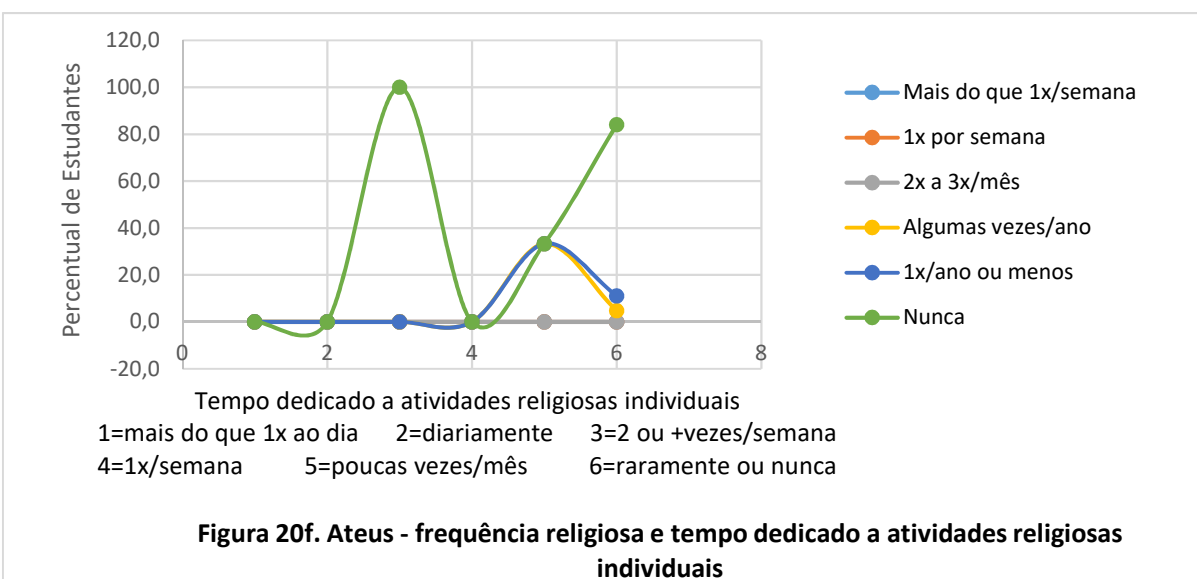
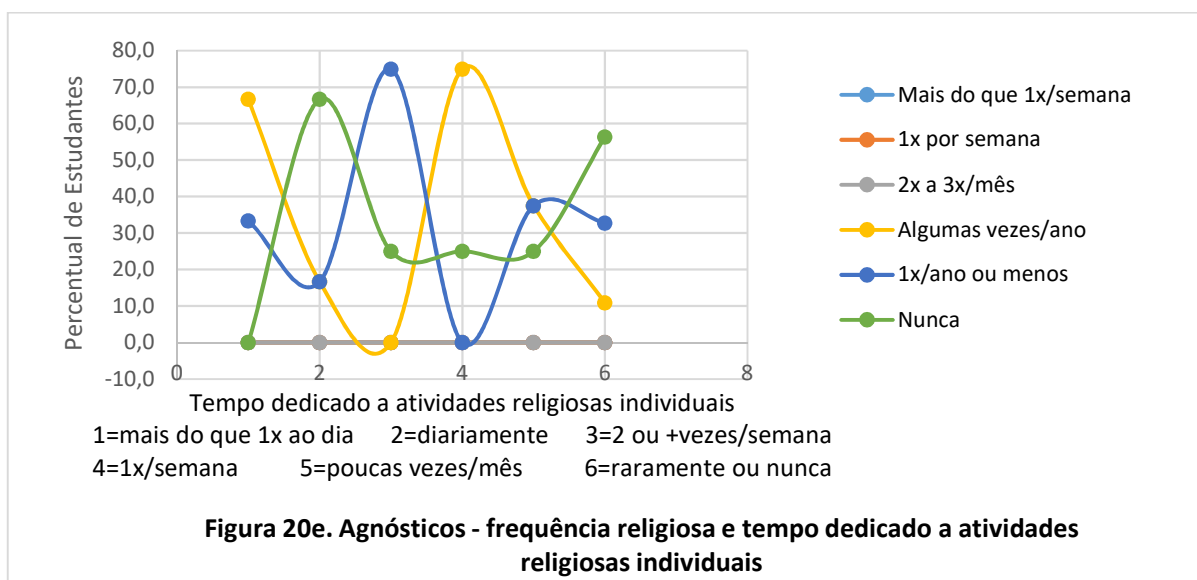
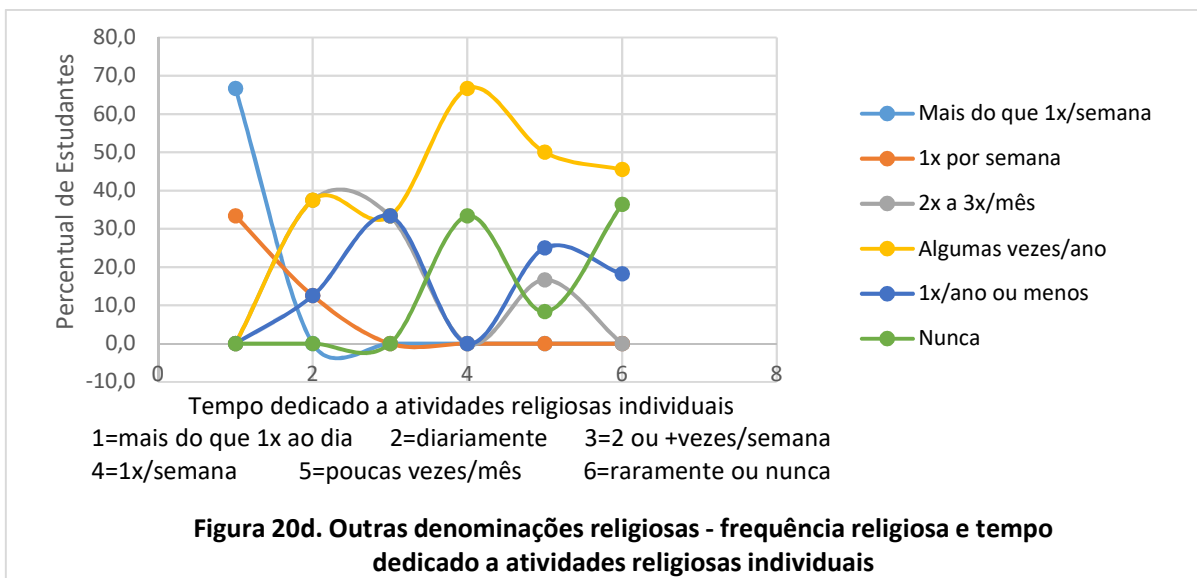
A Figura 19 mostra o tempo dedicado pelos acadêmicos das diferentes afiliações religiosas a atividades religiosas individuais.



A Figura 20 mostra a relação entre frequência religiosa e tempo dedicado a atividades religiosas individuais e, as Figuras 20a,b,c,d,e,f, mostram esta relação por afiliação religiosa.







Considerando que “raramente ou nunca” é a única resposta considerada negativa para religiosidade não organizacional, temos um percentual positivo aproximado de: 57% no 1º ano; 47,5% no 2º ano; 46% no 3º ano, 62% no 4º ano; 52,5% no 5º ano; e, 51,5% no 6º ano.

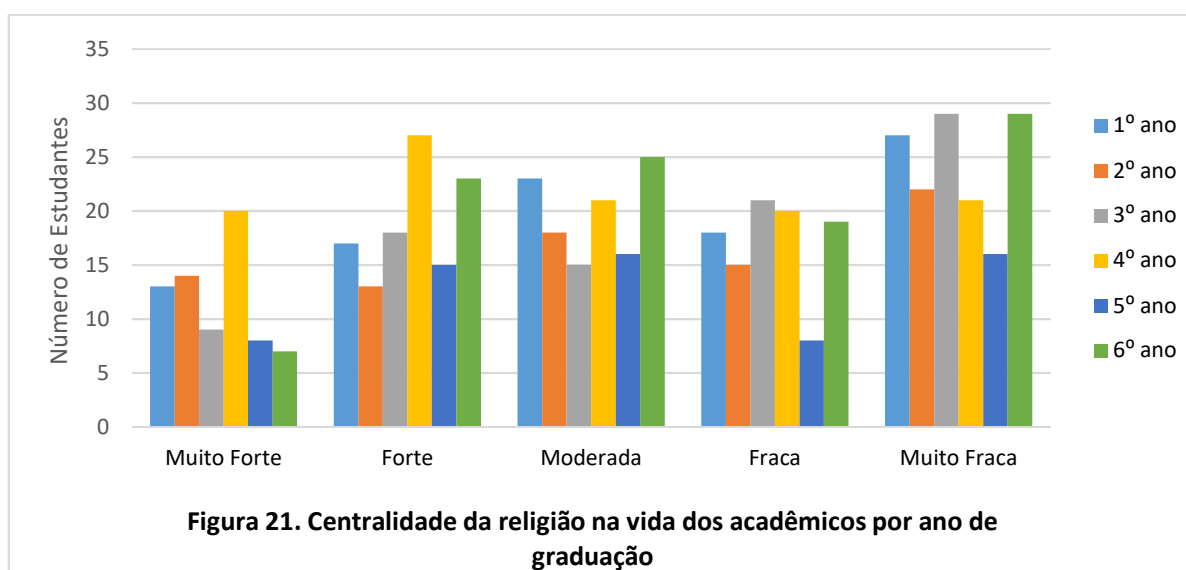
Os evangélicos são os que mais dedicam tempo a atividades religiosas individuais, seguidos pelos católicos.

4.2.3 Religiosidade Intrínseca

A centralidade do transcendente na vida dos estudantes, religiosidade intrínseca (RI), mensurada nas questões 9, 10 e 11 do questionário aplicado, mostrou religiosidade intrínseca muito forte em 13%; forte em 20,5%; moderada em 21,5%; fraca em 18,5%; e, muito fraca em 26,5% (Tabela 8) (Figura 21).

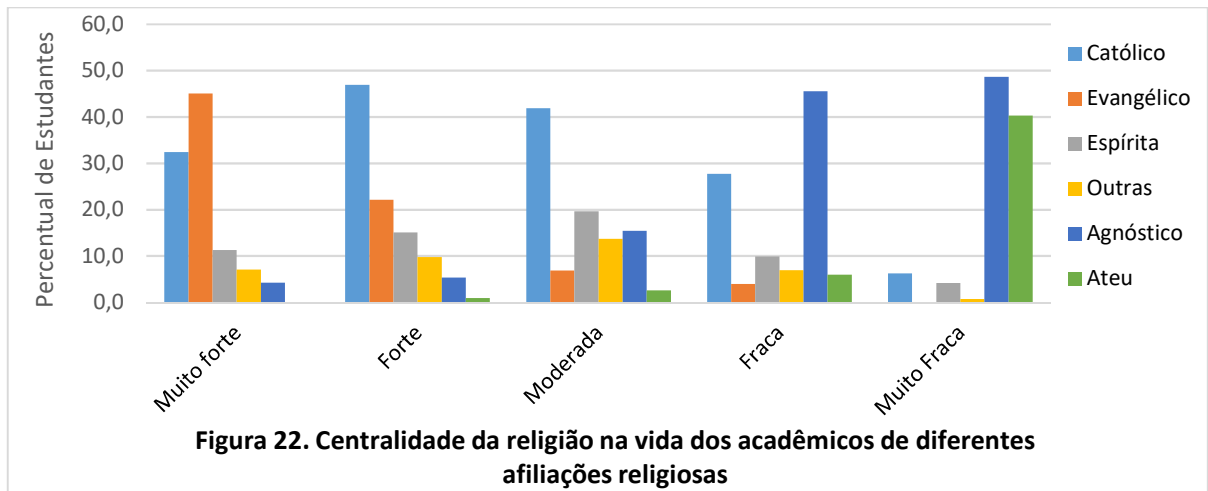
Tabela 8. Centralidade da religião na vida dos acadêmicos por ano de graduação.

Ano da Graduação	Muito Forte		Forte		Moderada		Fraca		Muito Fraca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	13	18,5%	17	15,0%	23	19,5%	18	18,0%	27	19,0%
2º	14	20,0%	13	11,5%	18	15,0%	15	15,0%	22	15,5%
3º	9	12,5%	18	16,0%	15	13,0%	21	20,5%	29	20,0%
4º	20	28,0%	27	24,0%	21	18,0%	20	20,0%	21	14,5%
5º	8	11,0%	15	13,0%	16	13,5%	8	8,0%	16	11,0%
6º	7	10,0%	23	20,5%	25	21,0%	19	18,5%	29	20,0%
Total	71		113		118		101		144	

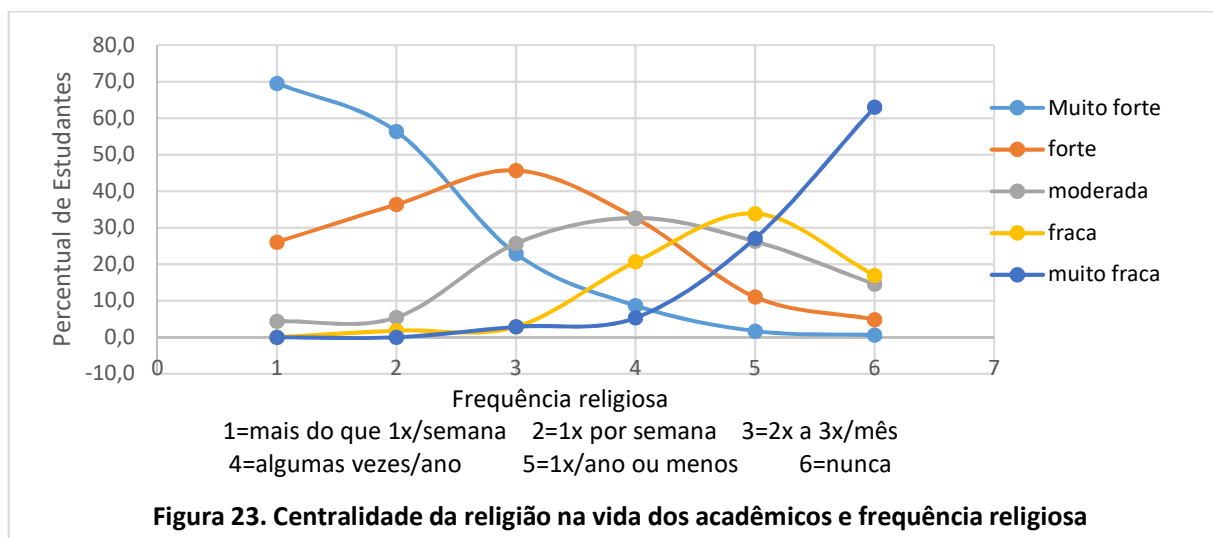


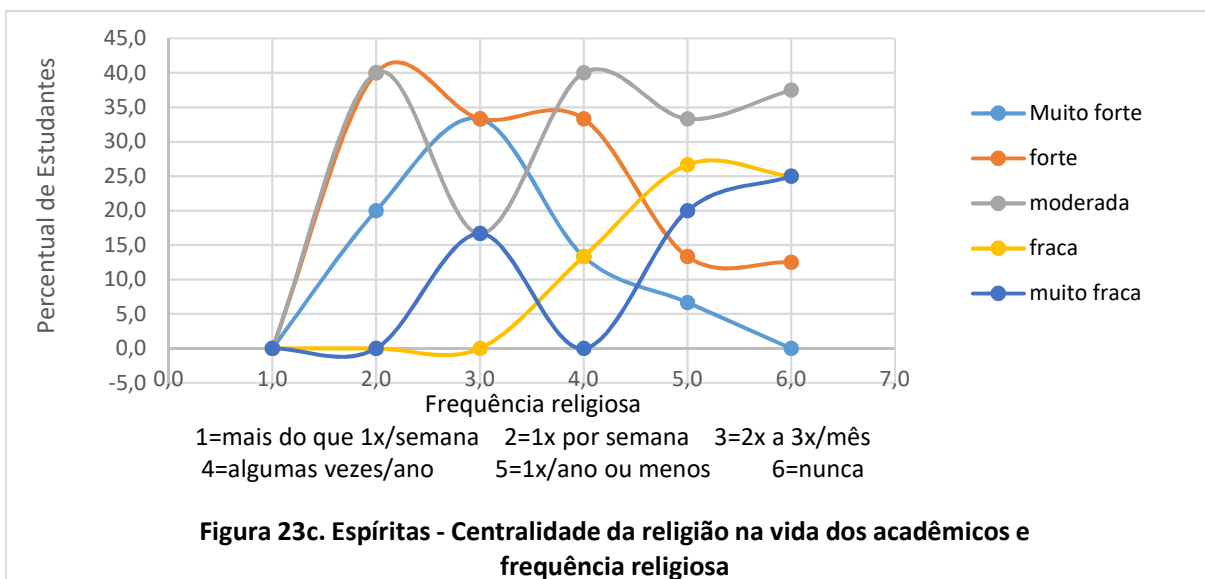
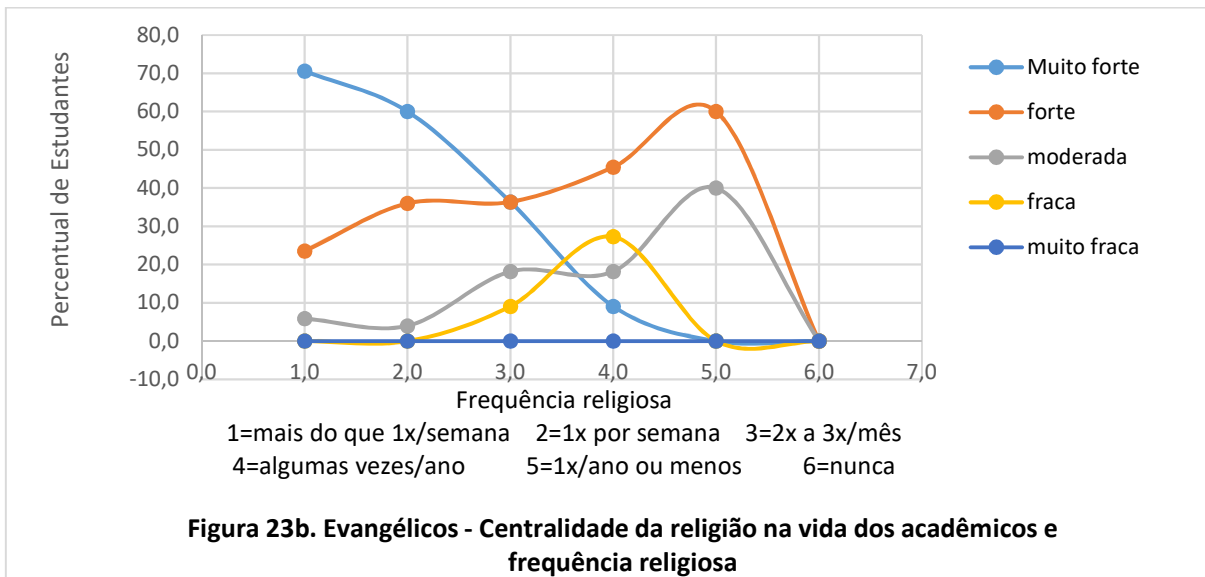
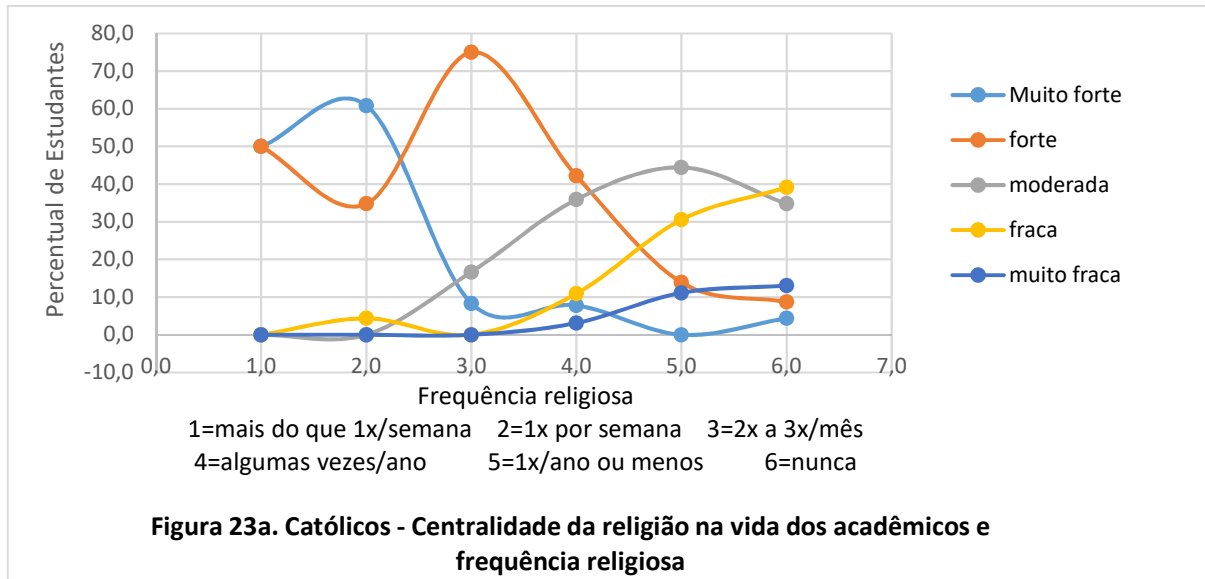
Considerando “muito forte” e “forte” como respostas positivas para religiosidade intrínseca, temos um percentual aproximado de: 30,5% no 1º ano; 33% no 2º ano; 29,5% no 3º ano, 43% no 4º ano; 36,5% no 5º ano; 29% no 6º ano.

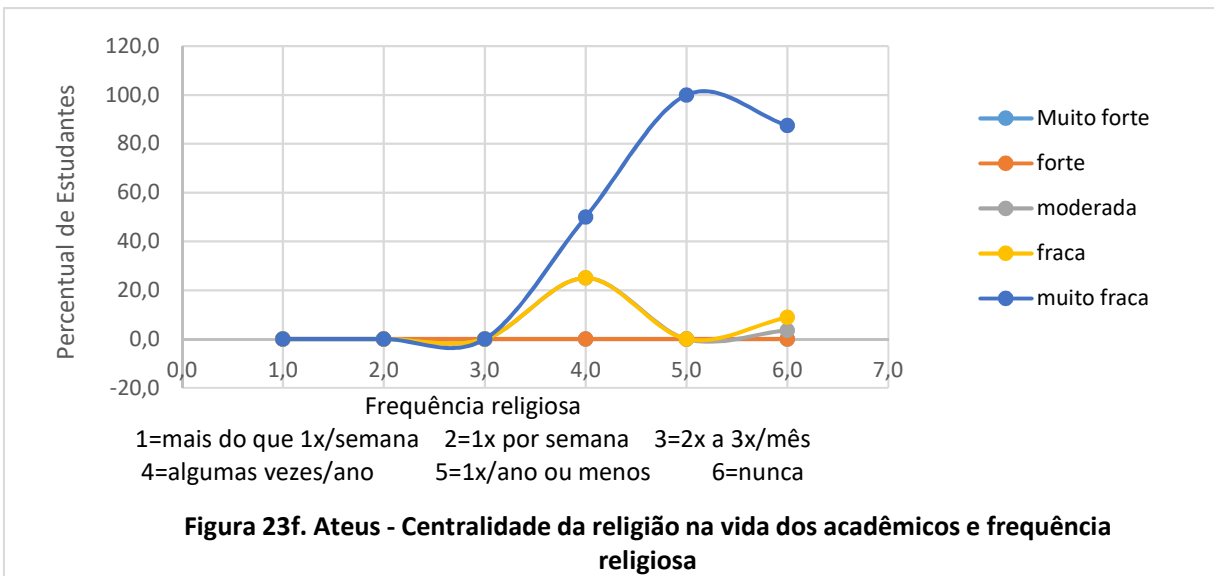
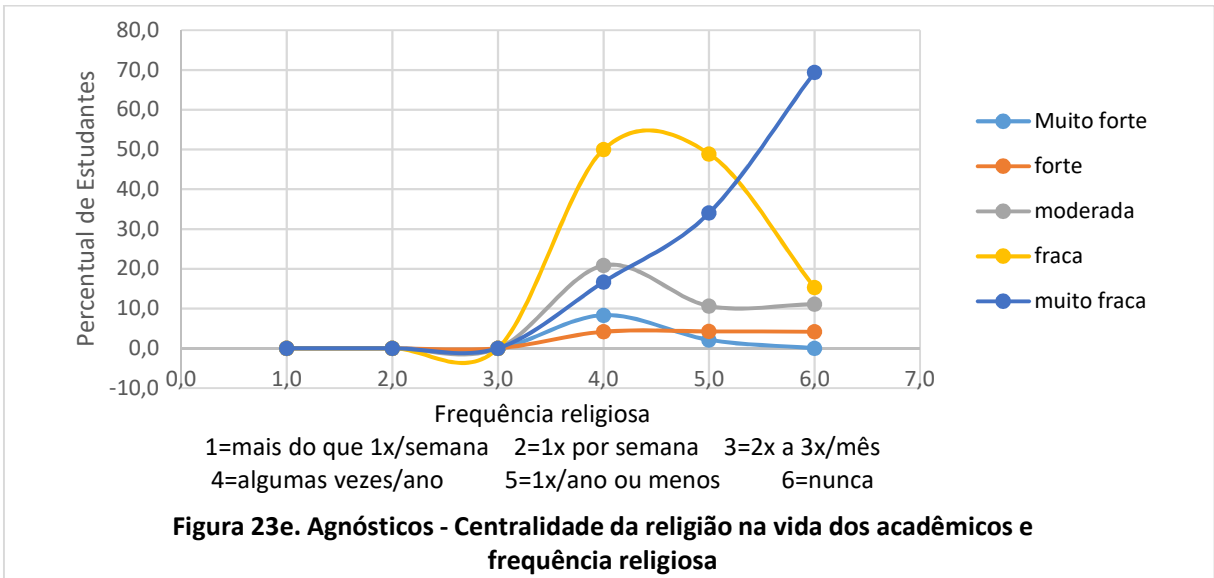
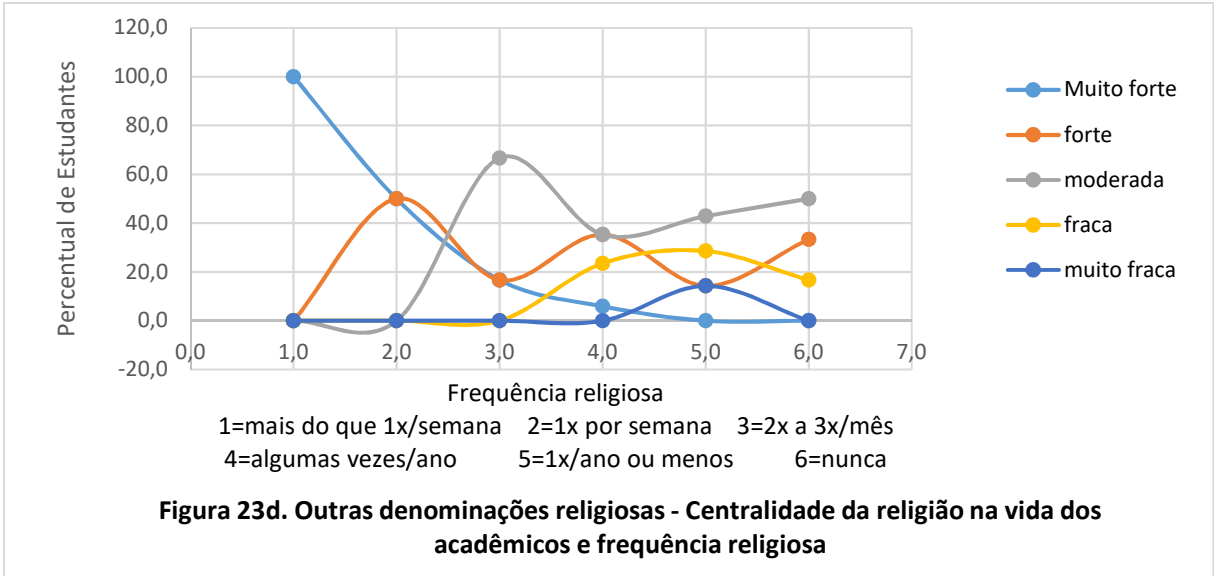
A Figura 22 mostra a centralidade da religião na vida dos acadêmicos de diferentes afiliações religiosas.



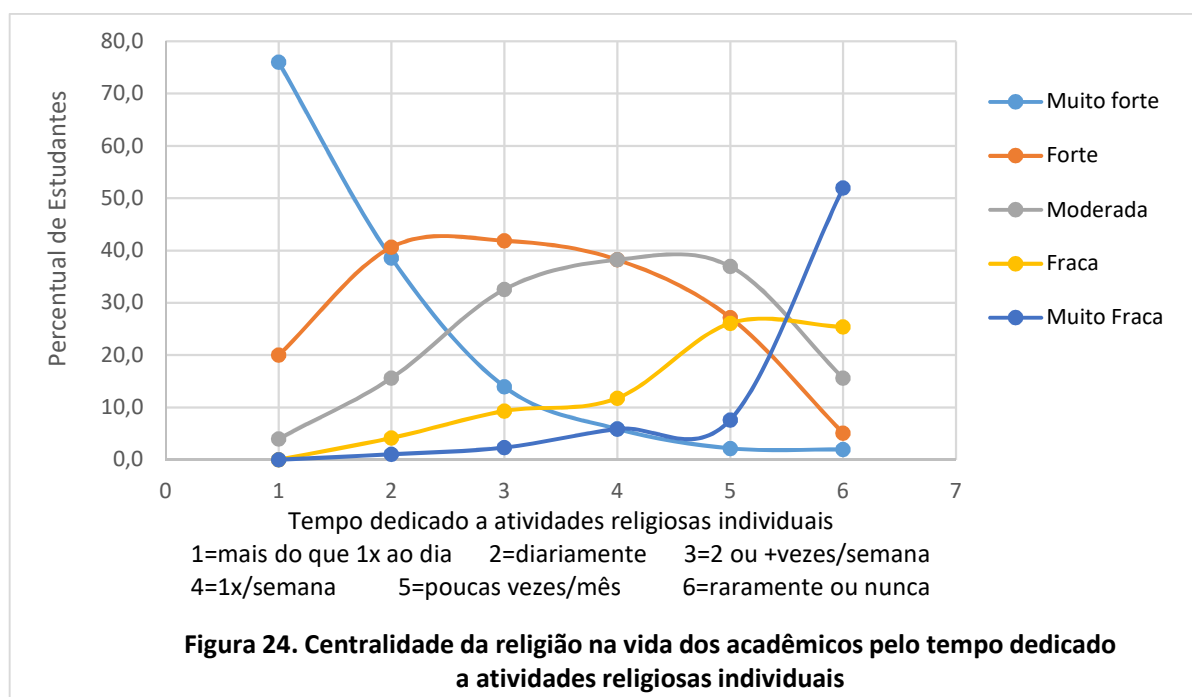
A Figura 23 mostra a relação entre centralidade da religião na vida dos acadêmicos e frequência religiosa e, as Figuras 23a,b,c,d,e,f, mostram esta relação por afiliação religiosa.

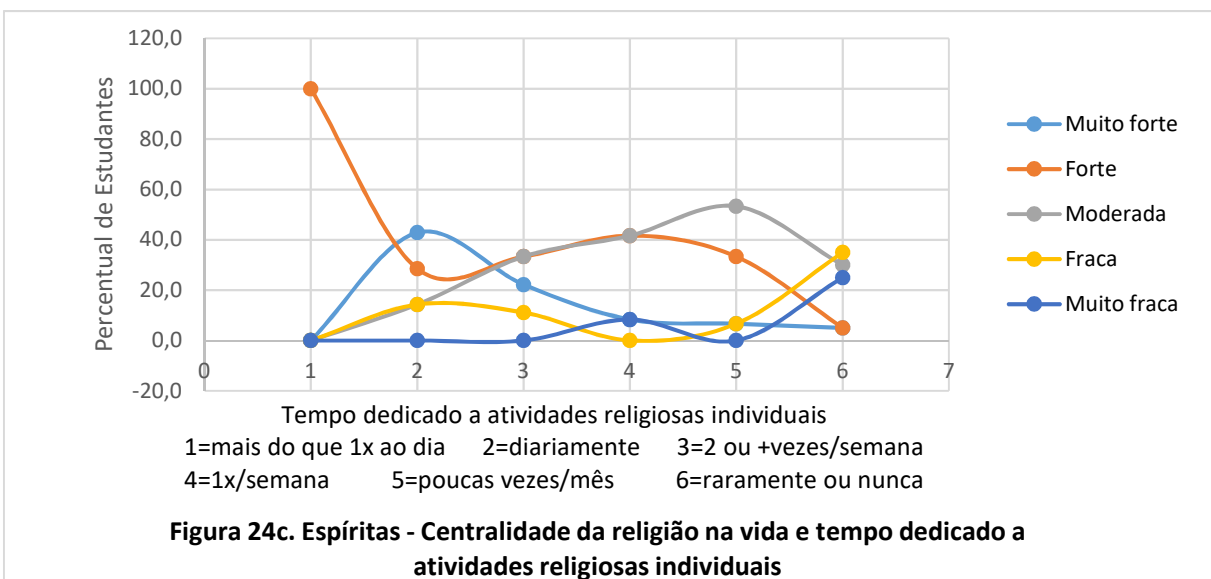
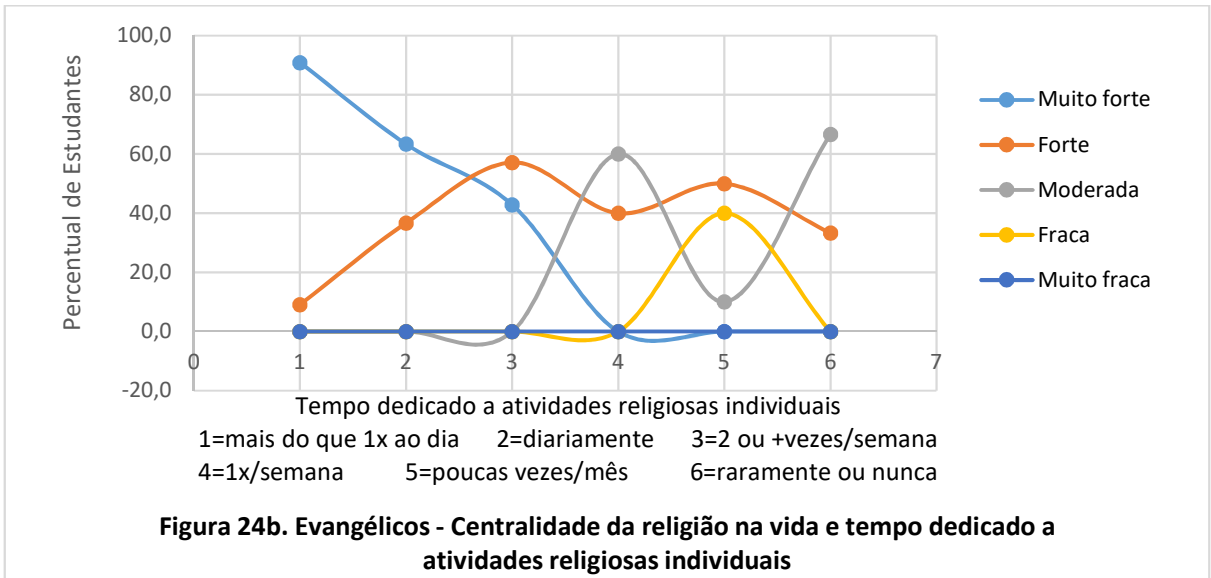
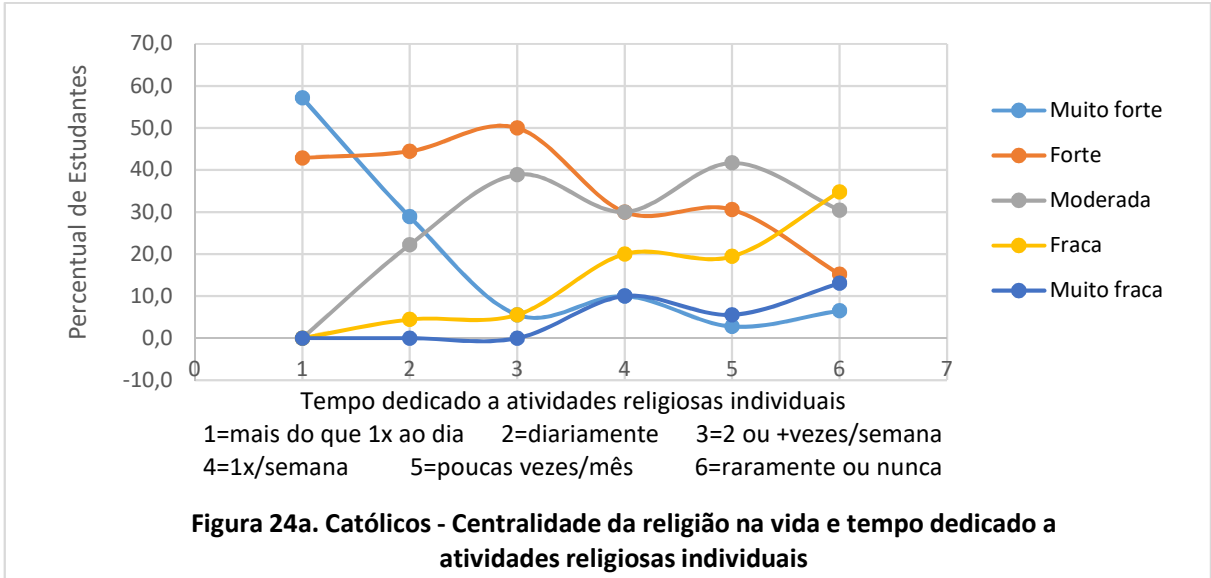


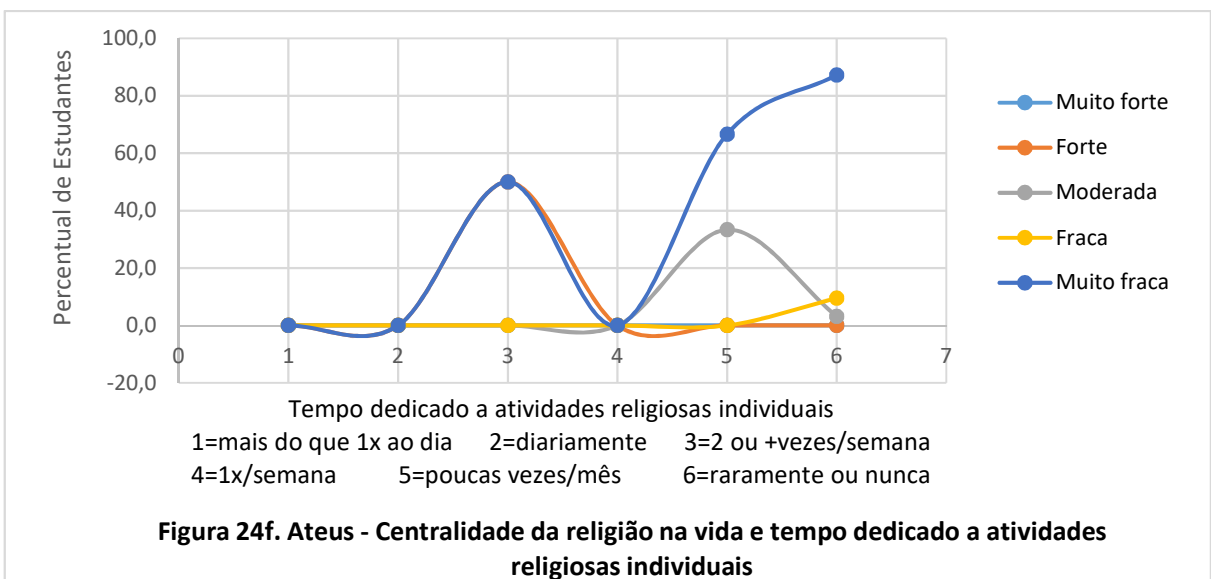
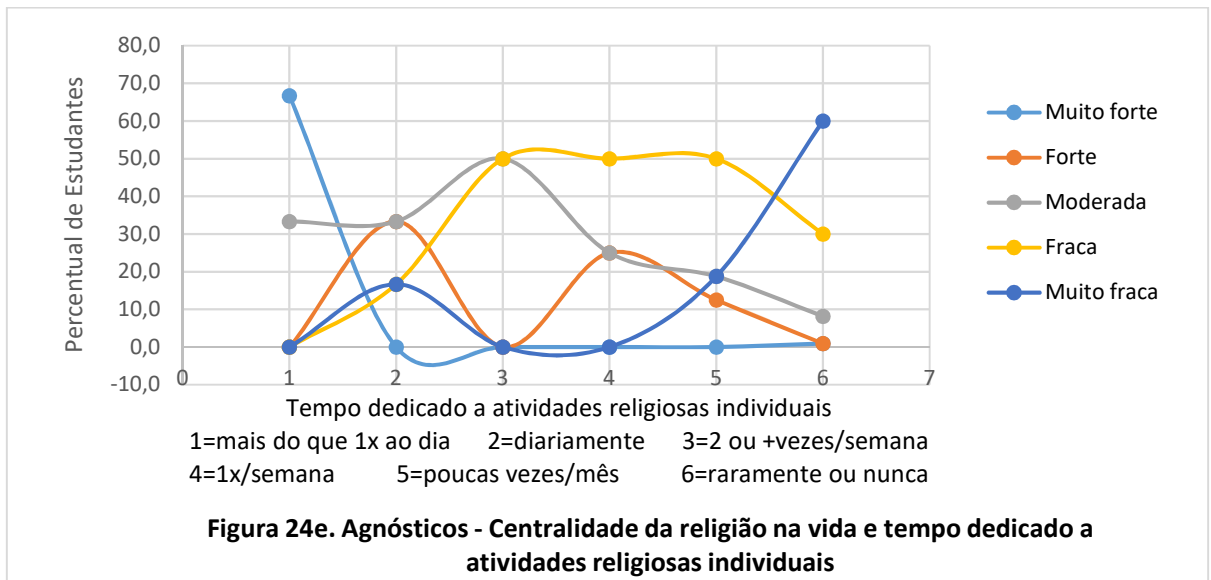
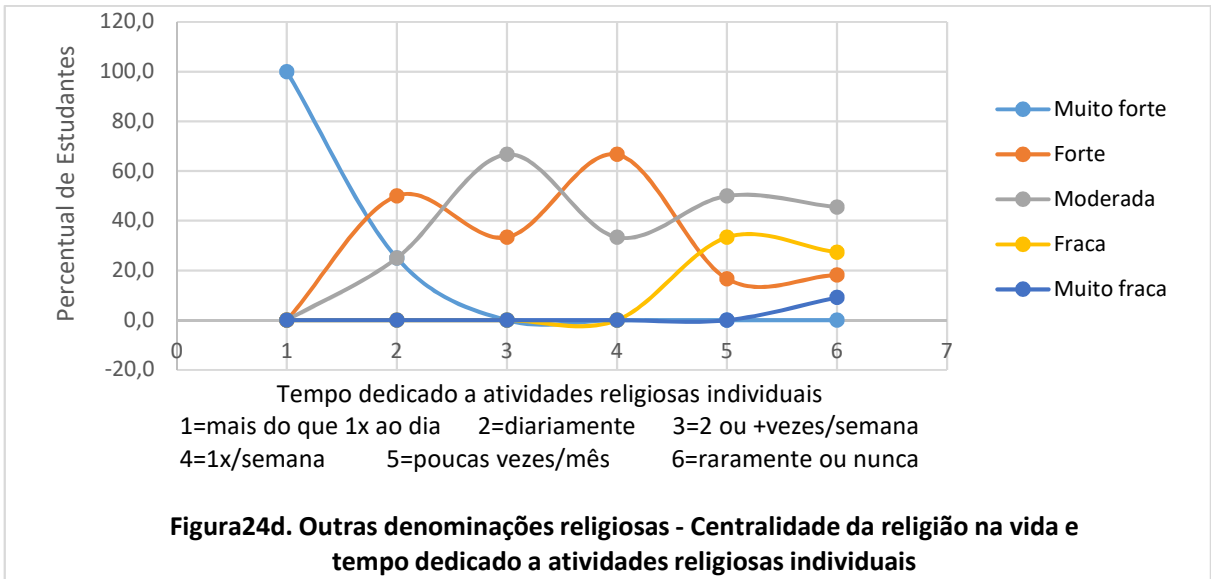




A Figura 24 mostra a centralidade da religião na vida dos acadêmicos pelo tempo dedicado a atividades religiosas individuais e as Figuras 24a,b,c,d,e,f, mostram esta relação por afiliação religiosa.







O teste de Kruskal-Wallis (Anexo 5) apontou diferença significativa entre “Afiliação Religiosa” e os três aspectos do “Índice de Religiosidade da Universidade Duke”. Religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca mantiveram mesmo padrão de comportamento, apresentaram altos escores entre os estudantes que possuem afiliação religiosa; baixos entre os que creem, mas não têm vínculo com nenhuma religião; e inexistentes entre os ateus.

De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadros 1 e 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre todas as questões do Índice de Religiosidade de Duke entre si, ou seja, quando observamos aumento de uma variável (RO, RNO e RI), simultaneamente havia o aumento da outra variável comparada (RO, RNO e RI).

Quadro 1. Coeficiente de Correlação de Spearman – Índice de Religiosidade de Duke

DUREL	Spearman's rho	Religiosidade Organizacional	Religiosidade Não Organizacional	Religiosidade Intrínseca		
Questão 7	Correlation Coefficient	1,000	0,637	0,655	0,672	0,709
	Sig. (2-tailed)	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 8	Correlation Coefficient	0,637	1,000	0,649	0,660	0,714
	Sig. (2-tailed)	0,000	.	0,000	0,000	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 9	Correlation Coefficient	0,655	0,649	1,000	0,816	0,743
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	.	0,000	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 10	Correlation Coefficient	0,672	0,660	0,816	1,000	0,865
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	.	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 11	Correlation Coefficient	0,709	0,714	0,743	0,865	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	547	547	547	547	547

4.3 Contexto Clínico

4.3.1 O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente?

Com referência à proposição “O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente”: 28% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 51%

concordam; 14% são indiferentes; 4% discordam; e, 2% discordam plenamente (Tabela 9) (Figura 25).

Tabela 9. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 12: “O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	17	11,0%	49	17,5%	20	25,5%	7	29,2%	5	45,5%
2º	25	16,5%	45	16,0%	9	11,5%	3	12,5%	0	0,0%
3º	25	16,5%	52	18,5%	12	15,5%	2	8,0%	1	9,0%
4º	37	24,0%	50	18,0%	16	20,5%	5	21,0%	1	9,0%
5º	22	14,0%	30	11,0%	8	10,0%	2	8,3%	1	9,0%
6º	28	18,0%	54	19,0%	13	17,0%	5	21,0%	3	27,5%
Total	154		280		78		24		11	

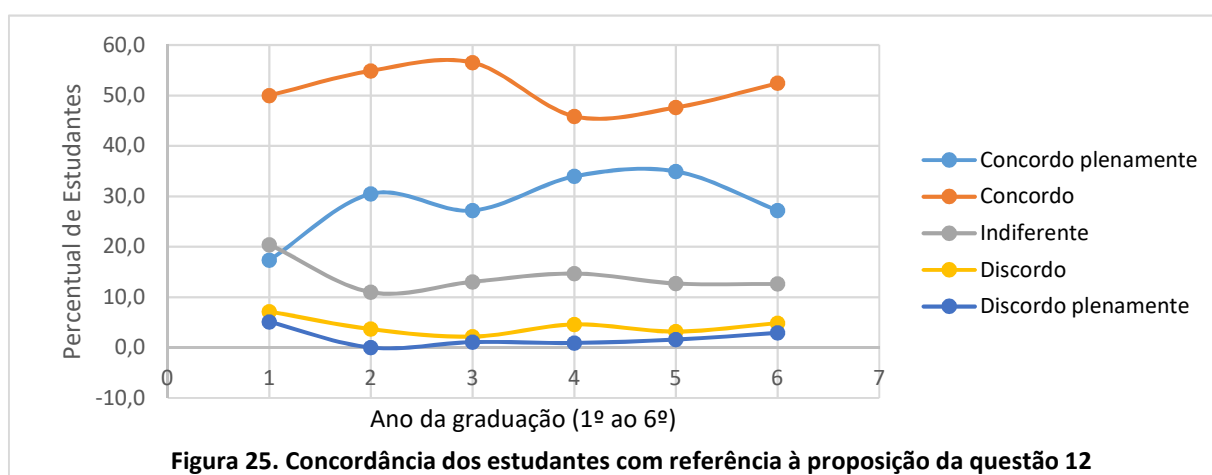


Figura 25. Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 12

Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	17,3	30,5	27,2	33,9	34,9	27,2
Concordo	50,0	54,9	56,5	45,9	47,6	52,4
Indiferente	20,4	11,0	13,0	14,7	12,7	12,6
Discordo	7,1	3,7	2,2	4,6	3,2	4,9
Discordo plenamente	5,1	0,0	1,1	0,9	1,6	2,9

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à afirmativa “o médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente”, temos um percentual aproximado de: 67,5% no 1º ano; 85,5% no 2º ano; 84% no 3º ano, 80% no 4º ano; 82,5% no 5º ano; e, 80% no 6º ano.

O Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6) confirmou correlação negativa estatisticamente significativa entre o ano da graduação em que o estudante se encontra e a proposição do contexto clínico: “O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente.” ($S=-0,085$; $p=0,046$). À medida que o graduando se aproxima da sua formação acadêmica, aumenta a concordância com a assertiva.

4.3.2 Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente?

Com referência à proposição “Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.”: 86% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 12,5% concordam; 0,6% são indiferentes; 0,7% discordam; e 0,2% discordam plenamente (Tabela 10) (Figura 26).

Tabela 10. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 13: “Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	86	18,3%	11	16,5%	1	33,0%	0	0,0%	0	0,0%
2 ^o	68	14,4%	12	17,5%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%
3 ^o	79	16,8%	10	14,5%	1	33,0%	1	25,0%	1	100,0%
4 ^o	101	21,5%	8	12,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
5 ^o	52	11,0%	10	14,5%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
6 ^o	85	18,0%	17	25,0%	1	33,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	471		68		3		4		1	

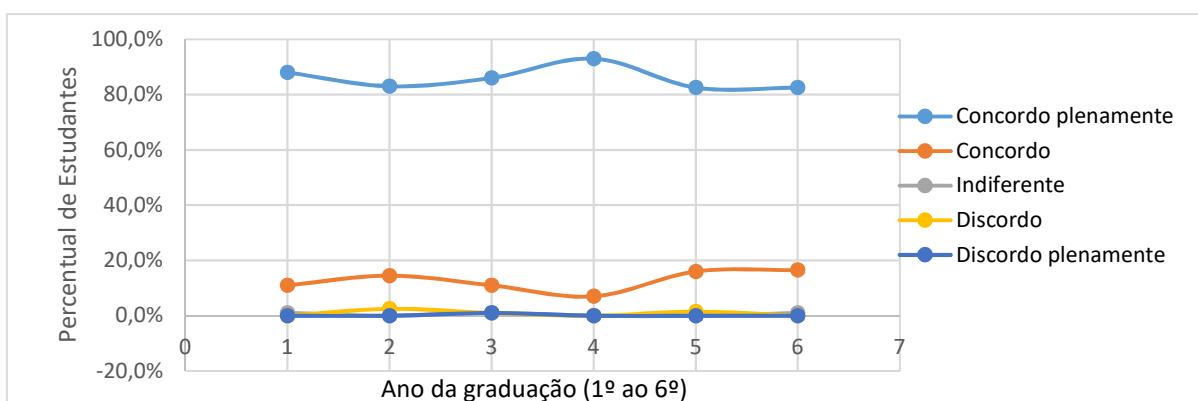


Figura 26. Concordância dos estudantes com referência à proposição da questão 13

Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	88,0%	83,0%	86,0%	93,0%	82,5%	82,5%
Concordo	11,0%	14,5%	11,0%	7,0%	16,0%	16,5%
Indiferente	1,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Discordo	0,0%	2,5%	1,0%	0,0%	1,5%	0,0%
Discordo plenamente	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à proposição “Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.”, temos um percentual aproximado de: 99% no 1º ano; 97,5% no 2º ano; 97% no 3º ano, 100% no 4º ano; 98,5% no 5º ano; e, 99% no 6º ano.

Tivemos três estudantes que optaram pela alternativa “indiferente”, todos de etnia branca e pertencentes ao gênero masculino: um do 1º ano, ateu, faixa etária de 18 a 20 anos; um do 3º ano, católico e um do 6º ano, agnóstico, ambos na faixa etária de 21-23 anos.

Dos quatro estudantes que assinalaram “discordo”, todos eram brancos e na faixa etária de 21-23 anos: três do gênero feminino, duas do 2º ano, agnósticas, uma do 3º ano, atea; e um do gênero masculino, do 5º ano, católico.

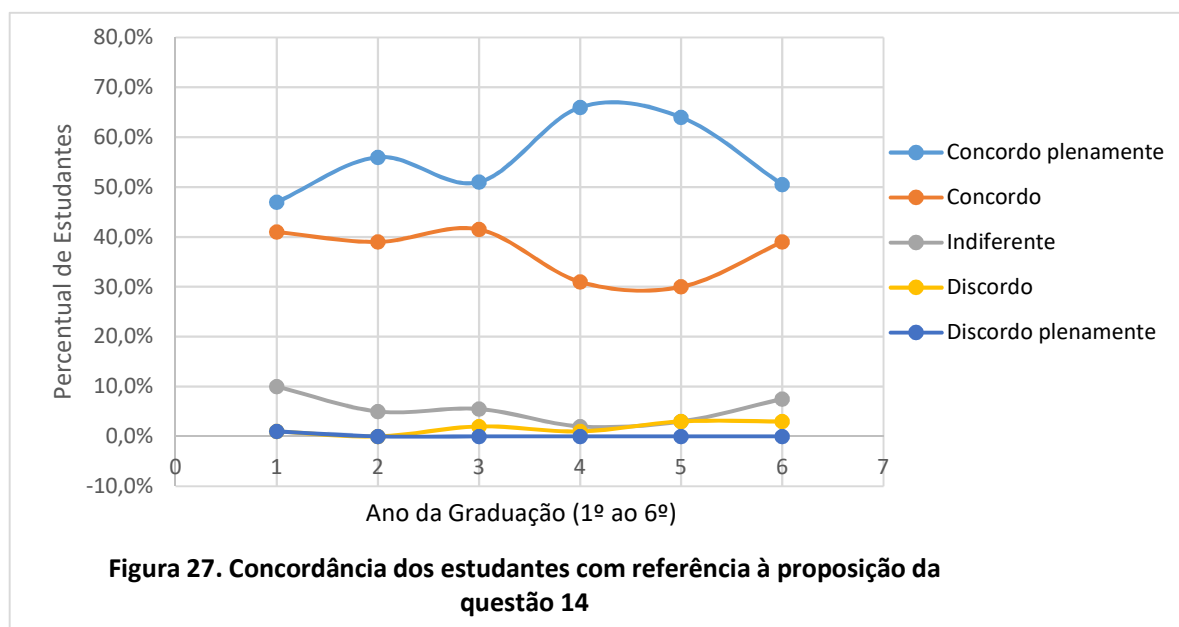
Um único estudante do 3º ano do gênero masculino, branco, idade entre 21 e 23 anos, católico, assinalou “discordo plenamente”.

4.3.3 A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente?

Com referência à proposição “A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.”: 55,5% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 37% concordam; 5,7% são indiferentes; 1,6% discordam; e 0,2% discordam totalmente (Tabela 11) (Figura 27).

Tabela 11. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 14: “A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1 ^o	46	15,0%	40	20,0%	10	32,0%	1	11,0%	1	100%
2 ^o	46	15,0%	32	16,0%	4	13,0%	0	0,0%	0	0,0%
3 ^o	47	15,5%	38	18,5%	5	16,0%	2	22,0%	0	0,0%
4 ^o	72	24,0%	34	17,0%	2	6,5%	1	11,0%	0	0,0%
5 ^o	40	13,5%	19	9,0%	2	6,5%	2	22,0%	0	0,0%
6 ^o	52	17,0%	40	19,5%	8	26,0%	3	34,0%	0	0,0%
Total	303		203		31		9		1	



Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	47,0%	56,0%	51,0%	66,0%	64,0%	50,5%
Concordo	41,0%	39,0%	41,5%	31,0%	30,0%	39,0%
Indiferente	10,0%	5,0%	5,5%	2,0%	3,0%	7,5%
Discordo	1,0%	0,0%	2,0%	1,0%	3,0%	3,0%
Discordo plenamente	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à proposição “A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.”, temos um percentual

aproximado de: 88% no 1º ano; 95% no 2º ano; 92,5% no 3º ano, 97,5% no 4º ano; 94% no 5º ano; e, 89,5% no 6º ano.

O teste de Kruskal-Wallis (Anexo 5) apontou diferença significativa entre “Afiliação Religiosa” e a proposição da questão 14. Houve maior concordância entre os estudantes que possuem afiliação religiosa, e, também, entre os que creem, mas não têm vínculo com nenhuma religião; e menor entre os ateus.

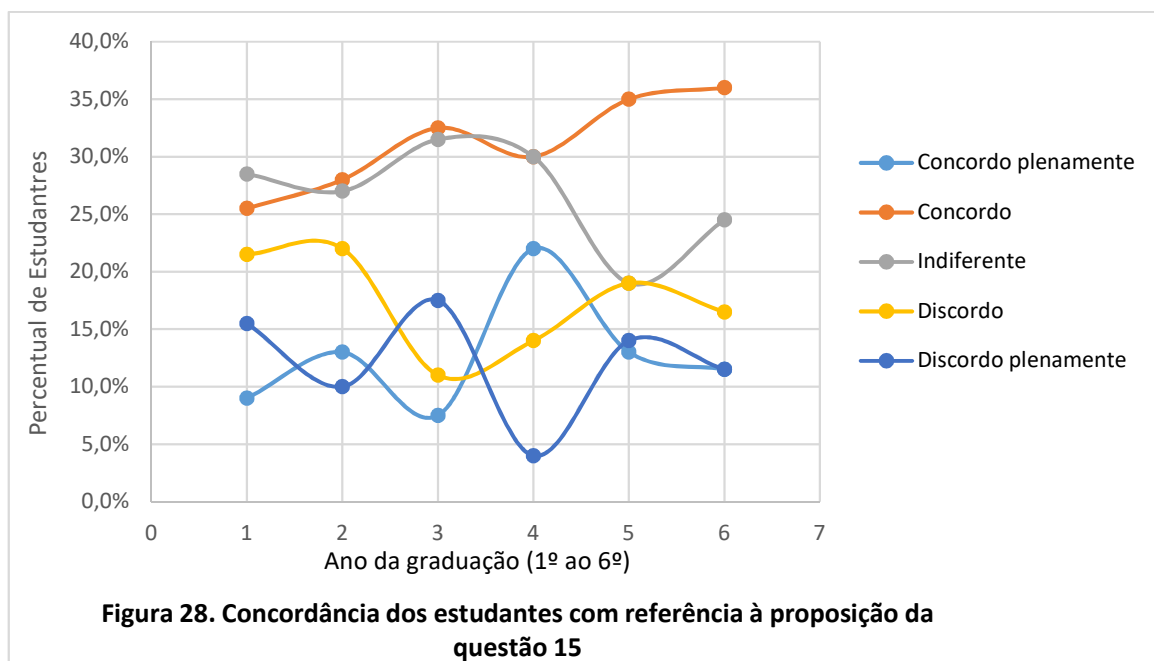
De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre religiosidade organizacional e essa proposição ($S=0,101$; $p=0,018$). Portanto, quanto maior a religiosidade organizacional, maior o grau de concordância dos estudantes.

4.3.4 A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente?

Com referência à proposição “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.”: 13% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 31% concordam; 27% são indiferentes; 17% discordam; e, 12% discordam plenamente. (Tabela 12) (Figura 28)

Tabela 12. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 15: “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º	9	13,0%	25	15,0%	28	19,0%	21	22,5%	15	23,5%
2º	11	15,5%	23	13,5%	22	15,0%	18	19,5%	8	12,5%
3º	7	10,0%	30	17,5%	29	19,5%	10	11,0%	16	25,0%
4º	24	33,5%	33	19,0%	33	22,0%	15	16,0%	4	6,0%
5º	8	11,0%	22	13,0%	12	8,0%	12	13,0%	9	14,0%
6º	12	17,0%	37	22,0%	25	16,5%	17	18,0%	12	19,0%
Total	71		170		149		93		64	



Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	9,0%	13,0%	7,5%	22,0%	13,0%	11,5%
Concordo	25,5%	28,0%	32,5%	30,0%	35,0%	36,0%
Indiferente	28,5%	27,0%	31,5%	30,0%	19,0%	24,5%
Discordo	21,5%	22,0%	11,0%	14,0%	19,0%	16,5%
Discordo plenamente	15,5%	10,0%	17,5%	4,0%	14,0%	11,5%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à proposição “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.”, temos um percentual aproximado de: 35% no 1º ano; 41,5% no 2º ano; 40,5% no 3º ano; 52,5% no 4º ano; 48% no 5º ano; e, 47,5% no 6º ano.

O Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6) confirmou correlação negativa estatisticamente significativa entre o ano da graduação em que o estudante se encontra e a proposição “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.” ($S=-0,091$; $p=0,034$). À medida que o graduando se aproxima da sua formação acadêmica, aumenta a concordância com a assertiva.

O teste de Kruskal-Wallis (Anexo 5) apontou diferença significativa entre a proposição “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.” e afiliação religiosa. Houve concordância maior entre os estudantes que possuem

afiliação religiosa; menor entre os que creem, mas não têm vínculo com nenhuma religião; e, também, entre os ateus.

De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre a questão 15 e:

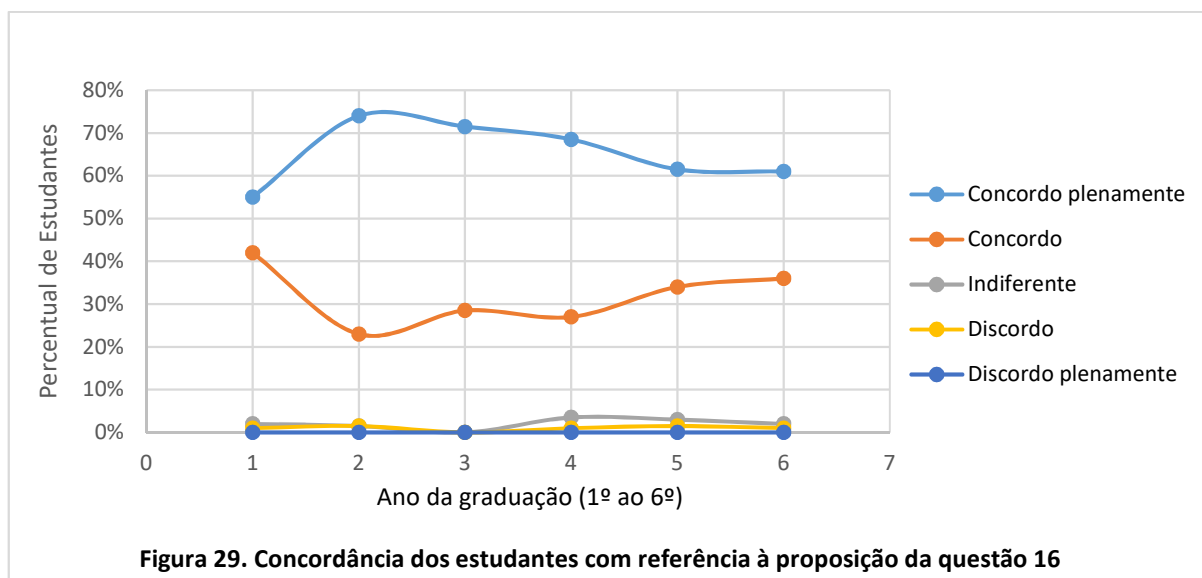
- religiosidade organizacional: quanto maior a religiosidade organizacional, maior o grau de concordância dos estudantes ($S=0,299$; $p=0,000$);
- religiosidade não organizacional: quanto maior a religiosidade não organizacional, maior o grau de concordância dos estudantes ($S=0,297$; $p=0,000$).

4.3.5 O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas?

Com referência à proposição “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.”: 65% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 32% concordam; 2% são indiferentes; 1% discorda (Tabela 13) (Figura 29).

Tabela 13. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 16: “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	52	15,0%	40	23,5%	2	18,0%	1	20,0%	0	0,0%
2 ^o	61	17,0%	19	11,0%	1	9,0%	1	20,0%	0	0,0%
3 ^o	65	18,0%	26	15,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4 ^o	74	21,0%	29	17,0%	4	37,0%	1	20,0%	0	0,0%
5 ^o	38	11,0%	21	12,0%	2	18,0%	1	20,0%	0	0,0%
6 ^o	63	18,0%	37	21,5%	2	18,0%	1	20,0%	0	0,0%
Total	353		172		11		5		0	

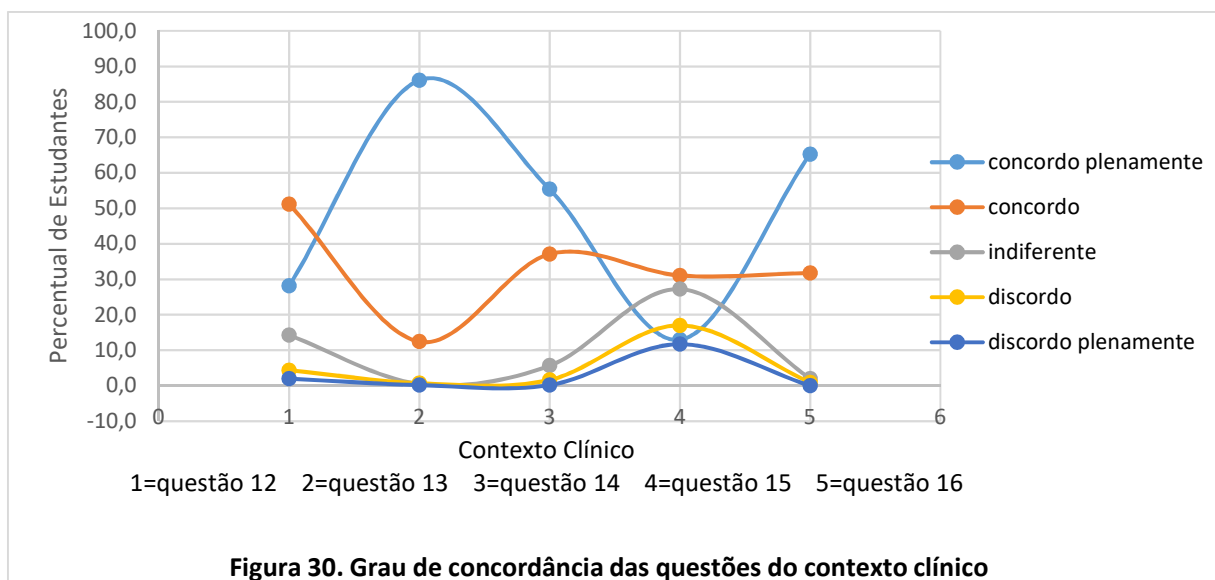


Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	55%	74%	71,50%	68,50%	61,50%	61%
Concordo	42%	23%	28,50%	27%	34%	36%
Indiferente	2%	1,50%	0%	3,50%	3%	2%
Discordo	1%	1,50%	0%	1%	1,50%	1%
Discordo plenamente	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à proposição “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.”, temos um percentual aproximado de: 97% no 1º ano; 97% no 2º ano; 100% no 3º ano, 95,5% no 4º ano; 95,5% no 5º ano; e, 97% no 6º ano.

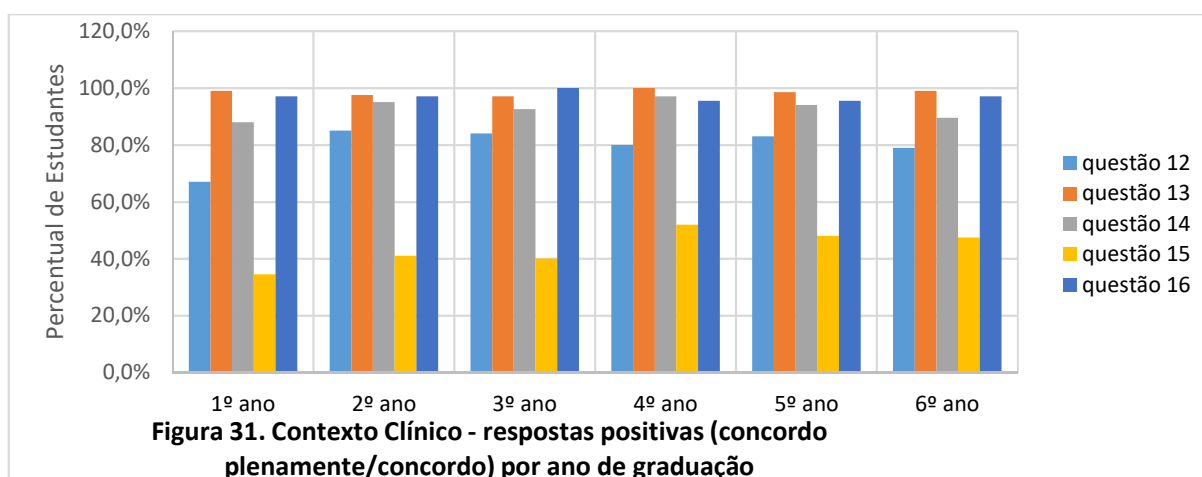
De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre esta proposição e religiosidade organizacional ($S=0,096$; $p=0,025$). Portanto, quanto maior a religiosidade organizacional, maior o grau de concordância dos estudantes.

Apresentamos abaixo uma compilação dos dados obtidos nas questões referentes ao contexto clínico (Figura 30).



Contexto Clínico	concordo plenamente	concordo	indiferente	discordo	discordo plenamente
questão 12	28,1%	51,2%	14,3%	4,4%	2,0%
questão 13	86,1%	12,5%	0,5%	0,7%	0,2%
questão 14	55,4%	37,1%	5,7%	1,6%	0,2%
questão 15	13,0%	31,1%	27,2%	17,0%	11,7%
questão 16	65,0%	32,0%	2,0%	1,0%	0,0%

Nas questões 12, 14 e 15 percebe-se um crescimento do percentual de concordância do 1º para o 2º ano e posterior homogeneização nos demais anos da graduação. Exceção feita à questão de número 15 (“A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.”), as demais tiveram alto grau de concordância, principalmente a 13 (“Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.”) e a 16 (“O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.”). (Figura 31)



Contexto Clínico	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
questão 12	67,0%	85,0%	84,0%	80,0%	83,0%	79,0%
questão 13	99,0%	97,5%	97,0%	100,0%	98,5%	99,0%
questão 14	88,0%	95,0%	92,5%	97,0%	94,0%	89,5%
questão 15	34,5%	41,0%	40,0%	52,0%	48,0%	47,5%
questão 16	97,0%	97,0%	100,0%	95,5%	95,5%	97,0%

De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadros 2 e 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre religiosidade intrínseca, que é a que mais se aproxima da espiritualidade, com todas as questões do contexto clínico (exceto entre as questões 11 e 13). Quanto maior o seu escore, maior o grau de concordância dos acadêmicos às perguntas referentes à Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Clínico.

Quadro 2. Coeficiente de Correlação de Spearman – Contexto Clínico e religiosidade intrínseca

Contexto Clínico	Spearman's rho	Questão 12	Questão 13	Questão 14	Questão 15	Questão 16
Questão 9	Correlation Coefficient	0,118	0,099	0,150	0,347	0,117
	Sig. (2-tailed)	0,006	0,020	0,000	0,000	0,006
	N	547	547	547	547	547
Questão 10	Correlation Coefficient	0,110	0,088	0,154	0,370	0,127
	Sig. (2-tailed)	0,010	0,040	0,000	0,000	0,003
	N	547	547	547	547	547
Questão 11	Correlation Coefficient	0,096	0,071	0,139	0,330	0,136
	Sig. (2-tailed)	0,025	0,097	0,001	0,000	0,001
	N	0,118	0,099	0,150	0,347	0,117

O Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadros 3 e 6) (Anexo 6) confirmou, ainda, correlações positivas estatisticamente significantes entre todas as questões do contexto clínico entre si.

Quadro 3. Coeficiente de Correlação de Spearman – Contexto Clínico entre si

Contexto Clínico	Spearman's rho	Questão 12	Questão 13	Questão 14	Questão 15	Questão 16
Questão 12	Correlation Coefficient	1,000	0,151	0,497	0,292	0,333
	Sig. (2-tailed)	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 13	Correlation Coefficient	0,151	1,000	0,254	0,098	0,230
	Sig. (2-tailed)	0,000	.	0,000	0,023	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 14	Correlation Coefficient	0,497	0,254	1,000	0,283	0,375
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	.	0,000	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 15	Correlation Coefficient	0,292	0,098	0,283	1,000	0,208
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,023	0,000	.	0,000
	N	547	547	547	547	547
Questão 16	Correlation Coefficient	0,333	0,230	0,375	0,208	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	547	547	547	547	547

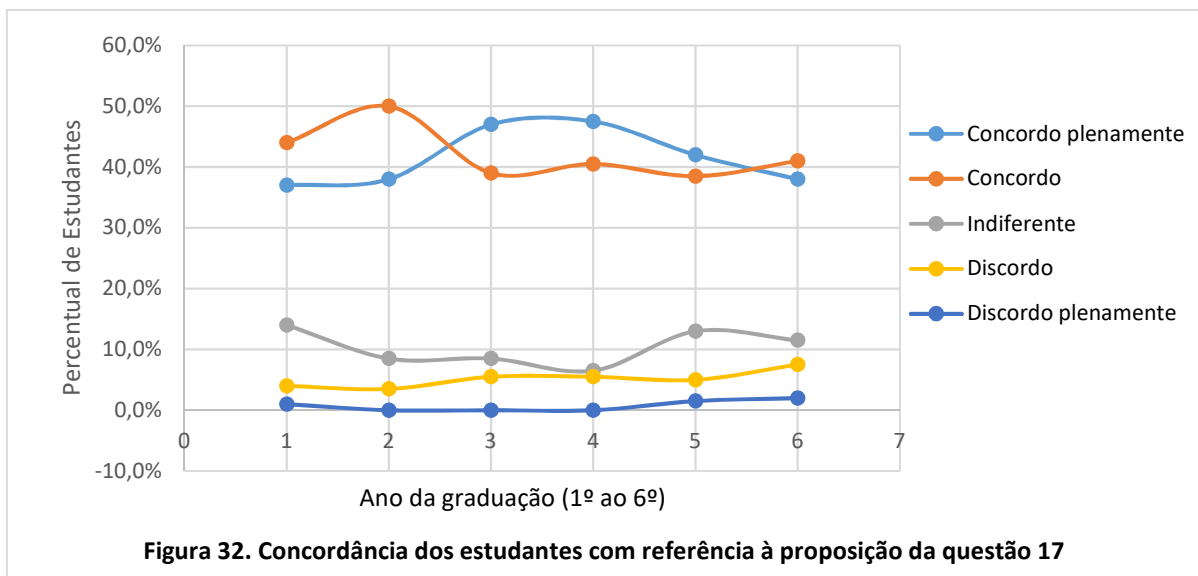
4.4 Contexto Acadêmico

4.4.1 O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente?

Com referência à proposição “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.”: 41,5% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 42% concordam; 10% são indiferentes; 5,5% discordam; 1% discorda plenamente (Tabela 14) (Figura 32).

Tabela 14. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 17: “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	36	16,0%	43	19,0%	14	25,0%	4	14,0%	1	25,0%
2 ^o	31	13,5%	41	18,0%	7	12,5%	3	10,0%	0	0,0%
3 ^o	43	19,0%	36	15,5%	8	14,0%	5	17,0%	0	0,0%
4 ^o	52	23,0%	44	19,0%	7	12,5%	6	21,0%	0	0,0%
5 ^o	26	11,5%	24	10,5%	8	14,0%	3	10,5%	1	25,0%
6 ^o	39	17,0%	42	18,0%	12	22,0%	8	27,5%	2	50,0%
Total	227		230		56		29		4	



Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	37,0%	38,0%	47,0%	47,5%	42,0%	38,0%
Concordo	44,0%	50,0%	39,0%	40,5%	38,5%	41,0%
Indiferente	14,0%	8,5%	8,5%	6,5%	13,0%	11,5%
Discordo	4,0%	3,5%	5,5%	5,5%	5,0%	7,5%
Discordo plenamente	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	2,0%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à afirmativa, temos um percentual aproximado de: 81% no 1º ano; 88% no 2º ano; 86% no 3º ano, 88% no 4º ano; 81% no 5º ano; e, 79% no 6º ano.

O teste de Kruskal-Wallis (Anexo 5) apontou diferença significativa entre “Afiliação Religiosa” e a proposição do contexto acadêmico “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.”. Houve concordância maior entre os estudantes que possuem afiliação religiosa, e, também, entre os que creem, mas não têm vínculo com nenhuma religião; e menor entre os ateus.

De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre esta proposição e:

- Índice de Religiosidade da Universidade Duke: quanto maiores os escores da DUREL maior o grau de concordância dos discentes a esta questão - religiosidade organizacional ($S=0,127$; $p=0,003$), religiosidade não organizacional ($S=0,118$; $p=0,006$) e religiosidade intrínseca ($S=0,185$; $p=0,000$);

- todas as questões do contexto clínico (Quadros 4 e 6) (Anexo 6).

Quadro 4. Coeficiente de Correlação de Spearman - entre Contexto Clínico e questão 17

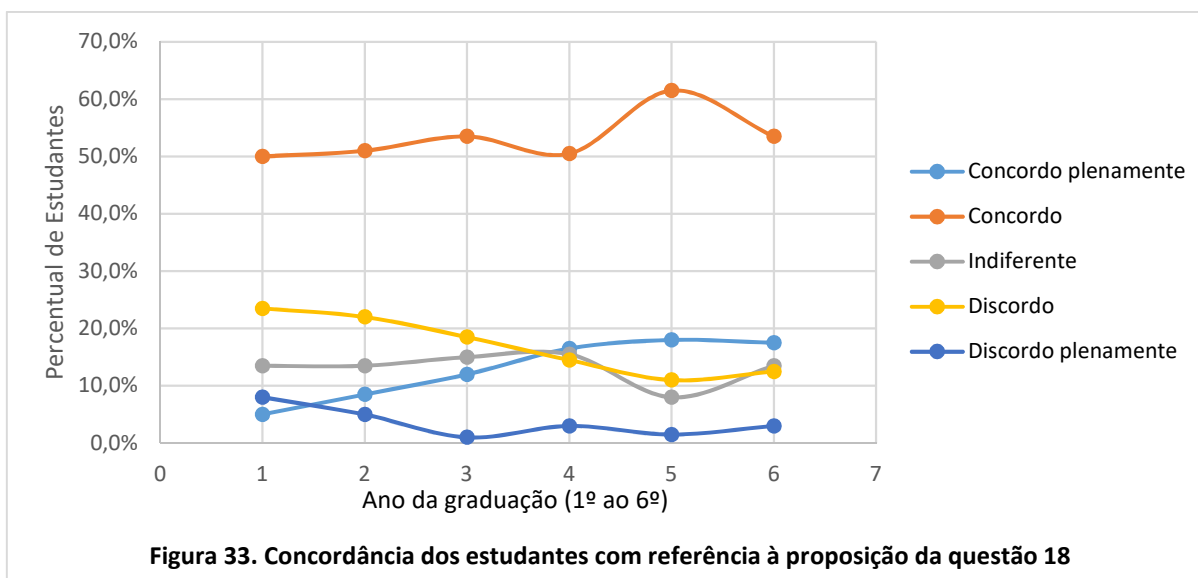
Contexto Clínico	Spearman's rho	Questão 17
Questão 12	Correlation Coefficient	0,466
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 13	Correlation Coefficient	0,197
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 14	Correlation Coefficient	0,527
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 15	Correlation Coefficient	0,314
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 16	Correlation Coefficient	0,435
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547

4.4.2 A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico?

Com referência à afirmação “A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico.”: 13% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 53% concordam; 13,5% são indiferentes; 17% discordam; 3,5% discordam totalmente (Tabela 15) (Figura 33).

Tabela 15. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 18: “A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	5	7,0%	49	17,0%	13	17,5%	23	24,5%	8	40,0%
2 ^o	7	10,0%	42	15,0%	11	15,0%	18	19,0%	4	20,0%
3 ^o	11	15,5%	49	17,0%	14	19,0%	17	18,0%	1	5,0%
4 ^o	18	26,0%	55	19,0%	17	23,0%	16	17,0%	3	15,0%
5 ^o	11	15,5%	38	13,0%	5	6,5%	7	7,5%	1	5,0%
6 ^o	18	26,0%	55	19,0%	14	19,0%	13	14,0%	3	15,0%
Total	70		288		74		94		20	



Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	5,0%	8,5%	12,0%	16,5%	18,0%	17,5%
Concordo	50,0%	51,0%	53,5%	50,5%	61,5%	53,5%
Indiferente	13,5%	13,5%	15,0%	15,5%	8,0%	13,5%
Discordo	23,5%	22,0%	18,5%	14,5%	11,0%	12,5%
Discordo plenamente	8,0%	5,0%	1,0%	3,0%	1,5%	3,0%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à afirmativa, temos um percentual aproximado de: 55% no 1º ano; 60% no 2º ano; 65,5% no 3º ano, 67% no 4º ano; 79% no 5º ano; e, 71% no 6º ano.

O Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6) confirmou correlação negativa estatisticamente significativa entre o ano da graduação em que o estudante se encontra e a proposição do contexto acadêmico: “A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico.” ($S=-0,180$; $p=0,000$). À medida que o graduando se aproxima da sua formação acadêmica, aumenta a concordância com a assertiva.

De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre esta proposição e as proposições do contexto clínico:

- “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.” ($S=0,141$; $p=0,001$);

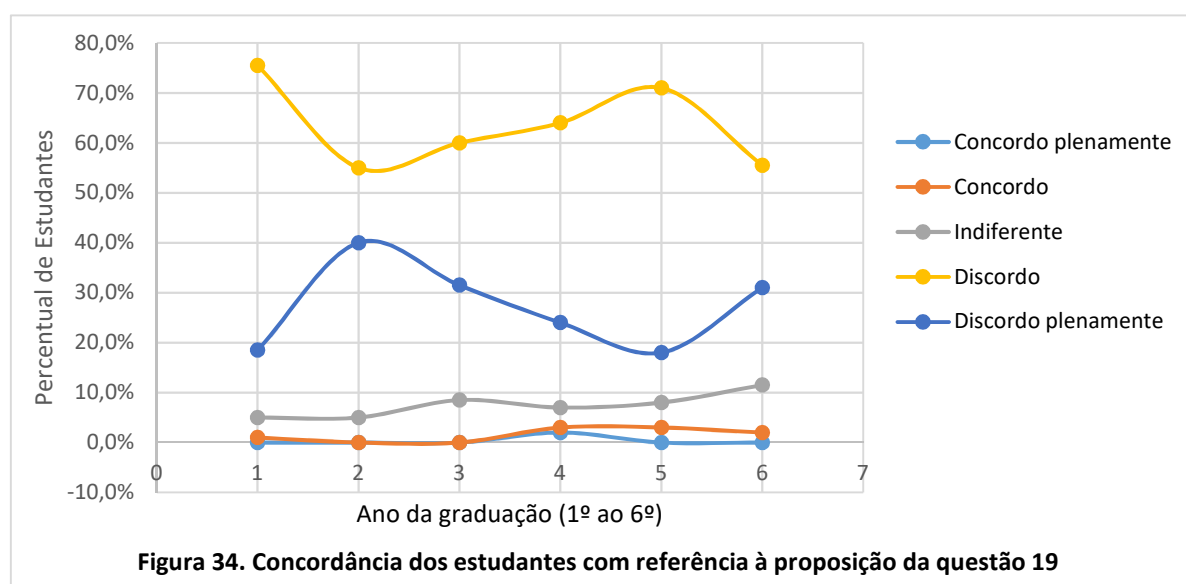
- “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.” (S=0,105; p=0,014).

4.4.3 Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente?

Com referência à proposição “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”: 0,3% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 1,5% concordam; 7,7% são indiferentes; 63% discordam; 27,5% discorda plenamente (Tabela 16) (Figura 34).

Tabela 16. Grau de concordância dos estudantes à proposição da questão 19: “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1 ^o	0	0,0%	1	12,5%	5	12,0%	74	21,5%	18	12,0%
2 ^o	0	0,0%	0	0,0%	4	9,5%	45	13,0%	33	22,0%
3 ^o	0	0,0%	0	0,0%	8	19,0%	55	16,0%	29	19,5%
4 ^o	2	100%	3	37,5%	8	19,0%	70	20,0%	26	17,5%
5 ^o	0	0,0%	2	25,0%	5	12,0%	44	13,0%	11	7,5%
6 ^o	0	0,0%	2	25,0%	12	28,5%	57	16,5%	32	21,5%
Total	2		8		42		345		149	



Grau de concordância	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%
Concordo	1,0%	0,0%	0,0%	3,0%	3,0%	2,0%
Indiferente	5,0%	5,0%	8,5%	7,0%	8,0%	11,5%
Discordo	75,5%	55,0%	60,0%	64,0%	71,0%	55,5%
Discordo plenamente	18,5%	40,0%	31,5%	24,0%	18,0%	31,0%

Considerando que “discordo plenamente” e “discordo” são respostas negativas à afirmativa, temos um percentual aproximado de: 94% no 1º ano; 95% no 2º ano; 91,5% no 3º ano, 88% no 4º ano; 89% no 5º ano; e, 86,5% no 6º ano.

O Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6) confirmou as seguintes correlações negativas estatisticamente significantes:

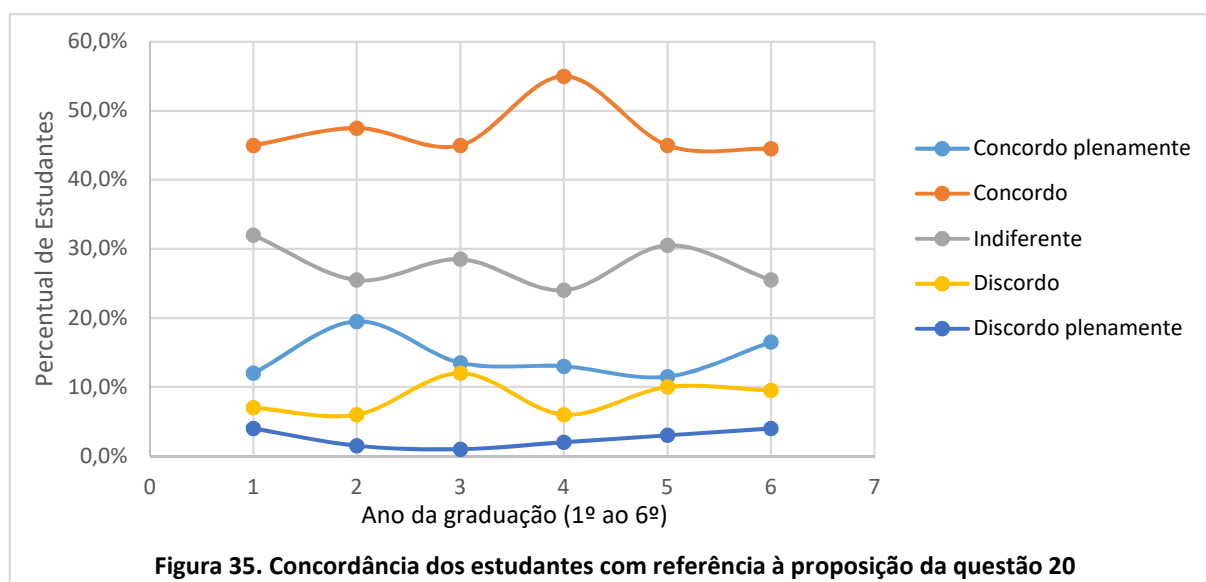
- Quanto maior a religiosidade organizacional ($S=-0,0099$; $p=0,020$) e intrínseca ($S=-0,0090$; $p=0,035$) dos estudantes, menor a concordância com a proposição “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”;
- Quanto maior a concordância dos acadêmicos com as proposições abaixo relacionadas do contexto clínico, menor a concordância com a proposição “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”:
 - “A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.” ($S=-0,163$; $p=0,000$);
 - “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.” ($S=-0,101$; $p=0,018$);
 - “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.” ($S=-0,154$; $p=0,000$).
- Quanto maior a concordância dos acadêmicos com as proposições abaixo relacionadas do contexto acadêmico, menor a concordância com a proposição “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”:
 - “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.” ($S=-0,152$; $p=0,000$);
 - “A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.” ($S=-0,157$; $p=0,000$).

4.4.4 A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante?

Com referência à assertiva “A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.”: 14,5% dos participantes da pesquisa concordam plenamente; 47,5% concordam; 27% são indiferentes; 8,5% discordam; 2,5% discordam plenamente (Tabela 17) (Figura 35).

Tabela 17. Grau de concordância dos estudantes à assertiva da questão 20: “A proposição de ações didático--pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.”.

Ano da graduação	Concordo plenamente		Concordo		Indiferente		Discordo		Discordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^o	12	15,5%	44	17,0%	31	21,0%	7	15,0%	4	28,5%
2 ^o	16	20,5%	39	15,0%	21	14,0%	5	11,0%	1	7,0%
3 ^o	12	15,5%	41	16,0%	26	17,5%	11	24,0%	1	7,0%
4 ^o	14	18,0%	60	23,0%	26	17,5%	7	15,0%	2	14,5%
5 ^o	7	9,0%	28	11,0%	19	12,5%	6	13,0%	2	14,5%
6 ^o	17	21,5%	46	18,0%	26	17,5%	10	22,0%	4	28,5%
Total	78		258		149		46		14	



	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Concordo plenamente	12,0%	19,5%	13,5%	13,0%	11,5%	16,5%
Concordo	45,0%	47,5%	45,0%	55,0%	45,0%	44,5%
Indiferente	32,0%	25,5%	28,5%	24,0%	30,5%	25,5%
Discordo	7,0%	6,0%	12,0%	6,0%	10,0%	9,5%
Discordo plenamente	4,0%	1,5%	1,0%	2,0%	3,0%	4,0%

Considerando que “concordo plenamente” e “concordo” são respostas positivas à afirmativa, temos um percentual aproximado de: 57% no 1º ano; 67% no 2º ano; 58,5% no 3º ano, 68% no 4º ano; 56,5% no 5º ano; e, 61% no 6º ano.

O teste de Kruskal-Wallis (Anexo 5) apontou diferença significativa entre “Afiliação Religiosa” e a assertiva do contexto acadêmico “A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.”. Houve concordância maior entre os estudantes que possuem afiliação religiosa; menor entre os que creem, mas não têm vínculo com nenhuma religião; e, também, entre os ateus.

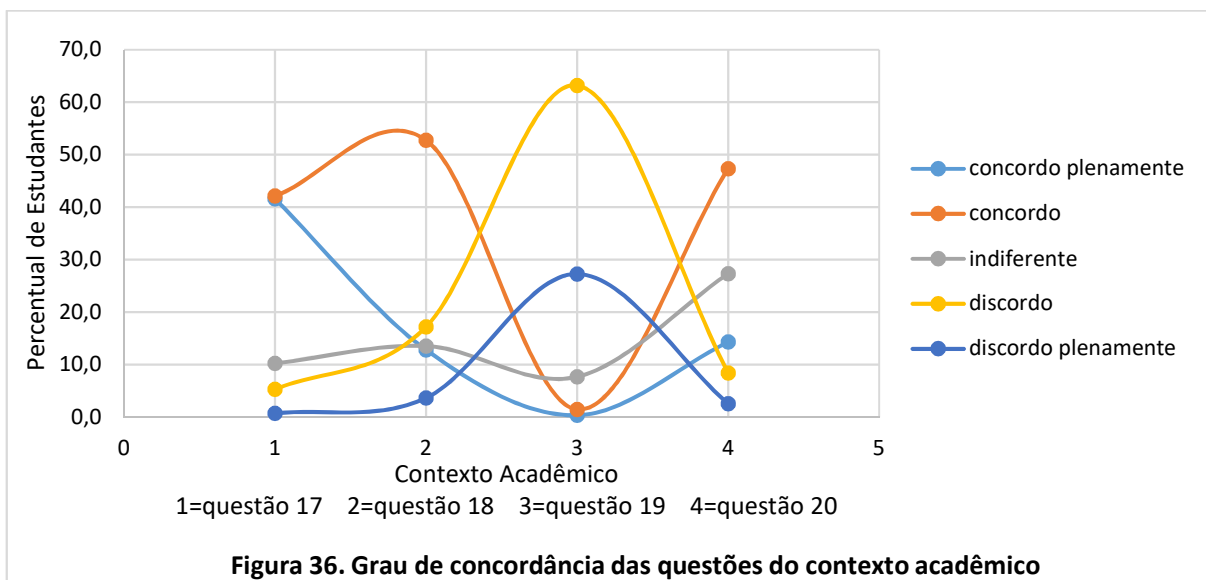
De acordo com as estimativas do Coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 6) (Anexo 6), confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre esta questão e:

- Índice de Religiosidade da Universidade Duke: quanto maiores os escores da DUREL, maior o grau de concordância dos discentes - religiosidade organizacional ($S=0,153$; $p=0,000$); religiosidade não organizacional ($S=0,139$; $p=0,001$); e religiosidade intrínseca ($S=0,235$; $p=0,000$);
- a proposição do contexto acadêmico “O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.” ($S=0,457$; $p=0,000$);
- todas as questões do contexto clínico (Quadros 5 e 6) (Anexo 6).

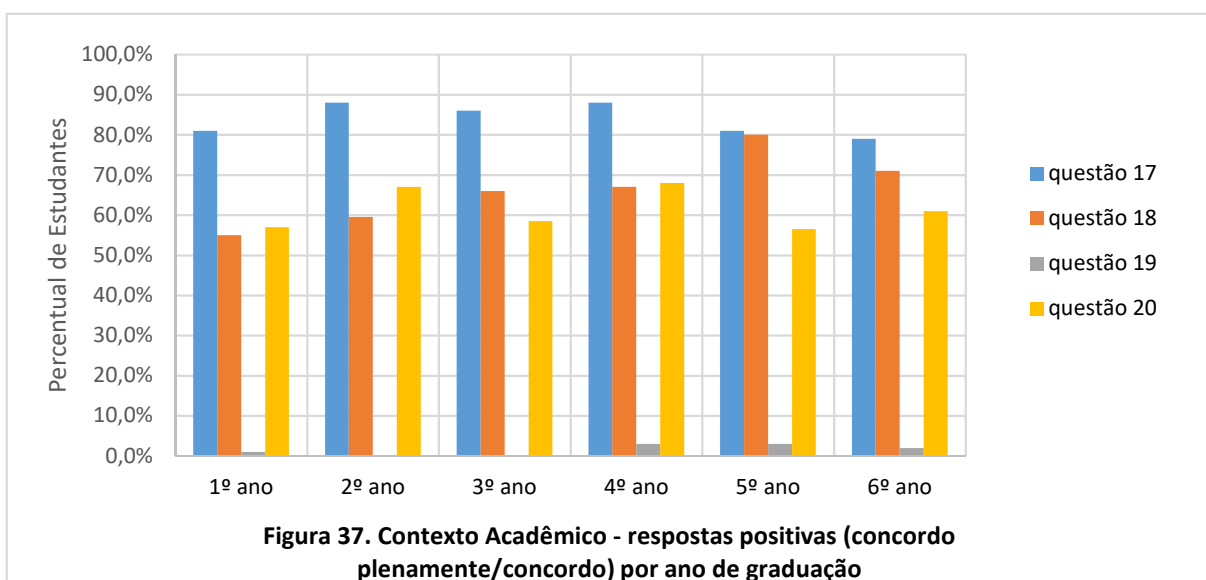
Quadro 5. Coeficiente de Correlação de Spearman - entre Contexto Clínico e questão 20

Contexto Clínico	Spearman's rho	Questão 20
Questão 12	Correlation Coefficient	0,343
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 13	Correlation Coefficient	0,129
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	547
Questão 14	Correlation Coefficient	0,408
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 15	Correlation Coefficient	0,298
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	547
Questão 16	Correlation Coefficient	0,312
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	0,343

Apresentamos abaixo uma compilação dos dados obtidos nas questões referentes ao contexto acadêmico (Figuras 36 e 37).



Contexto acadêmico	Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
questão 17	41,6%	42,1%	10,3%	5,3%	0,7%
questão 18	12,8%	52,7%	13,6%	17,2%	3,7%
questão 19	0,4%	1,4%	7,7%	63,2%	27,3%
questão 20	14,3%	47,4%	27,3%	8,4%	2,6%



	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
questão 17	81,0%	88,0%	86,0%	88,0%	81,0%	79,0%
questão 18	55,0%	59,5%	66,0%	67,0%	80,0%	71,0%
questão 19	1,0%	0,0%	0,0%	3,0%	3,0%	2,0%
questão 20	57,0%	67,0%	58,5%	68,0%	56,5%	61,0%

4.5 Análises Inferenciais

Com o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva empregamos dois tipos de análises inferenciais: Kruskal-Wallis (Anexo 5) para afiliação religiosa; coeficiente de correlação de Spearman (s) (Quadro 6) (Anexo 6) para variáveis ordinais.

Quadro 6. Coeficiente de Correlação de Spearman (s) entre as questões com variáveis ordinais.

Questão	Ano	RO	RNO	RI			Contexto Clínico					Contexto Acadêmico			
	3	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3							0,046			0,034			0,000		
7			0,000	0,000	0,000	0,000			0,018	0,000	0,025	0,003		0,020	0,000
8		0,000		0,000	0,000	0,000				0,000		0,006			0,001
9		0,000	0,000		0,000	0,000	0,006	0,020	0,000	0,000	0,006	0,000		0,013	0,000
10		0,000	0,000	0,000		0,000	0,010	0,040	0,000	0,000	0,003	0,000			0,000
11		0,000	0,000	0,000	0,000		0,025		0,001	0,000	0,001	0,001			0,000
12	0,046			0,006	0,010	0,025		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			0,000
13				0,020	0,040		0,000		0,000	0,023	0,000	0,000			0,002
14		0,018		0,000	0,000	0,001	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
15	0,034	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,023	0,000		0,000	0,000	0,001	0,018	0,000
16		0,025		0,006	0,003	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,014	0,000	0,000
17		0,003	0,006	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			0,000	0,000
18	0,000									0,001	0,014				
19		0,020		0,013					0,000	0,018	0,000	0,000			0,000
20		0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	

Ano da Graduação

Religiosidade Organizacional

Religiosidade Não Organizacional

Religiosidade Intrínseca

Contexto Clínico

Contexto Acadêmico

Relação positiva = nº em azul

Relação negativa = nº em vermelho

5 DISCUSSÃO

Na *Revisão da Literatura* inserimos trabalhos científicos com o intuito de enriquecer e contribuir para a fundamentação dessa pesquisa, embora não tenham sido discutidos no presente capítulo.

Nossa pesquisa teve como primeiro percalço o desafio de buscar uma definição de consenso na literatura científica da área da saúde para Espiritualidade. Deparamo-nos com autores como King e Koenig (2009) e Koenig (2012) que haviam procedido a exaustiva busca sem encontrarem um conceito definitivo. Outros como Frankl (1991) e Peres et al. (2007) lançaram um olhar para a espiritualidade enquanto transcendência, significado e propósito de vida, com vistas ao cuidado do sofrimento e da dor total do paciente, que ocorre nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual. Devido à falta de consenso na definição de espiritualidade, a iniciativa de representantes da Organização Mundial de Saúde que propuseram a inclusão do bem-estar espiritual no conceito de saúde foi frustrada, no entanto, não foi impedimento para que a dimensão espiritual do paciente fosse incluída como parte do cuidado integral do ser humano (WHO, 1999; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

A amostra desta dissertação constituiu-se de 72% da população total de estudantes do curso médico da Escola Paulista de Medicina, enquanto as de outros autores que também desenvolveram suas pesquisas com acadêmicos de Medicina foram de 63% (BANIN et al., 2013); 51,5% (BORGES et al., 2013); e 60,3% (LUCCHETTI et al., 2014a).

Dos 547 participantes de nossa pesquisa, a maioria era do gênero masculino (54,3%), diferentemente das amostras de outros autores que também trabalharam com população de estudantes de Medicina e apresentavam maioria do gênero feminino: Taunay et al. (2012) com 66%; Banin et al. (2013) com 65,8%; Borges et al. (2013) com 63,1%; e Lucchetti et al. (2014a) com 53,8%.

Nossa amostra foi equilibrada nos três ciclos do curso médico: o básico (1º e 2º anos) teve uma participação de 33%, o profissionalizante (3º e 4º anos) de 37% e o internato (5º e 6º anos) de 30%, assim distribuídos: 17,9% no 1º; 15% no 2º; 16,8% no 3º; 19,9% no 4º; 11,6% no 5º e 18,8% no 6º ano. Os participantes do estudo de Taunay et al. (2012) encontravam-se entre os dois primeiros anos da graduação em

Medicina. A amostra de Banin et al. (2013) foi apresentada por ciclos, com participação de 41,4% de estudantes do 1º e 2º anos; 31,6% do 3º e 4º anos; e 27% do 5º e 6º anos. Os participantes da amostra de Borges et al. (2013) estavam também distribuídos entre os seis anos do curso médico: 17,1% no 1º; 23,3% no 2º; 25,7% no 3º; 15,7% no 4º; 4,3% no 5º e 13,8% no 6º ano. A amostra de Lucchetti et al. (2014a) apresentou a seguinte distribuição: 16,9% no 1º ano, 20,7% no 2º ano, 15,4% no 3º ano, 17,5% no 4º ano, 15,9% no 5º ano e 13,6% no 6º ano. Borges et al. (2013) afirmaram que a menor participação de alunos no 5º e 6º anos, possivelmente estava relacionada às demandas do período do internato, o que percebemos no trabalho de Banin et al. (2013) e, também, em nossa pesquisa, onde tivemos maior dificuldade de acesso aos alunos do 5º ano.

Quanto à etnia, os participantes de nossa amostra encontravam-se assim distribuídos: 69,8% brancos; 14,5% pardos; 12,2% amarelos; 3,1% negros; e 0,4% indígenas. Os participantes do trabalho de Lucchetti et al. (2014a) tinham a seguinte etnia: 82,2% brancos; 6,7% pardos; 9,8% amarelos; 1,2% negros. A maior diversidade étnica foi percebida em nossa amostra nas turmas mais recentes, provavelmente devido às cotas (Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012), implementadas gradualmente a partir de 2014 nas Instituições Federais de Educação Superior, o que justifica menor diversidade na amostra de Lucchetti et al. (2014a). Os demais trabalhos comparados no perfil sociodemográfico não especificaram a etnia.

Com relação à faixa etária, os participantes de nossa pesquisa distribuíram-se da seguinte forma: 37% concentraram-se no intervalo de 21 a 23 anos, 28% de 24 a 26 anos, 24% de 18 a 20 anos e 10% nas demais. Taunay et al. (2012) encontraram média de idade de $20,67 \pm 2,93$; Banin et al. (2013) de $22,15 \pm 2,74$; Borges et al. (2013) de $21,52 \pm 2,064$ anos; e Lucchetti et al. (2014a) de 22,5 anos. Os dados apresentados na literatura vão ao encontro de nossos resultados, no qual o maior percentual (37%) dos estudantes concentrava-se no intervalo de 21 a 23 anos. É importante ressaltar que a amostra de Taunay et al. (2012) tem média de idade menor porque se restringe aos dois primeiros anos do curso médico.

Referente à renda familiar encontramos em nossa amostra que: 40% está acima de R\$ 10.000,00 (dez mil reais); 40% entre R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e R\$ 10.000,00 (dez mil reais); e 20% abaixo de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais). Taunay et al. (2012) encontraram renda familiar mensal de $R\$ 5.780,00 \pm R\$ 1.424,00$;

enquanto Lucchetti et al. (2014a) encontraram a seguinte distribuição de renda: 24,3% menor que R\$ 4.000,00; 25,8% entre R\$ 4.000,00 e R\$ 8.000,00; 48,9% maior que R\$ 8.000,00. Nossos achados quanto à renda familiar são similares aos de Lucchetti et al. (2014a).

Os dados censitários mostraram que participantes de etnia branca percebiam rendimentos de 1,7 a 2,0 e de 1,8 a 2,1 vezes maior do que os negros e pardos, respectivamente, dependendo das regiões (IBGE, 2010). A presente pesquisa vai ao encontro destes achados quando 45,2% dos que percebem renda superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) são brancos, contra 23,5% negros e 19,2% pardos.

Dos acadêmicos que participaram de nossa pesquisa, 62% declararam afiliação religiosa: 30% católicos; 13% evangélicos; 12% espíritas; 7% outras denominações religiosas. Dos 38% que não seguem nenhuma orientação religiosa, 26% declararam-se agnósticos e 12% ateus. Tanto o IBGE (2010) quanto Moreira-Almeida et al. (2010) apresentaram a categoria “sem religião” e não incluíram as opções ateu e agnóstico. Optamos por dividir e nomear esse grupo como “não possui /agnóstico” e “não possui/ateu”. Nossos resultados indicaram que a descrença não aumenta com o decorrer do curso médico, ao contrário, o percentual dos que se declararam ateus diminuiu do 1º para o 2º ano e manteve-se equilibrado entre as demais turmas. O Censo Demográfico (IBGE, 2010) mostrou a seguinte distribuição da população brasileira pelas afiliações religiosas: católicos 64,6%; evangélicos 22,2%; espíritas 2,0%; umbanda/ candomblé 0,3%; outras religiosidades 2,7%; sem religião 8,0%; não sabe/não declarou 0,1%. Os achados de Moreira-Almeida et al. (2010) foram próximos aos censitários: católicos 68%; evangélicos 23%; espíritas 2,5%. A amostra de Taunay et al. (2012) quanto à afiliação religiosa estava assim representada: 60% católicos; 12% evangélicos; 3% espíritas; 2% outras denominações religiosas; 8% ateus/agnósticos; 8% sem religião; e 7% não informou. Borges et al. (2013) encontraram que 73,9% dos estudantes tinham algum tipo de afiliação religiosa (43% católicos, 7,7% evangélicos, 16,9% espíritas e 6,3% outras). Os participantes do trabalho de Lucchetti et al. (2014a) distribuía-se nas seguintes afiliações religiosas: 34,6% católicos; 8% evangélicos; 13% espíritas; 10,5% outras denominações religiosas; 25,6% agnósticos; e 8,3% ateus. Pode-se perceber no decurso do tempo, uma queda na quantidade de católicos e aumento dos espíritas,

fortemente evidenciado na população universitária. Nossos achados corroboram com os da literatura citada.

Apesar de perceber-se no Brasil um sincretismo religioso onde as pessoas transitam entre as religiões na sua busca pelo sagrado e pelo transcendente, nossa pesquisa não averiguou tal dado, por não pertencer ao escopo de nosso objeto de estudo, razão pela qual também não questionamos sobre a conversão a uma religião diferente da qual foi criado. Moreira-Almeida et al. (2010) investigaram o sincretismo religioso e pouco mais de 10% dos participantes da pesquisa referiram frequentar mais de uma religião.

Nos dados censitários relacionados à distribuição de renda pelas afiliações religiosas, encontrou-se que 55,8% dos católicos estavam concentrados na faixa até um salário mínimo. Os evangélicos pentecostais formavam o grupo religioso com a maior proporção de pessoas pertencentes a classes de rendimento até um salário mínimo (63,7%). Os sem religião também tiveram proporções elevadas neste conjunto (59,2%). No outro extremo, o grupo das classes de rendimento acima de cinco salários mínimos, destacava-se o percentual observado para as pessoas que se declararam espíritas, com 19,7% do total deste grupo religioso (IBGE, 2010). Paradoxalmente aos dados apresentados pelo IBGE, a população universitária analisada em nossa pesquisa não apresentou diferença significativa entre renda familiar e afiliação religiosa. O nível educacional, a renda e a etnia não se associaram de modo independente a indicadores de religiosidade na população brasileira investigada por Moreira-Almeida et al. (2010).

Houvemos por bem apresentar no capítulo *Revisão da Literatura*, o “Índice de Religiosidade de Duke” (DUREL), desenvolvido por Koenig, Parkerson e Meador (1997), disponível em 10 idiomas (KING; KOENIG, 2009), inclusive em português, com tradução de Moreira-Almeida et al. (2008) e validação de Lucchetti et al. (2012a) e Taunay et al. (2012). Optamos pela utilização dessa escala em nosso instrumento de coleta de dados porque, como afirmam Koenig e Büssing (2010), as diferentes dimensões de religiosidade relacionadas com desfechos em saúde foram contempladas na DUREL: organizacional, não organizacional e intrínseca, tendo esta última incorporado itens da escala de Hoge (1972).

Gordon W. Allport, da Universidade de Harvard, em artigo publicado em 1966, sugeriu uma orientação religiosa extrínseca, mais periférica, e outra intrínseca, mais nuclear. Em 1967 foi publicada por Allport e Ross a efetiva conceituação de religiosidade extrínseca e intrínseca. Em suma, a pessoa extrinsecamente motivada usaria sua religião, enquanto a intrinsecamente motivada viveria sua religião. Koenig (2012) destacou as dimensões subjetiva e motivacional da religiosidade, a primeira referindo-se à importância ou à centralidade da religião na vida da pessoa e, a segunda subdividida em: religiosidade intrínseca e religiosidade extrínseca. Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006) afirmaram que os resultados mais fortes e consistentes nas pesquisas realizadas sobre espiritualidade/religiosidade e saúde não foram encontrados entre diferentes denominações religiosas, mas comparando diferentes graus de envolvimento religioso. Portanto, afiliação religiosa nos diz pouco sobre a religiosidade do paciente. Para abordá-la devem ser consideradas as seguintes dimensões da religiosidade: organizacional; não organizacional; intrínseca; e subjetiva.

Em nosso estudo, a religiosidade organizacional mensurada mostrou que 4,2% dos estudantes frequentavam instituições religiosas mais do que uma vez por semana, 10% uma vez por semana, 6,4% duas a três vezes por mês, 27,6% algumas vezes por ano, 21,6% uma vez por ano ou menos, e 30,2% nunca frequentavam. Dos participantes do trabalho de Banin et al. (2013), 16,8% relataram frequentar serviços religiosos. Borges et al. (2013) aplicaram a DUREL e encontraram que 21,2% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. Os resultados de Lucchetti et al. (2014a) para frequência religiosa foram os seguintes: 18,2% frequentavam uma vez por semana ou mais; 45,2% frequentavam menos do que uma vez por semana e mais do que uma vez por ano; 36,6% frequentavam uma vez por ano ou menos, ou nunca. Nossos achados não corroboraram com os da literatura para religiosidade organizacional.

A religiosidade não organizacional dos estudantes de nossa amostra foi mensurada pelo tempo dedicado a atividades religiosas individuais: 4,5% dedicavam-se a essa prática mais do que uma vez ao dia; 17,5% diariamente; 8% duas ou mais vezes por semana; 6% uma vez por semana; 17% poucas vezes por mês; e, 47% raramente ou nunca. Dos participantes do trabalho de Banin et al. (2013), 42,3% relataram dedicar tempo para atividades religiosas privadas. No trabalho de Borges et

al. (2013), 38,8% relataram dedicar o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos diariamente. Lucchetti et al. (2014a) encontraram que: 32,7% dedicavam-se a esta prática diariamente ou mais; 23,1% menos que diariamente ou pelo menos uma vez por semana; 44,2% menos que uma vez por semana ou nunca. Mais uma vez, nossos resultados são discordantes da literatura consultada.

A média do escore de religiosidade intrínseca que encontramos foi de $9,72 \pm 4,07$ contra $10,46 \pm 3,24$ encontrada por Borges et al. (2013); $10,39$ encontrada por Banin et al. (2013); e $9,63 \pm 3,69$ encontrada por Lucchetti et al. (2014a), podendo variar de 3 (baixa religiosidade intrínseca) a 15 (alta religiosidade intrínseca). Nossos resultados para esta dimensão da religiosidade foram bem próximos aos de Lucchetti et al. (2014a).

Os resultados de Borges et al. (2013) demonstraram que as dimensões de religiosidade dos estudantes influenciaram significativamente os conceitos de espiritualidade, por eles avaliados, e que a religiosidade intrínseca se aproxima mais da espiritualidade do que a religiosidade extrínseca, organizacional ou não organizacional. Confirmamos correlação positiva estatisticamente significativa entre todas as questões do Índice de Religiosidade de Duke entre si (Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca), assim como Banin et al. (2013).

Buscamos respaldo na literatura científica para adentrar o campo da Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Clínico, que constituiu o terceiro bloco de nosso instrumento de coleta de dados. Por uma questão de fluidez na leitura, na *Revisão da Literatura* os trabalhos foram elencados dentro do contexto e não em ordem cronológica. Iniciamos por explanar as razões encontradas para considerar a dimensão espiritual na prática clínica.

Encontramos importantes publicações que abordavam a relação religião/religiosidade/espiritualidade e ciência em diferentes épocas, tais como: Osler (1910); Cid 10 (1993); Brasil (1995); Caeiro (1995); Turner et al. (1995); Puchalski e Larson (1998); WHO (1999); Koenig (2000); Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006); Puchalski (2006); WHOQOL SRPB (2006); Moreira-Almeida (2009); Numbers

(2009); Osler (2009); Panzini et al. (2011); Schumann, Stroppa e Moreira-Almeida (2011); WHO (2014); Arantes (2016); e Moreira-Almeida e Lucchetti (2016).

O alto grau de envolvimento religioso/espiritual entre os pacientes pode ser um importante coadjuvante na adesão à terapêutica, por isso constitui-se em forte razão para abordagem da dimensão espiritual na prática clínica. Ao solicitarmos aos participantes de nossa pesquisa que informassem o grau de concordância para a proposição “O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente.”, 79,3% responderam favoravelmente. Lucchetti et al. (2013) ao avaliarem estudantes de medicina, obtiveram como resultado que a espiritualidade tem impacto sobre a saúde dos pacientes (71,2%) e que esse impacto é positivo (68,2%). Destacamos na *Revisão da Literatura* outros trabalhos sobre o tema com os quais nossos achados corroboraram: Steinhauer et al. (2000); Pargament (2001); Levin (2003); Koenig (2005); Peres et al. (2007); Dal-Farra e Geremia (2010); Moreira-Almeida et al. (2010); Peres e Lucchetti (2010); VandeCreek (2010); Koenig (2012); Saad e De Medeiros (2012); Lucchetti, Lucchetti e Vallada (2013); e Moreira-Almeida e Lucchetti (2016).

Muitos pacientes são religiosos, têm crenças religiosas e tradições relacionadas à saúde e problemas de saúde que, com frequência, dão origem às necessidades espirituais. As crenças religiosas podem influenciar decisões médicas, entrar em conflito com tratamentos médicos e influenciar a adesão do paciente aos tratamentos prescritos. As condutas e decisões médicas podem ser influenciadas pelas crenças religiosas dos pacientes, portanto a abordagem da dimensão espiritual é um importante recurso terapêutico na prática clínica, objeto central de análise de nossa pesquisa. Um paciente com alto grau de religiosidade consegue ressignificar sua dor e utilizar sua fé para aceitar o tratamento. Levar em conta a história espiritual e comentar sobre as preocupações espirituais pode ter um impacto positivo no modo de seguir as recomendações médicas ao conquistar a confiança dos pacientes e consequente adesão ao tratamento. Portanto, os médicos devem reservar um tempo para perguntar sobre questões espirituais que possam, direta ou indiretamente, influenciar a saúde e a assistência médica dos pacientes. Nossa pesquisa encontra ressonância nas afirmações supracitadas encontradas nas publicações de Koenig (2005), Peres et al. (2007) e Lucchetti et al. (2010).

Apenas um em cada dez médicos encaminha as necessidades espirituais dos pacientes com regularidade. A maioria dos médicos (mais de 90%) reconhece que fatores espirituais são um componente importante de saúde, e uma grande parte (70% a 82%) diz que isso pode influenciar a saúde do paciente (ELLIS, VINSON, EWIGMAN, 1999). Além disso, 85% dos médicos dizem que deveriam estar cientes das crenças religiosas/espirituais dos pacientes, e 89% sentem-se no direito de perguntar sobre tais crenças. Dependendo da gravidade da condição médica, 31% a 74% dos médicos julgam importante a obtenção de um histórico espiritual (MONROE et al., 2003). Porém, apesar desses posicionamentos positivos, os médicos mostraram-se relutantes em discutir com os pacientes sobre questões espirituais ou em obter um histórico espiritual. Nossos resultados corroboram com os encontrados na literatura com uma concordância de 79,3% quanto à importância de o médico perguntar sobre questões espirituais.

Vindo ao encontro de nossos resultados, Banin et al. (2013) encontraram que quanto mais próximos de sua formação profissional, maior era a crença dos graduandos de que a espiritualidade desempenha um papel mais positivo na saúde do paciente e a propensão a abordar esta questão no atendimento clínico.

A influência das crenças religiosas dos pacientes nas decisões médicas também obteve destaque pela relevância de conhecê-las e respeitá-las no atendimento clínico. Steinhauer et al. (2000) acreditam que enquanto os médicos tendem a se concentrar em aspectos físicos, os pacientes e familiares tendem a ver o fim da vida com um significado psicossocial e espiritual mais amplo, moldado por uma vida de experiências. O grau de concordância à proposição “Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.” que fazia parte do terceiro bloco do instrumento de coleta de dados foi de 98,6%. As discussões apresentadas por Lucchetti et al. (2010) e Koenig (2012) não só corroboraram, mas destacaram a relevância de nossos resultados.

Os trabalhos selecionados para esta pesquisa que investigaram a predisposição dos pacientes em compartilhar crenças espirituais com seus médicos, foram unânimes em apontar resultados fortemente positivos: Puchalski e Larson (1998); Anandarajah e Hight (2001); McCord et al. (2004); Koenig (2005); Puchalski (2006); D’Souza (2007); e Saad et al. (2015). No entanto, apesar de acreditarem na importância da abordagem da dimensão espiritual dos pacientes no atendimento

clínico, os médicos encontram barreiras para fazê-la, como referem as produções científicas analisadas: Ellis, Vinson e Ewigman (1999); Anandarajah e Hight (2001); Chibnall e Brooks (2001); Koenig, McCullough e Larson (2001); Monroe et al. (2003); Koenig (2005); Peres et al. (2007); Lucchetti et al. (2012b); Berg et al. (2013).

Os pacientes querem a empatia, o olhar cuidadoso, a palavra de incentivo e conforto, a validação de suas crenças espirituais. Ter uma afiliação religiosa ou um envolvimento religioso por si só pode ter a mesma influência sobre a empatia que alguns domínios de espiritualidade, como lidar com suas próprias emoções e expectativas e ter um significado e propósito na vida. A produção científica mostra que muitos estudantes acreditam que os pacientes devem ter suas crenças abordadas e validadas, e que essas crenças podem ter importante impacto, não só sobre o prognóstico e resultado do tratamento, como na relação médico-paciente. A conscientização da importância da dimensão espiritual no tratamento do paciente manifesta o ressurgimento de uma medicina de valorização do ser humano em toda sua complexidade. Apropriar-se da dimensão espiritual enquanto recurso terapêutico para o exercício da prática clínica, no decorrer de sua formação acadêmica, é apoderar-se de uma sofisticada ferramenta no exercício da alteridade na relação médico-paciente (PERES et al., 2007; LUCCHETTI et al., 2013; REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016; DAMIANO et al., 2017). Estudos comprovaram que o simples fato de o médico se mostrar preocupado com o aspecto espiritual do paciente pode melhorar a relação médico-paciente e, por conseguinte, o impacto das intervenções médicas realizadas (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001; CHIBNALL; BROOKS, 2001; MONROE et al., 2003; PERES et al., 2007; BERG et al., 2013). Ao encontrarmos uma concordância de 92,5% dos participantes de nossa pesquisa com a proposição “A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.”, acreditamos ir ao encontro das considerações acima.

O médico não pode tomar decisões segundo seu sistema (ou não) de crenças, deve respeitar o do paciente. Não é um momento oportuno para tentar mudar as crenças religiosas do paciente nem para discutir questões religiosas com eles, apenas deve acolhê-lo e respeitá-lo, sem julgá-lo, tentar apoiar crenças que ajudem o paciente no enfrentamento da doença e das mudanças na vida que dela decorrem (PERES et al., 2007; LUCCHETTI et al., 2010). As crenças religiosas do paciente podem afetar a

dinâmica e o prognóstico do tratamento. Portanto, é importante que o médico entenda como funcionam para que possa se adaptar, caso necessário, a essas crenças. Se o paciente perceber que o médico respeita e valoriza suas crenças, tornar-se-á mais receptivo ao tratamento recomendado (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Resultados significativos encontrados por Barnett e Fortin (2006) mostraram que as crenças espirituais/religiosas de um médico podem afetar sua capacidade de se comunicar e cuidar dos pacientes. O indicador mais forte em relação a um médico abordar ou não necessidades espirituais vincula-se ao grau de religiosidade ou espiritualidade do médico e não à condição de saúde do paciente (CURLIN et al., 2007).

O grau de concordância da proposição “A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.” foi atípico dentro do contexto clínico: 44,1% de concordância, 27,2% de indiferença e 28,7% de discordância. Acreditamos que os acadêmicos não concordam fortemente com essa assertiva por julgarem que não deveria haver essa influência.

De acordo com Koenig, McCullough e Larson (2001), até o final do século XX, 1200 estudos científicos comprovaram a eficácia terapêutica da religiosidade/espiritualidade. Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006), em revisão sistemática da literatura, corroboraram esses achados. Na primeira década do século XXI o número de publicações científicas que constata a efetividade da dimensão espiritual na prática clínica subiu para mais de 3.300, segundo Koenig, King e Carson (2012). A eficácia terapêutica é observada nas mais diversas situações. Estudos comprovaram a importância da espiritualidade/religiosidade na abstinência e controle do uso de álcool e drogas: Carroll (1993); Margolis, Kilpatrick e Mooney (2000); Panzini e Bandeira (2005); Koenig (2012); Lucchetti et al. (2012c); e Lucchetti et al. (2014b). A psiquiatria é a especialidade médica que mais reconhece a eficácia da espiritualidade/religiosidade. Publicações relevantes na área da saúde mental investigaram fatores como ansiedade, depressão, ideação suicida, entre outros. Comprovação científica das significativas implicações no campo dos transtornos mentais foi encontrada nos estudos de: Koenig et al. (1992); Koenig et al. (1995); Koenig, George e Peterson (1998); Smith, McCullough e Poll (2003); Boscaglia et al. (2005); Moreira-Almeida, Lotufo-Neto e Koenig (2006); Nasri (2006); Curlin et al. (2007); Rasic et al. (2009); Lucchetti et al. (2015); Cavalcante et al. (2016); Moreira-

-Almeida et al. (2016). Qualidade de vida e bem-estar psicológico são dois outros fatores onde a espiritualidade/religiosidade possuem eficácia terapêutica, como apontado nas seguintes publicações: Williams et al. (1991); Levin, Markides e Ray (1996); Idler e Kasl (1997); Koenig e Larson (1998); Simmons et al. (2000); Saad, Masiero e Battistella (2001); Culliford (2002); Sawatzky, Ratner, Chiu (2005). Em pacientes oncológicos, hipertensivos e com dor crônica, foram incluídos os trabalhos de Saad, Masiero e Battistella (2001), Gillum e Ingram (2006) e Lucchetti, Lucchetti e Peres (2015) que indicaram eficácia terapêutica da espiritualidade/religiosidade. Os achados de Azhar e Varma (1995); Hummer et al. (1999); Koenig et al. (1999); Helm et al. (2000); McCullough et al. (2000); Saad, Masiero e Battistella (2001); Powell, Shahabi e Thoresen (2003); e Chida, Steptoe e Powell (2009) sugeriram que a religiosidade/espiritualidade tem um efeito favorável sobre a promoção de menores índices de mortalidade. Até mesmo no sistema imunológico a espiritualidade/religiosidade apresentam efeito protetivo, conforme constatamos nos trabalhos de: McClelland e Kirshnit (1988); Sephton et al. (2001); King, Mainous e Pearson (2002); Lutgendorf et al. (2004); e Tartaro, Luecken e Gunn (2005).

Obtivemos 97% de respostas positivas para a proposição “O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.”. A extensa literatura supracitada comprova a importância desta prática.

O reconhecimento das necessidades espirituais é parte essencial da medicina centrada no paciente. Para que se proceda o cuidado integral deve-se respeitar as cinco dimensões: física, emocional, mental, cultural e espiritual. O bem-estar espiritual é um importante componente de saúde, por isso os médicos deveriam abordar a dimensão espiritual. Considerável número de pacientes anseia por uma abordagem que inclua suas necessidades espirituais e a maioria dos médicos acredita na relevância desta prática (ELLIS; VINSON; EWIGMAN, 1999; ANANDARAJAH; HIGHT, 2001; McCORD et al., 2004; PUCHALSKI, 2006; D’SOUZA, 2007; SAAD et al., 2015; REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

O clínico que deseja considerar os aspectos biopsicossociais de um paciente, não deve negligenciar a dimensão espiritual, precisa avaliar, entender e respeitar a espiritualidade/religiosidade. Quanto mais grave a doença e mais idosos os pacientes, maior a necessidade de incluir a espiritualidade no tratamento médico (KOENIG,

2005; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

Existe um consenso nos trabalhos publicados por Pargament et al. (2001), Puchalski (2001a), Koenig (2005), Puchalski (2006), Lucchetti et al. (2010), Peres e Lucchetti (2010) e Koenig (2012) de que a abordagem deve se dar de forma natural, ao final da história social e que pode melhorar, dentre outros fatores: a habilidade do paciente em lidar com o problema; a relação médico-paciente; a aderência em relação ao tratamento por parte do paciente; o curso da doença e a resposta ao tratamento. Sabe-se que 85% dos pacientes utilizam a espiritualidade/religiosidade de forma saudável. A tomada de história espiritual é importante para o médico familiarizar-se com as crenças dos pacientes e o modo como encaram o tratamento médico, entender o papel que a religião tem ao lidar com a doença ou provocar estresse, e identificar necessidades espirituais que necessitem de acompanhamento. O cuidado espiritual exige do médico intencionalidade e compaixão atributos essenciais para o tratamento adequado ao paciente. No decorrer da anamnese, uma breve história espiritual, com duração de dois a três minutos, pode ser tomada ao final da história social. (PUCHALSKI, 2006; PERES et al., 2007)

Além disso, a evolução da pesquisa científica em espiritualidade/ religiosidade tem sido galopante, o que reforça a valorização que o tema tem conquistado no meio acadêmico. Puchalski (2001b) afirma que inicialmente os estudos sobre o impacto da espiritualidade/religiosidade na prática clínica era exclusivo da saúde mental. Nas três últimas décadas houve um expressivo crescimento da produção na área e passaram a abordar tanto a saúde física quanto a mental. Stefanek, McDonald e Hess (2005) indicam um aumento das publicações científicas sobre "Espiritualidade e Saúde" de aproximadamente 600%, no período de 1993 a 2002. Moreira-Almeida e Stroppa (2012) acreditam que as publicações científicas tenderão ao entendimento dos mecanismos de ação da espiritualidade/religiosidade na prática clínica, pois a sua eficácia já está comprovada. Lucchetti e Lucchetti (2014) apontaram o Brasil como o sétimo país do mundo em número de publicação no campo de "Espiritualidade, Religiosidade e Saúde" no período de 1999-2013.

Apesar de não dispormos de elementos em nossos resultados para discutir as ferramentas mais utilizadas para abordagem da dimensão espiritual na prática clínica, julgamos oportuno apresentá-las na *Revisão da Literatura* por margearem o tema

central desta pesquisa. Como afirmam Koenig (2005), Lucchetti et al. (2010), Koenig, King e Carson (2012) e Lucchetti et al. (2012b), esses instrumentos publicados podem nortear a obtenção da história espiritual e facilitar a abordagem pelos médicos que ainda não tenham experiência com essa prática. As principais ferramentas validadas são: SPIRITual History (MAUGANS, 1996); História Espiritual ACP (*American College of Physicians*) (LO; QUILL; TULSKY, 1999); questionário FICA (PUCHALSKI; ROMER, 2000); questionário HOPE (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001); e CSI-MEMO (KOENIG, 2002).

Ao abordarmos Espiritualidade/Religiosidade no Contexto Acadêmico temos que considerar as muitas razões para incorporar cursos de espiritualidade na educação médica contrapondo-se à escassez de estratégias e modelos educacionais validados (LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012). Trouxemos em nossa *Revisão da Literatura* um breve panorama sobre Espiritualidade e saúde em faculdades de Medicina, destacando inicialmente o pioneirismo de Christina Puchalski. A medicina é uma profissão de serviço compassivo e altruísta e cada vez mais se reconhece a necessidade de treinamento para integrar espiritualidade nos cuidados ao paciente na educação médica (PUCHALSKI; LARSON, 1998; PUCHALSKI, 2001b).

De acordo com Fortin e Barnett (2004) e Benson e Puchalski (2006), houve um crescimento exponencial do número de escolas médicas nos Estados Unidos: em 1993, menos de cinco tinham a disciplina de espiritualidade e saúde, em 1994 aumentou para 17, em 2000 para 65, em 2004 para 84. Booth (2008) acrescenta que em 2008, 100 de 150 escolas médicas tinham alguma atividade ligada à espiritualidade em seus cursos, e em 75 destas 100 escolas a frequência a tais atividades tornou-se parte do programa regular de graduação. Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) referem que atualmente, mais de 85% das escolas médicas americanas incluíram em suas grades curriculares disciplinas sobre espiritualidade. Lucchetti, Lucchetti e Puchalski (2012) relatam que no Canadá, em 2001, só 24% das escolas médicas possuíam cursos de espiritualidade; em 2012, o percentual era de 70%. Neely e Minford (2008) e Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) afirmam que entre 31% e 59% das escolas de Medicina do Reino Unido oferecem cursos sobre espiritualidade.

Dal-Farra e Geremia (2010) e Lucchetti e Granero (2010) elencam as Faculdades de Medicina do Brasil que oferecem cursos de espiritualidade e saúde, curriculares ou eletivos: Universidade Santa Cecília (Santos-SP), pioneirismo ao oferecer curso de extensão na área; Universidade Federal do Ceará, a primeira a levar para o currículo médico; Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Federal de São Paulo; Universidade de São Paulo; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal de Goiás; e, Faculdade de Medicina de Marília. Lucchetti et al. (2012b) encontraram que 10,4% das escolas médicas brasileiras possuíam cursos específicos sobre espiritualidade e saúde e 40,5% apresentavam cursos ou conteúdo de espiritualidade e saúde. Referem que 54% dos diretores de escolas médicas consideram que o conhecimento em espiritualidade e saúde é parte importante do cuidado com o paciente e que deve ser transmitido aos alunos.

No Brasil e no mundo, tem crescido o número de grupos de pesquisa, eventos e financiamento na área de Espiritualidade e Saúde, publicações em periódicos de alto impacto, espaço em congressos médicos, recomendação dos principais órgãos internacionais para inclusão da espiritualidade no cuidado clínico e na educação em saúde, dentre outras iniciativas (PUCHALSKI, 2001b; MODJARRAD, 2004; MOREIRA-ALMEIDA, 2007; LUCCHETTI; GRANERO, 2010; LUCCHETTI et al., 2012b; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Apesar de não estar inserida no escopo desta pesquisa, julgamos pertinente apresentar na *Revisão da Literatura* alguns aspectos resultantes da abordagem espiritual na prevenção das Síndromes de *Burnout* e da Fadiga por Compaixão nos acadêmicos de Medicina. Estas síndromes provocam grande sofrimento e adoecimento do estudante, causando depressão e empatia dolorosa, o que o leva ao desejo protetivo de se afastar do paciente e da Medicina. O estudo da espiritualidade/religiosidade para a prática clínica pode ajudá-lo a ter compaixão pela dor e pelo sofrimento do paciente sem tomá-la para si, e até mesmo a encarar com naturalidade a finitude da vida. (CODO; VASQUES-MENEZES, 2006; TUCUNDUVA et al., 2006; DYRBYE et al., 2008; PURICELLI et al., 2008; APM, 2009; KEARNEY et al., 2009; KÜBLER-ROSS, 2012; ARANTES, 2016; LUCCHETTI et al., 2018).

Barnett e Fortin (2006) afirmam que, após adequado treinamento, tanto os graduandos em medicina quanto os residentes mudaram suas posturas com relação à valorização da abordagem da dimensão espiritual do paciente na anamnese médica. Reginato, De Benedetto e Gallian (2016) concluíram que a abordagem da espiritualidade na graduação indica uma educação médica mais humanística. O reconhecimento das crenças dos pacientes e da forma como vivenciam sua espiritualidade é uma dimensão importante no tratamento e indicativo da prática de uma medicina mais humanizada. Validar a dimensão espiritual proporcionará ao médico o resgate desta relação, com uma visão holística e humanizada, ao demonstrar compaixão e altruísmo e despertar mais empatia e confiança no paciente. A concordância encontrada em nossa amostra vai ao encontro das considerações dos autores, já que 83,7% concordam que o cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.

Alguns médicos, ao acreditar se proteger do sofrimento, criam uma barreira em seus sentimentos e evitam enxergar no paciente um ser tão humano, frágil e mortal quanto ele. É uma forma que encontram para não olhar para sua própria finitude (MARTA et al., 2009). O grau de concordância encontrado em nossa pesquisa foi de 65,5% para a proposição “A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico.”.

Os médicos lidam com tanto sofrimento que acabam por incorporar a dor que não lhes pertence. Não aprendem a lidar com a dor do outro sem tomá-la para si e por isso evitam a empatia e a compaixão pelo sofrimento do paciente. A dimensão espiritual do ser humano ganha uma força jamais vista quando este se aproxima do fim. As doenças se repetem, mas a dor e o sofrimento são únicos, totalmente individuais. A experiência da dor tem mecanismos próprios de expressão, percepção e comportamento. A religião pode ser uma comorbidade grave, até perversa, ou uma ferramenta de cura muito profunda e eficaz (ARANTES, 2016). O rosto amargurado de outro ser humano nos faz lembrar nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e nossa própria finitude. Isolamento, abandono e rejeição são os maiores temores do paciente. A medicina precisa continuar a ser uma profissão humanitária com a finalidade de mitigar o sofrimento humano. Desta forma, o médico poderia se aproximar do sofrimento do paciente porque saberia como lidar com ele de forma amorosa e compassiva. O homem necessita se defender de vários medos da

morte, sobretudo diante da impotência de predizê-la e da constatação de sua inexorável existência (PUCHALSKI et al., 2009; KÜBLER-ROSS, 2012). Nossos resultados apontaram que 90,5% dos acadêmicos discordam da proposição “Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.”, o que vai ao encontro das considerações citadas.

Nossos estudos concordam com Lucchetti et al. (2012b) ao afirmarem que dentre os fatores que podem explicar a não inclusão da Espiritualidade e Saúde na graduação médica encontram-se o tempo disputado entre outras disciplinas e a falta de pessoal qualificado para ministrar tais cursos, nem sempre focados no cuidado com o paciente, justamente pela falta de uma diretriz nacional acerca do que deve ser incluído no currículo referente a esta área.

Mais de 72% dos professores de medicina investigados por Mariotti et al. (2011) acreditavam que a fé ou a espiritualidade poderiam influenciar positivamente o tratamento de seus pacientes; 75,5% acreditavam que a oração poderia ter efeitos no tratamento dos pacientes; 62,3% gostariam de abordar a espiritualidade com os pacientes; e, 50% acreditavam que era importante que uma escola de medicina preparasse os estudantes para essa abordagem. É interessante como mais de 72% acreditam que a espiritualidade pode influenciar na saúde do paciente e apenas 50% atribuem importância ao preparo dos estudantes para essa abordagem durante o curso médico. A maioria dos estudantes que participaram do trabalho de Lucchetti et al. (2013) acredita que o médico deve estar preparado para lidar com questões espirituais relacionadas com a saúde de seus pacientes (61,6%); e que este conteúdo deve ser incluído no currículo médico (62,6%). Em relação à prática clínica, 58% abordariam a espiritualidade e religiosidade do paciente e 75,3% consideraram o tema relevante, embora menos da metade (48,7%) se sinta preparada para fazê-lo. No que diz respeito a sua formação, 81% relatam que nunca participaram de uma atividade de espiritualidade e saúde e 78,3% afirmam que seus professores nunca ou raramente abordaram esta questão. Nossos resultados foram mais satisfatórios que os de Mariotti et al. (2011) e próximos aos de Lucchetti et al. (2013): em nossa amostra, enquanto 79,3% são favoráveis a que o médico pergunte sobre questões espirituais ao paciente, 61,7% dos participantes da pesquisa consideram relevante e 27,3% não são contrários à proposição de ações didático-pedagógicas na educação médica relacionadas à dimensão espiritual do paciente.

A maior parte dos médicos reconhece a importância e o valor das crenças espirituais dos pacientes na sua saúde e sente que precisa conhecer tais crenças. No entanto, quando perguntados especificamente sobre o que estão fazendo e sobre o que é apropriado fazer, poucos médicos avaliam ou abordam questões espirituais ativamente ou estão abertos a investir mais nessa área. Um dos fortes motivos é a falta de treinamento, que gera desconforto com o tema (KOENIG, 2005). A falta de homogeneidade trazida por estudantes de medicina frente aos conceitos e relações entre espiritualidade, religiosidade e medicina é notável, o que evidencia a importância de se ampliar essa discussão no âmbito da graduação, certamente refletindo em uma abordagem do paciente de forma mais integrativa (BORGES et al., 2013).

Existem diferentes formas de inclusão da espiritualidade em atividades acadêmicas de escolas de Medicina, tais como: palestras; discussões em pequenos grupos; leitura de artigos científicos; tomada de história espiritual; montagem de um cenário prático (FORTIN; BARNETT, 2004; KING et al., 2004). Barnett e Fortin (2006) referem-se ao desenvolvimento de um *workshop* com os temas: espiritualidade na história social; espiritualidade versus religião; espiritualidade, saúde e doença; potenciais danos das crenças religiosas à saúde; barreiras e limites para abordar a espiritualidade na relação médico-paciente; técnicas de avaliação espiritual; recursos de referência de pastoral.

Chibnall e Duckro (2000) e Chibnall et al. (2002) afirmaram que a exposição a questões de espiritualidade na graduação prevê uma atitude mais positiva em relação à importância atribuída à abordagem espiritual na prática clínica e sensibilização dos estudantes para as necessidades psicossociais e espirituais de pacientes moribundos. Graves, Shue e Arnold (2002) ressaltaram que os estudantes demonstraram a compreensão do papel da espiritualidade na saúde, e, ainda, descobriram suas próprias lutas pessoais em relação à espiritualidade. Musick et al. (2003) destacaram que os estudantes que foram expostos à prática da anamnese espiritual do paciente tiveram melhor compreensão sobre o tema. Outros importantes resultados foram alcançados com cursos ministrados sobre Espiritualidade e Saúde: aumento significativo na importância percebida da espiritualidade na prática clínica e percepções dogmáticas reduzidas ao longo do tempo; reconhecimento do sofrimento espiritual do paciente, promovendo o atendimento integral; desenvolvimento de habilidades em cuidados espirituais para o atendimento a pacientes de diferentes

culturas e diferentes contextos espirituais e religiosos; percepção de que a simples tomada de histórias espirituais beneficia os pacientes; reconhecimento da relevância do desenvolvimento espiritual próprio; sensibilidade às necessidades espirituais e culturais dos pacientes; dentre outros (SANDOR et al., 2006; ANANDARAJAH; MITCHELL, 2007; FELDSTEIN et al., 2008; CULLIFORD, 2009; TALLEY; MAGIE, 2014).

O treinamento médico para a prática clínica deve incluir o conhecimento das principais tradições religiosas, habilidades para tomada de história espiritual e conhecimentos sobre a filosofia do cuidado. As ferramentas utilizadas podem ser: palestras, discussões em pequenos grupos, entrevistas padronizadas de pacientes, acompanhamento de capelães e leituras de material bibliográfico específico, dentre outras. Disciplinas eletivas também têm tido boa aceitação e alcançado resultados bastante satisfatórios. Acredita-se que por meio de exposição repetida e variada construa-se uma atitude mais positiva dos estudantes em relação à importância atribuída à abordagem espiritual na prática clínica. O conhecimento traz segurança e a espiritualidade deixa de ser considerada dependente da afiliação, convicção ou prática religiosa. Ao adquirirem confiança para a tomada de história espiritual, passam a valorizá-la e considerá-la benéfica para os pacientes. O devido treinamento promoverá a sensibilidade psicossocial e espiritual dos acadêmicos que se sentirão mais preparados e confortáveis para discutir espiritualidade/religiosidade com seus pacientes (CHIBNALL; DUCKRO, 2000; CHIBNALL; BROOKS, 2001; CHIBNALL et al., 2002; FORTIN; BARNETT, 2004; ANANDARAJAH; MITCHELL, 2007; CULLIFORD, 2009). Encontramos em nossos resultados que 61,7% dos participantes da pesquisa consideram relevante e 27,3% não são contrários à proposição de ações didático-pedagógicas na educação médica relacionadas à dimensão espiritual do paciente, o que acreditamos favorável a implantação de algumas ações propostas nos trabalhos supracitados.

As necessidades espirituais podem ser bastante complexas e estar interligadas à questões psicológicas e conflitos sociais. O atendimento às necessidades espirituais requer treinamento para fazê-lo de forma sensível e eficiente. Considerando que muitos pacientes clínicos têm necessidades espirituais, conflitos espirituais ou obtêm conforto de crenças e tradições religiosas, isso serve de forte argumento em favor do treinamento de profissionais da saúde para que avaliem, respeitem e adaptem-se às

crenças e práticas religiosas dos pacientes. Há muitas razões pelas quais os clínicos devem discutir questões religiosas ou espirituais com os pacientes, aprender a identificar necessidades espirituais e encaminhar pacientes a profissionais de saúde treinados para lidar com essas necessidades (KOENIG, 2012).

A vida precisa de valor, sentido e significado e a morte é, paradoxalmente, um excelente motivo para buscar um novo olhar para a vida. Nietzsche acreditava que o Homem tolera qualquer “como” se tiver um “porquê”. Na faculdade não se tematiza a morte, o discente não é preparado para lidar com a perda de um paciente. Não se discute como cuidar de uma pessoa na fase final de doença grave e incurável. A espiritualidade é um eixo de alteridade na relação com o outro, com a sociedade, com o Universo, com a Natureza e com Deus. O que faz girar esse eixo é o amor e a verdade vividos com integridade. A experiência espiritual é como uma transcendência, um sentimento intenso de pertencimento, e a experiência de transcender é sempre sagrada. A disponibilidade de aceitar e tentar desvendar o entendimento do outro representa o grande desafio de cuidar da espiritualidade (CARVALHO; PARSONS, 2012; ARANTES, 2016).

Acreditamos que seja de fundamental importância para os acadêmicos de Medicina receberem treinamento na área de espiritualidade/religiosidade no decorrer de sua formação para que possam: conhecer os fundamentos das religiões, a fim de adquirirem subsídios para validar as crenças e entenderem as necessidades espirituais dos pacientes; explorar os instrumentos divulgados na literatura pertinente que norteiam a obtenção da história espiritual do paciente; proceder à anamnese referente à dimensão espiritual do paciente por algumas vezes, porque será com a prática que conseguirão realizá-la sem desperdício de tempo; enfim, lançarem um olhar para a morte, pois só o homem que aceita a morte está preparado para a vida e, conseqüentemente, para lidar com a sua finitude.

6 CONCLUSÕES

Nossos resultados sugerem que:

1) os estudantes de Medicina atribuem importância à dimensão espiritual do paciente na prática clínica:

- 79,3% são favoráveis a que o médico pergunte sobre questões espirituais ao paciente;
- 98,6% acreditam que independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente;
- 92,5% creem que a preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente;
- 97,0% entendem que o médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.

2) os acadêmicos consideram a abordagem da dimensão espiritual do paciente como recurso terapêutico para o exercício de uma prática clínica mais humanizada:

- 83,7% concordam que o cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente;
- 65,5% acreditam que a negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico;
- 90,5% discordam de que um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.

3) 61,7% dos participantes da pesquisa consideram relevante e 27,3% não são contrários à proposição de ações didático-pedagógicas na educação médica relacionadas à dimensão espiritual do paciente.

7 REFERÊNCIAS

AAMC-Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education - Report I. **Academic Medicine**, v. 74, n. 1, p.13–18, 1998.

ALLPORT, Gordon W. The religious context of prejudice. **J. Sci. Study Relig.**, v. 5, p.447-457, 1966.

ALLPORT, Gordon W.; ROSS, J. Michael. Personal Religious Orientation and Prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p.432-443, 1967.

ANANDARAJAH, Gowri; HIGHT, Ellen. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. **American Family Physician**, v. 63, n. 1, p.81–88, 2001.

ANANDARAJAH, Gowri; MITCHELL, Sister Maureen. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 years' experience, evaluation, and expansion to the family medicine residency. **Family Medicine**, v. 39, n. 5, p.313-315, 2007.

APM. Associação Paulista de Medicina. **Síndrome de Burnout: Jaleco branco à beira do abismo**. 26.08.09. Disponível em <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=3266>. Acesso em 17 de fevereiro de 2018.

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A Morte é um Dia que Vale a Pena Viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192 p.

AZHAR, Md Zain, VARMA, Shashjit Lal. Religious psychotherapy as management of bereavement. **Acta Psychiatr Scand**, v. 91, n. 4, p.233-235, 1995.

BANIN, Luciana Burgugi; SUZART, Nadielle Brandani; BANIN, Vanessa Burgugi; MARIOTTI, Luís Langoni; GUIMARÃES, Fernando Garcia; LUCCHETTI, Giancarlo. Spirituality: do teachers and students hold the same opinion? **The Clinical Teacher**, v. 10, n. 1, p.3–8, 2013.

BARNETT, Katherine Gergen; FORTIN, Auguste H. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. **J Gen Intern Med**, v. 21, n. 5, p.481-485, 2006.

BENSON, Herbert; PUCHALSKI, Christina M. **Spirituality & Healing in Medicine: Including New Intercessory Prayer Findings and the Concept of Emergence**. December 2 - 3, 2006 The Westin Copley Place, Boston, MA.

BERG, Gina M.; CROWE, Robin E.; BUDKE, Ginny; NORMAN, Jennifer; SWICK, Valerie; NYBERG, Sue; LEE, Felecia. Kansas physician assistants' attitudes and beliefs regarding spirituality and religiosity in patient care. **Journal of Religion and Health**, v.52, n.3, p.864-876, 2013.

BOOTH, Bonnie. **More schools teaching spirituality in medicine**. American Medical News [online]. 2008 acesso em 25 nov. 2008]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/amed-news/2008/03/10/prsc0310.htm>.

BORGES, Diego Carter; ANJOS, Gilberto Luppi dos; OLIVEIRA, Leandro Romani de; LEITE, José Roberto; LUCCHETTI, Giancarlo. Saúde, Espiritualidade e Religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Rev Bras Clin Med.**, v. 11, n. 1, p.6–11, 2013.

BOSCAGLIA, Nadia; CLARKE, David M.; JOBLING, Tom W.; QUINN, Michael A. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. **Int J Gynecol Cancer**, v. 15, n. 5, p.755-761, 2005.

BRASIL. Agenda 21. **Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados Centro de Documentação e Informação. 1995. Disponível em <http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/agenda21.pdf>. Acesso em 28/02/2018.

CAEIRO, José. **História da expulsão da Companhia de Jesus da Província de Portugal (Século XVIII)**. Volume II. Lisboa: Editorial Verbo, 1995.

CARROLL, Stephen T. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. **J Stud Alcohol**, v. 54, n. 3, p.297-301, 1993.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

CAVALCANTE, Ricardo de Souza; BANIN, Vanessa Burgugi; PAULA, Niura Aparecida de Moura Ribeiro; DAHER, Solange Ramires; HABERMANN, Marta Cassoni; HABERMANN, Francisco; BRAVIN, Ariane Moyses; SILVA, Carlos Eduardo Capelasso da; ANDRADE, Luis Gustavo Modelli de. Effect of the Spiritist “passe” energy therapy in reducing anxiety involunteers: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 27, p.18–24, 2016.

CHIBNALL, John T., DUCKRO, Paul N. Does exposure to issues of spirituality predict medical students' attitudes toward spirituality in medicine? **Acad Med**, v. 75, p.661, 2000.

CHIBNALL, John T., BROOKS, Christy A. Religion in the clinic: The role of physician beliefs. **Southern Medical Journal**, v. 94, p.374–379, 2001.

CHIBNALL, John T.; JERAL, Joseph M.; CERULLO, Michael; KNORP, John F.; DUCKRO, Paul N. Medical school exposure to spirituality and response to a hypothetical cancer patient. **Journal of Cancer Education**, v. 17, n. 4, p. 188-190, 2002.

CHIDA, Yoichi; STEPTOE, Andrew; POWELL, Lynda H. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. **Psychother Psychosom**, v. 78, n. 2, p.81-90, 2009.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993. 352p

CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Iône. **Educar, Educador**. In: CODO, Wanderley. Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006. p. 37-47.

CULLIFORD Larry. Spirituality and clinical care. **BMJ**, v. 325, p.1434-1435, 2002.

CULLIFORD, Larry. Teaching spirituality and health care to third-year medical students. **The Clinical Teacher**, v. 6, p.22-27, 2009.

CURLIN, Farr A.; LAWRENCE, Ryan E.; ODELL, Shaun; CHIN, Marshall H.; LANTOS, John D.; KOENIG, Harold G.; MEADOR, Keith G. Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. **Am J Psychiatry**, v. 164, p.1825–1831, 2007.

DAL-FARRA, Rossano André; GEREMIA, César. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica** v. 34, n. 4, p.587–597; 2010.

DAMIANO, Rodolfo Furlan; RIBEIRO, Luciana Maria de Andrade; SANTOS, Amanda Guedes dos; SILVA, Barbara Almeida da; LUCCHETTI, Giancarlo. Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiosity Among Brazilian Medical Students. **J Relig Health**, v. 56, p.1003–1017, 2017.

D'SOUZA, Russell. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. **Med J Aust.**; v. 186, n. 10 Suppl., p.S57-59, 2007.

DYRBYE, Liselotte N.; THOMAS, Matthew R.; MASSIE, F. Stanford; POWER, David V.; EACKER, Anne; HARPER, William; DURNING, Steven; MOUTIER, Christine; SZYDLO, Daniel W.; NOVOTNY, Paul J.; SLOAN, Jeff A.; SHANAFELT, Tait D. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. **Ann Intern Med.**, v. 149, p.334-341, 2008.

ELLIS, Mark R.; VINSON, Daniel C.; EWIGMAN, Bernard. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. **J Fam Pract**, v. 48, p.105-109, 1999.

FELDSTEIN, Chaplain Bruce D.; GRUDZEN, Marita; JOHNSON, Art; LeBARON, Samuel. Integrating spirituality and culture with end-of-life care in medical education. **Clinical Gerontologist**, v. 31, n. 4, p.71–82, 2008.

FORTIN, Auguste H.; BARNETT, Katherine Gergen. Medical school curricula in spirituality and medicine. **The Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v. 291, n. 23, p.2883, 2004.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Petrópolis: Vozes, 1991.

GILLUM, R. Frank; INGRAM, Deborah D. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Psychosom Med**, v. 68, n. 3, p.382-385, 2006.

GRAVES, Darci L.; SHUE, Carolyn K.; ARNOLD, Louise. The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum.

Academic Medicine, v. 77, n. 11, p.1167, 2002

HELM, Hughes M.; HAYS, Judith C.; FLINT, Elizabeth P.; KOENIG, Harold G.; BLAZER, Dan G. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow up study of 3,851 older adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 55, n. 7, p.M400-405, 2000.

HOGUE, Dean R. A validated intrinsic religious motivation scale. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.11, p.369-376, 1972.

HUMMER, Robert A.; ROGERS, Richard G.; NAM, Charles B.; ELLISON, Christopher G. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**, v. 36, n. 2, p.273-285, 1999.

IBGE—Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**—Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. ISSN/ISBN: 01043145. Brasil.

IDLER, Ellen L; KASL, Stanislav V. Religion among disabled and nondisabled persons II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 52, n. 6, p.S306-316, 1997.

KEARNEY, Michael K.; WEININGER, Radhule B.; VACHON, Mary L. S.; HARRISON, Richard L.; MOUNT, Balfour M. Self-care of Physicians Caring for Patients at the End of Life “Being Connected . . . A Key to My Survival”. **JAMA**, v. 301, n. 11, p.1155-1164, 2009.

KING, Dana E.; MAINOUS, Arch G. 3rd, PEARSON William S. C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. **Diabetes Care**, v. 25, n. 7, p.1172-1176, 2002.

KING, Dana E.; BLUE, Amy V.; MALLIN, Robert; THIEDKE, Carolyn. Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school. **Teaching and Learning in Medicine**, v. 16, n. 1, p.64-68, 2004.

KING, Michael B.; KOENIG, Harold G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Services Research**, v. 9, p.116, 2009.

KOENIG, Harold G.; COHEN, Harvey J.; BLAZER, Dan G.; PIEPER, Carl; MEADOR, Keith G.; SHEIP, Frank; GOLI, Veeraindar; DiPASQUALE, Bob. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. **Am J Psychiatry**, v. 149, n. 12, p.1693-1700, 1992.

KOENIG, Harold G.; COHEN, Harvey J.; BLAZER, Dan G.; KUDLER Harold S., KRISHNAN, K. Ranga Rama, SIBERT, Thomas E. Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. **Psychosomatics**, v. 36, n. 4, p.369-375, 1995.

KOENIG, Harold G.; PARKERSON, George R.; MEADOR, Keith G. Religion Index for Psychiatric Research. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 6, p.885-886, 1997.

KOENIG, Harold G.; LARSON, David B. Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliation. **South Med J**, v. 91, n. 10, p.925-932, 1998.

KOENIG, Harold G.; GEORGE, Linda K.; PETERSON, Bercedis L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 4, p.536-542, 1998.

KOENIG, Harold G.; HAYS Judith C., LARSON David B, GEORGE, Linda K.; COHEN Harvey J.; McCULLOUGH Michael E.; MEADOR, Keith G.; BLAZER, Dan G. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 54, n. 7, p.M370-376, 1999.

KOENIG, Harold G. Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 30, n. 4, p.385–398, 2000.

KOENIG, Harold G.; McCULLOUGH, Michael E., LARSON, David B., editors. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, Harold G. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. **JAMA**, v. 288, n. 4, p.487-493, 2002.

KOENIG, Harold G. **Espiritualidade no Cuidado com o Paciente: por quê, como, quando e o quê**. São Paulo: FE, 2005.

KOENIG, Harold G.; BÜSSING, Arndt. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. **Religions**, v. 1, p.78-85, 2010.

KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde – O Encontro da Ciência e da Espiritualidade**. São Paulo: LPM, 2012.

KOENIG, Harold G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. Tradução Paulo Menezes. 9ª ed. São Paulo, Editora Martins Fontes, 2012.

LEVIN, Jeffrey S.; MARKIDES, Kyriakos S.; RAY, Laura A. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. **Gerontologist**, v. 36, n. 4, p.454-463, 1996.

LEVIN, Jeffrey S. **Deus, fé e saúde**. São Paulo: Cultrix; 2003.

LO, Bernard, QUILL, Timothy, TULSKY, James. Discussing palliative care with patients. **Annals of Internal Medicine**, v. 130, p.744-749, 1999.

LUCCHETTI, Giancarlo, GRANERO, Alessandra Lamas. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Medical Education**, v. 44, p.527, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra Lamas; BASSI, Rodrigo Modena; LATORRACA, Rafael; NACIF, Saete Aparecida da Ponte. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 2, p.154–158, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; PUCHALSKI, Christina M. Spirituality in Medical Education. Global reality? **J Relig Health**, v. 51, p.3–19, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo.; GRANERO-LUCCHETTI, Alessandra Lamas; PERES, Mario Fernando; LEÃO, Frederico C.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G. Validation of the Duke religion index: DUREL (Portuguese Version). **J Relig Health**, v. 51, n. 2, p.579-586, 2012a.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes; OLIVEIRA, Leandro Romani de; LEITE, José Roberto; KOENIG, Harold G. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Medical Education**, v. 12, p.78, 2012b.

LUCCHETTI, Giancarlo; PERES, Mário Fernando Prieto; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; KOENIG, Harold G. Religiosity and tobacco and alcohol use in a Brazilian shantytown. **Subst Use Misuse**, v. 47, p.837-846, 2012c.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; VALLADA, Homero. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the portuguese language. **São Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p.112-122, 2013.

LUCCHETTI, Giancarlo; OLIVEIRA, Leandro Romani de; KOENIG, Harold G.; LEITE, José Roberto; GRANERO-LUCCHETTI, Alessandra Lamas; SBRAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAME. **BMC Medical Education**, v. 13, p.162, 2013.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.

LUCCHETTI, Giancarlo; OLIVEIRA, Leandro Romani de; LEITE, José Roberto; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; SBRAME Collaborators. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBRAME. **BMC Medical Ethics**, v. 15, p.85, 2014a.

LUCCHETTI, Giancarlo; KOENIG, Harold G.; PINSKY, Ilana; LARANJEIRA, Ronaldo; VALLADA, Homero. Religious beliefs and alcohol control policies: a Brazilian nationwide study. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 36, n. 1, p.4-10, 2014b.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; PERES, Mario Fernando Prieto. Religiousness and headache: Is there a relation? Results from a representative sample of adults living in a low-income community. **Cephalalgia**, v. 35, n. 3, p.240–247, 2015.

LUCCHETTI, Alessandra L. Granero; PERES, Mario F. Prieto; VALLADA, Homero P.; LUCCHETTI, Giancarlo. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience from Spiritism. **Explore (NY)**, v. 11, n. 5, p.377-386, 2015.

LUCCHETTI, Giancarlo; DAMIANO, Rodolfo Furlan; DI LALLA, Lisabeth F.; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; MOUTINHO, Ivana Lúcia Damásio; EZEQUIEL, Oscarina da Silva; DORSEY, J. Kevin. Cross-cultural Differences in Mental Health, Quality of Life, Empathy, and Burnout between US and Brazilian Medical Students. **Academic Psychiatry**, v. 42, n. 1, p.62-67, 2018.

LUTGENDORF, Susan K.; RUSSELL, Daniel; ULLRICH, Philip; HARRIS, Tamara B.; WALLACE, Robert. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. **Health Psychol**, v. 23, n. 25, p.465-475, 2004.

MARGOLIS, Robert; KILPATRICK, Ashley; MOONEY, Barbara. A retrospective look at long-term adolescent recovery: clinicians talk to researchers. **J Psychoactive Drugs**, v. 32, n. 1, p.117-125, 2000.

MARIOTTI, Luís Gustavo Langoni; LUCCHETTI, Giancarlo; DANTAS, Marina Ferreira; BANIN, Vanessa Burgugi; FUMELLI, Fernanda; PADULA, Niura Ap de Moura Ribeiro. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Medical Teacher**, v. 33, n. 4, p.339-340, 2011.

MARTA, Gustavo Nader; MARTA, Sara Nader; ANDREA FILHO, Ayrton de; JOB, José Roberto Pretel Pereira. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p.405-416, 2009.

MAUGANS, Todd A. The spiritual history. **Arch Fam Med**, v. 5, p.11-16, 1996.

McCLELLAND, David C.; KIRSHNIT, Carol. The effect of motivational arousal through films on salivary immunoglobulin A. **Psychology & Health**, v. 2, n. 1, p.31-52, 1988.

McCORD, Gary; GILCHRIST, Valerie J.; GROSSMAN, Steven D.; KING, Bridget D.; McCORMICK, Kenelm F.; OPRANDI, Allison M.; SCHROP, Susan Labuda; SELIUS, Brian A.; SMUCKER, William D.; WELDY, David L.; AMORN, Melissa; CARTER, Melissa A.; DEAK, Andrew J.; HEFZY, Hebah; SRIVASTAVA, Mohit. Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. **Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 4, p.356-361, 2004.

McCULLOUGH, Michael E.; HOYT William T.; LARSON, David B.; KOENIG, Harold G.; THORESEN, Carl. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. **Health Psychol**, v. 19, n. 3, p.211-222, 2000.

MEDICAL UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA. [homepage]. [Acesso em 18/02/2018]. **Integrated Spirituality and Medicine Curriculum at MUSC**. Disponível em: <http://www.muschealth.org/pastoral-care/services.html>

MODJARRAD, Kayvon. Medicine and spirituality. **JAMA**, v. 291, p.2880, 2004.

- MONROE, Michael H.; BYNUM, Deborah; SUSI, Beth; PHIFER, Nancy; SCHULTZ, Linda; FRANCO, Mark; MacLEAN, Charles D., CYKERT, Sam; GARRETT, Joanne. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. **Arch Intern Med**, v. 163, p.2751–2756, 2003.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p.242-250, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA A. Spirituality and health: past and future of a controversial and challenging relationship. **Rev Psiquiatr Clin**, v. 34, Suppl 1, p.3–4, 2007.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário F.; ALOE, Flávio; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 1, p.31-32, 2008.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Mitos históricos sobre a relação entre ciência e religião. **Rev Psiq Clín.**, v. 36, n. 6, p.252-253, 2009.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 37, n. 1, p.12-15, 2010.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; STROPPIA, André. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 2, n. 6, p.34-41, 2012.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev. Bras. Psiq.**, v. 36, p.176-182, 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, Saúde e Espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p.54-57, 2016.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; SHARMA, Avdesh; van RENSBURG, Bernard Janse; VERHAGEN, Peter J.; COOK, Christopher C. H. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p.87-88, 2016.
- MUSICK, David W.; CHEEVER, Todd R.; QUINLIVAN, Sue; NORA, Lois Margaret. Spirituality in Medicine: A Comparison of Medical Students' Attitudes and Clinical Performance. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 2, p.67-73, 2003.
- NASRI, Fabio. **Religiosidade, depressão e funcionalidade em idosos de uma instituição de longa permanência judaica**. 2006. II Seminário de Desenvolvimento Gerencial e Organizacional da SMS - Elaboração e Avaliação de Projetos em Saúde, promovido pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein. Apresentação da metodologia aplicada no projeto EPI J. 2006.
- NEELY, David; MINFORD, Eunice J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Medical Education**, v. 42, p.176–182, 2008.
- NUMBERS, Ronald L. Mitos e verdades em ciência e religião: uma perspectiva histórica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 6, p.246-251, 2009.

OSLER, William. The faith that heals. **Br Med J**, v. 1, n. 2581, p.1470-1472, 1910.

OSLER, Margaret J. **Myth 10. That the Scientific Revolution Liberated Science from Religion**. In: Numbers, R. L. Galileo goes to jail and other myths about science and religion, R. L. Numbers, Ed. Harvard University Press, 2009.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PANZINI, Raquel Gehrke; MAGANHA, Camila; ROCHA, Neusa Sica da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida / Espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.153-165, 2011.

PARGAMENT, Kenneth I. **The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice**. New York: Guilford Press; 2001.

PARGAMENT, Kenneth I.; KOENIG, Harold G.; TARAKESHWAR, Nalini; HAHN, June. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Archives of Internal Medicine**, v. 161, n. 15, p.1881-1885, 2001.

PERES, Mario Fernando Prieto; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristofer André. A importância da integração da Espiritualidade e da Religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 34, n. 11, p.82-87, 2007.

PERES, Mario Fernando Prieto; LUCCHETTI, Giancarlo. Coping Strategies in Chronic Pain. **Curr Pain Headache Rep**, v. 14, p.331–338, 2010.

PERES, Mario Fernando Prieto; KAMEI, Helder H.; TOBO, Patricia R.; LUCCHETTI, Giancarlo. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effect on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. **J Relig Health**. 2017.

POWELL, Lynda H.; SHAHABI, Leila; THORESEN, Carl E. Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychol**, v. 58, n. 1, p.36-52, 2003.

PUCHALSKI, Christina M., LARSON, David B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad Med**, v. 73, p.970–974, 1998.

PUCHALSKI, Christina; ROMER, Anna L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J Palliat Med**, v. 3, n. 1, p.129-137, 2000.

PUCHALSKI, Christina M. Spirituality and health: the art of compassionate medicine. **Hospital Physician**, p.30-36, 2001a.

PUCHALSKI, Christina M. The role of spirituality in health care. **Proceedings (Baylor University. Medical Center)**, v. 14, n. 4, p.352-357, 2001b.

PUCHALSKI, Christina. Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. **Journal of Cancer Education**, v. 21, n. 1, p.14-18, 2006.

- PUCHALSKI, Christina; FERRELL, Betty; VIRANI, Rose; OTIS-GREEN, Shirley; BAIRD, Pamela; BULL, Janet; CHOCHINOV, Harvey; HANDZO, George; NELSON-BECKER, Holly; PRINCE-PAUL, Maryjo; PUGLIESE, Karen; SULMASY, Daniel. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med.**, v. 12, n. 10, p.885-904, 2009.
- PURICELLI, Ombretta; CALLEGARI, Simone; PAVACCI, Valdemaro; CAIELLI, Alessandro; RAPOSIO, Edoardo. Burnout Syndrome in the health professions: analysis of aetiological factors. **Rivista di Psicologia Clinica**, v. 3, p. 302-308, 2008.
- RASIC, Daniel T.; BELIK, Shay-Lee; ELIAS, Brenda; KATZ, Laurence Y.; ENNS, Murray; SAREEN, Jitender. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. **Journal of Affective Disorders**, v. 114, p.32–40, 2009.
- REGINATO, Valdir; DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e Saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n. 1, p.237–255, 2016.
- SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p.107-112, 2001.
- SAAD, Marcelo; De MEDEIROS, Roberta. **Spiritual-religious coping-health services empowering patients' resources**. In: Saad, M., & de Medeiros, R. (Ed), *Complementary therapies for the contemporary healthcare*. Croatia: In Tech Publisher, 2012. p.127–144.
- SAAD, Marcelo; LUCCHETTI, Giancarlo; PERES, Mario Fernando Prieto; De MEDEIROS, Roberta. Toward the Concept of 'Spiritist Chaplaincy'. **J Relig Health**, v. 54, p.1460–1469, 2015.
- SANDOR, M. Kay; SIERPINA, Victor S.; VANDERPOOL, Harold V.; OWEN, Steven V. Spirituality and clinical care: Exploring developmental changes in nursing and medical students. **Explore (NY)**, v. 2, n. 1, p.37–42, 2006.
- SAWATZKY, Rick; RATNER, Pamela A.; CHIU, Lyren. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. **Social Indicators Research**, v. 72, n. 2, p.153–188, 2005.
- SCHUMANN, Cristiane; STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. The contribution of faith-based health organizations to public health. **International Psychiatry**, v. 8, n. 3, p.62-4, 2011.
- SEPHTON, Sandra E.; KOOPMAN, Cheryl; SCHAAL, Michael; THORESEN, Carl; SPIEGEL, David. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. **Breast J**, v. 7, n. 5, p.345-353, 2001.
- SIEGEL, Sidney; CASTELLAN Jr., N. John. **Estatística Não Paramétrica para as Ciências do Comportamento**. Artmed-Bookman. São Paulo, 2006.
- SIMMONS, Zachary; BREMER, Barbara A.; ROBBINS Rosemary A.; WALSH, Susan M.; FISCHER Stephan. Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. **Neurology**, v. 55, n. 3, p.388-392, 2000.

SMITH, Timothy B.; McCULLOUGH, Michael E.; POLL Justin. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychol Bull**, v. 129, n. 4, p.614-636, 2003.

STEFANEK, Michael; MC DONALD, Paige Green; HESS, Stephanie A. Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. **Psychooncology**, v. 14, n. 6, p.450-463, 2005.

STEINHAUSER, Karen E.; CHRISTAKIS, Nicholas A.; CLIPP, Elizabeth C.; McNEILLY, Maya; McINTYRE, Lauren; TULSKY, James A. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. **JAMA**, v. 284, n. 19, p.2476-2482, 2000.

TALLEY, Jan A.; MAGIE, Richard. The Integration of the "Spirituality in Medicine" Curriculum into the Osteopathic Communication Curriculum at Kansas City University of Medicine and Biosciences. **Academic Medicine**, v. 89, p.43-47, 2014.

TARTARO, Jessica; LUECKEN, Linda J.; GUNN, Heather E. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. **J Health Psychol**, v. 10, n. 6, p.753-766, 2005.

TAUNAY, Tauily Claussen D'Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 39, n. 4, p.130-135, 2012.

TUCUNDUVA, Luciana Tomanik Cardozo de Melo; GARCIA, Ana Paula; PRUDENTE, Fernanda Vilas Boas; CENTOFANTI, Guilherme; SOUZA, Carla Manzoni de; MONTEIRO, Tatiana Alves; VINCE, Flávio Augusto Henriques; SAMANO, Eliana Sueco Tibana; GONÇALVES, Marina Sahade; DEL GIGLIO, Auro. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev Assoc Assoc Med Bras.**, v. 52, n. 2, p.108-112, 2006.

TURNER, Robert P.; LUKOFF, David; BARNHOUSE, Ruth Tiffany; LU, Francis G. Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. **J Nerv Ment Dis**, v. 183, p.435-444, 1995.

UNIVERSITY OF VIRGINIA. [homepage]. **Health System. Spirituality and Medicine Curriculum**. Disponível em: <https://well.wvu.edu/resources/lifestyle/your-spiritual-life>. Acesso em 18/02/2018.

VANDECREEK, Larry. Defining and advocating for spiritual care in the hospital. **The Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 64, p.5-10, 2010.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

WHO (World Health Organization). **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Report on WHO consultation. MNH/MAS/MHP/98.2 WHO, Genebra, 1998.

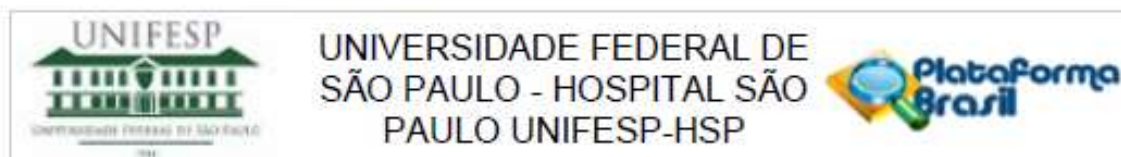
WHO (World Health Organization) - adopted at the 101st session of the Executive Board, eighth meeting, 22 January 1998. **Amendments to the Constitution**. 52^a. World Health Assembly. April, 7th 1999.

WHO (World Health Organization). WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHO. England. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>.

WHOQOL SRPB. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, v. 62, n. 6, p.1486-1497, 2006.

WILLIAMS, David R.; LARSON, David B.; BUCKLER, Robert E.; HECKMANN, Richard C.; PYLE, Caroline M. Religion and psychological distress in a community sample. **Soc Sci Med**, v. 32, n. 11, p.1257-1262, 1991.

ANEXO 1 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL DO PACIENTE NA FORMAÇÃO BÁSICA DO PROFISSIONAL MÉDICO

Pesquisador: SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62062916.0.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.855.656

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1556/2016

O reconhecimento da dimensão espiritual como componente do cuidado integral do paciente raramente ocorre na prática clínica, principalmente pela precariedade de ações educativas na formação médica que subsidiem esta prática. Os pacientes querem a empatia, o olhar cuidadoso, a palavra de incentivo e conforto, a validação de suas crenças espirituais. No currículo médico pouca atenção é dada às reflexões sobre as questões existenciais e aos aspectos não biológicos do ser humano. Os estudantes são alertados, mas não

instrumentalizados, quanto à necessidade de evitar a desumanização. Os profissionais e estudantes utilizam uma estratégia de defesa que consiste na negação das emoções e protegem-se ignorando o sofrimento alheio. A relação humanística e ética do médico com o paciente é fundamental, por isso a preocupação do médico com a dimensão

espiritual deste demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente. O médico deve atender não só às necessidades físicas que acontecem no final da vida e no curso de qualquer doença, mas também às necessidades emocionais, socioculturais e espirituais que ocorrem na vida dos pacientes. A própria espiritualidade do médico pode afetar a maneira de se relacionar e prestar cuidados aos pacientes. O objetivo geral desta pesquisa é suscitar práticas educativas que possam

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

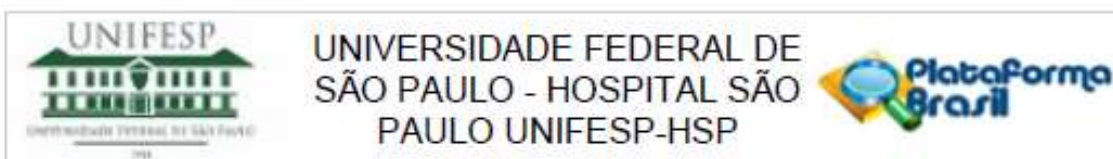
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.855.656

despertar no acadêmico de Medicina o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente como componente do cuidado integral do ser humano. Para a consecução desse objetivo, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: reconhecer se o estudante de Medicina atribui importância à dimensão espiritual do paciente na prática clínica; identificar a percepção do educando de Medicina sobre a abordagem da dimensão espiritual do paciente, como recurso terapêutico complementar, para o exercício de uma prática clínica mais humanizada; propor

ações didático-pedagógicas que estimulem a valorização da dimensão espiritual do paciente pelos alunos, caso os resultados da pesquisa apontem para a conveniência dessa implantação. Todos os estudantes regularmente matriculados, do primeiro ao sexto ano do Curso Médico da Escola Paulista de Medicina, no ano de 2017, serão convidados a participar da pesquisa. A participação se dará de forma voluntária, mediante preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta de dados utilizado será um questionário com 24 questões, das quais 20 serão fechadas. Os resultados serão tabulados e enviados para análise estatística, onde serão

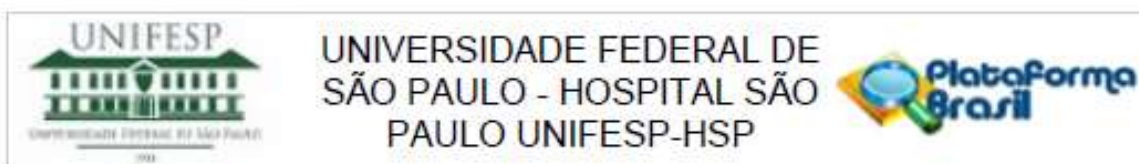
processados para obtenção e discussão dos resultados. As quatro perguntas abertas serão interpretadas pela análise de conteúdo. Serão criadas planilhas para cada uma das principais questões abordadas: conceito de Espiritualidade; dimensão espiritual na relação médico-paciente; dimensão espiritual na formação médica; práticas educativas para

reconhecimento da dimensão espiritual no cuidado integral do paciente. As respostas de cada participante constituirão as unidades de contexto. Da essência dos textos serão criadas as unidades de registro e categorizadas para a análise inferencial de conteúdo. Apropriar-se da dimensão espiritual, enquanto recurso terapêutico para o exercício da prática clínica, no decorrer de sua formação acadêmica, é apoderar-se de uma sofisticada ferramenta no exercício da alteridade na relação médico-paciente. Assim, ações didático-pedagógicas, que possam ser inseridas no currículo, com o intuito de aguçar a sensibilidade e a percepção do estudante de medicina para a eficácia e a potencialidade da abordagem da dimensão espiritual na terapêutica clínica serão propostas nesta pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese: O aluno do curso de Medicina deve reconhecer a dimensão espiritual do paciente como parte do cuidado integral ao ser humano, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde. A proposição de ações didático-pedagógicas para o trabalho educativo com a dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante. Práticas educativas que promovam o reconhecimento da dimensão espiritual como componente do cuidado integral do ser humano devem ser

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.855.656

implementadas na formação acadêmica do médico. A inclusão do tema Saúde e Espiritualidade no currículo médico pode instrumentalizar o estudante para intervenções na abordagem e validação da dimensão espiritual do paciente como recurso terapêutico. Na prática clínica, o médico deve perguntar sobre questões espirituais que possam, direta ou indiretamente, influenciar na Saúde do paciente, não deve tentar mudar crenças, mas

apoiar as que ajudem o paciente a enfrentar a doença.

-Objetivo Primário: O objetivo primário desta pesquisa é suscitar práticas educativas que possam despertar no acadêmico de Medicina o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente como componente do cuidado integral do ser humano.

-Objetivo Secundário: Para a consecução desse objetivo primário, estabeleceram-se os seguintes objetivos secundários: reconhecer se o estudante de Medicina atribui importância à dimensão espiritual do paciente na prática clínica; identificar a percepção do educando de Medicina sobre a abordagem da dimensão espiritual do paciente, como recurso terapêutico complementar, para o exercício de uma prática clínica mais humanizada; propor ações didático-pedagógicas que estimulem a valorização da dimensão espiritual do paciente pelos alunos, caso os resultados da pesquisa apontem para a conveniência dessa implantação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

- Riscos: Existe o risco de que algumas perguntas gerem desconforto ou constrangimento, no momento em que o participante estiver respondendo ao questionário.

- Benefícios: A proposição de ações didático-pedagógicas, fruto desta pesquisa, que poderão ser inseridas no currículo médico, será um benefício que, de alguma forma, refletirá na prática clínica do participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado da aluna SÍLVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM. Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde. Projeto apresentado à Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Modalidade Profissional. Linha de Pesquisa: Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde; Orientadora: Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia; Coorientador: Prof. Dr. Luís Garcia Alonso

TIPO DE ESTUDO: O desenho do estudo será feito com abordagens quantitativa e qualitativa, por

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.855.656

ambas serem necessárias para alcançar os objetivos da pesquisa, e complementares, não excludentes.

LOCAL: A pesquisa será realizada na Escola Paulista de Medicina (EPM),

PARTICIPANTES: 600 alunos - Todos os estudantes regularmente matriculados, do primeiro ao sexto ano, serão convidados a participar da pesquisa. A participação se dará de forma voluntária. Critério de Inclusão: Alunos que no ano de 2017 estiverem regularmente matriculados no curso de graduação em Medicina da EPM-UNIFESP, do primeiro ao sexto ano. Critério de Exclusão: Alunos que no ano de 2017 estiverem regularmente matriculados nos demais cursos de graduação da EPM-UNIFESP.

PROCEDIMENTOS: -O instrumento de coleta de dados utilizado será um questionário com 24 questões, das quais 20 serão fechadas, com respostas alternativas de múltipla escolha, padrão Likert ou dicotômica; abertas; e, semiabertas. -O questionário terá uma breve introdução onde a pesquisadora se apresentará e informará: os dados da Instituição à qual a pesquisa está vinculada e os objetivos da pesquisa. Solicitará a colaboração do respondente, agradecerá a participação e garantirá confidencialidade. As questões terão início solicitando-se a informação sobre a afiliação religiosa do discente (item 1).

Sequencialmente (itens 2 a 6) será aplicado o Índice de Religiosidade da Universidade Duke? (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008). As questões de 7 a 12 (padrão Likert) foram inspiradas no trabalho de Borges et al. (2013), que investigaram quais os conceitos de Espiritualidade e Religiosidade trazidos pelos estudantes de medicina, e qual a

relação destes conceitos com a sua Religiosidade. As demais questões foram elaboradas com base na literatura científica pesquisada e referem-se à Espiritualidade/Religiosidade no contexto clínico (questões de 13 a 18) e na formação médica (questões de 19 a 24). No final do questionário, a pesquisadora agradecerá a participação, reiterará o

compromisso de confidencialidade e anonimato e solicitará alguns dados pessoais dos discentes, tais como, gênero, idade e ano da graduação. -Os resultados serão tabulados e enviados para análise estatística, onde serão processados para obtenção e discussão dos resultados. As quatro perguntas abertas serão interpretadas pela análise de conteúdo.

Serão criadas planilhas para cada uma das principais questões abordadas: conceito de Espiritualidade; dimensão espiritual na relação médico-paciente; dimensão espiritual na formação médica; práticas educativas para reconhecimento da dimensão espiritual no cuidado integral do paciente. As respostas de cada participante constituirão as unidades de contexto. Da essência dos textos serão criadas as unidades de registro e categorizadas para a análise inferencial de

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-081

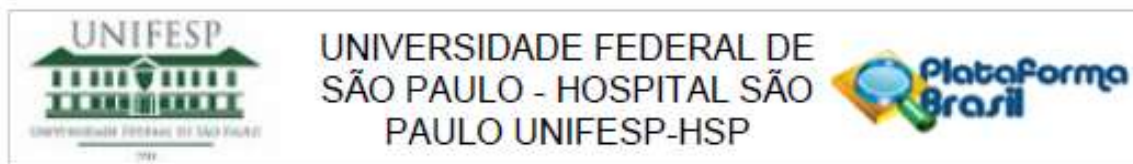
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.855.656

conteúdo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; Orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente;

2- TCLE a ser aplicado aos alunos:

3- outros documentos importantes anexados na PB: a)-autorização do coordenador em exercício do Curso Médico da UNIFESP (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura- Submissão 1; Documento: Carta_de_Anuencia.pdf) b)- modelo do questionário (Pasta: Outros- Submissão 1; Documento: Questionario.pdf)

Recomendações:

adequar o TCLE antes de sua finalização: a)- o TCLE é um convite à participação e isso deve ser deixado claro no início do documento (exemplo: Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada..... que tem como objetivo...); b) -no campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do participante e do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

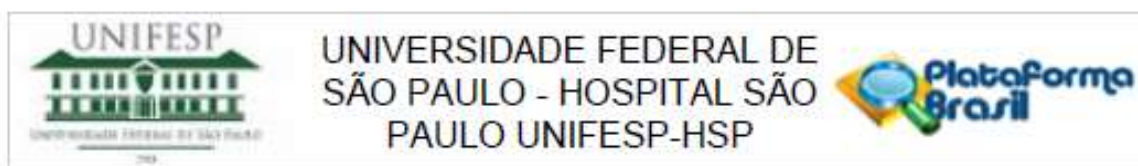
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir da data de aprovação final, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821422.pdf	16/11/2016 11:45:57		Aceito
Outros	Questionario.pdf	16/11/2016 11:44:49	SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.pdf	16/11/2016 11:42:44	SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/11/2016 11:41:50	SILVIA CRISTINA BORRAGINI	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.855.656

Orçamento	Orcamento.pdf	16/11/2016 11:41:50	ABUCHAIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.pdf	16/11/2016 11:40:45	SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	16/11/2016 11:39:50	SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/11/2016 11:36:38	SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/11/2016 11:35:19	SILVIA CRISTINA BORRAGINI ABUCHAIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 08 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

ANEXO 2 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Campus São Paulo
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA



CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A pesquisa intitulada **Abordagem da Dimensão Espiritual do Paciente na Formação Básica do Profissional Médico** será desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestre profissional pela pós-graduanda Sílvia Cristina Borragini Abuchaim.

A pesquisa tem como objetivo suscitar práticas educativas que possam despertar no acadêmico de Medicina o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente como componente do cuidado integral do ser humano. Para a consecução desse objetivo, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: reconhecer se o estudante de Medicina atribui importância à dimensão espiritual do paciente na prática clínica; identificar a percepção do educando de Medicina sobre a abordagem da dimensão espiritual do paciente, como recurso terapêutico complementar, para o exercício de uma prática clínica mais humanizada.

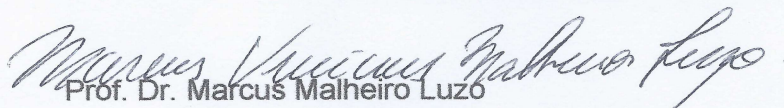
O referido estudo terá como participantes os acadêmicos do curso médico, do primeiro ao sexto anos, da Escola Paulista de Medicina, que se encontrem regularmente matriculados no ano de 2017, e, o instrumento de coleta de dados utilizado será um questionário padronizado.

Ao término deste estudo, pretende-se propor ações didático-pedagógicas que estimulem a valorização da dimensão espiritual do paciente pelos alunos, caso os resultados da pesquisa apontem para a conveniência dessa implantação.

Ressalto que este estudo cumprirá os princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Eu, Prof. Dr. Marcus Malheiro Luzo, Coordenador em Exercício do Curso Médico da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, autorizo a realização da pesquisa.

São Paulo, 10 de novembro de 2016.


Prof. Dr. Marcus Malheiro Luzo

Coordenador em Exercício do Curso Médico da EPM/UNIFESP

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada ***Espiritualidade/Religiosidade como Recurso Terapêutico na Prática Clínica: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo*** que tem por objetivo verificar a opinião dos estudantes de graduação em Medicina da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, quanto à utilização da espiritualidade/religiosidade do paciente como recurso terapêutico complementar na prática clínica. Será verificado o grau de religiosidade intrínseca e extrínseca dos estudantes, e sua percepção de Espiritualidade/Religiosidade, tanto no contexto clínico quanto na formação acadêmica, por meio de um questionário padronizado, padrão Likert. A sua participação nesse estudo limita-se ao preenchimento do referido instrumento de coleta de dados, confeccionado especificamente para esta pesquisa. Existe o risco de que algumas perguntas gerem desconforto ou constrangimento no momento em que estiver respondendo ao questionário. A proposição de ações didático-pedagógicas que poderão ser inseridas no currículo médico, aprimorando a formação médica, será o benefício desta pesquisa. Garante-se, em qualquer etapa do estudo, o acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a pesquisadora *Sílvia Cristina Borragini Abuchaim*, que pode ser encontrada no endereço: Rua Botucatu, nº 740, Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica, Edifício Leitão da Cunha, Vila Clementino, São Paulo, SP, CEP 04023-900, telefone: (11) 5576-4848 – ramal: 1391. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, Rua Botucatu, nº 572, 1º andar, conjunto 14, telefone nº: (11) 5571-1062, Fax nº: (11) 5539-7162, e-mail: cepunifesp@unifesp.br. É garantida a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem penalização alguma. Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a sua identificação ou a de outros participantes em nenhum momento, sendo-lhe garantido o direito de confidencialidade. A qualquer momento, se for de seu interesse, poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Quando o estudo for finalizado, será informado sobre os principais

resultados e conclusões obtidos na pesquisa. Não haverá nenhuma compensação financeira relacionada a sua participação neste estudo. Da mesma forma, não haverá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O pesquisador responsável assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e para finalidades de ensino e divulgação, dentro das normas vigentes, bem como publicação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o participante e a outra com os pesquisadores.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ***Espiritualidade/Religiosidade como Recurso Terapêutico na Prática Clínica: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo***. Eu discuti com a pesquisadora *Sílvia Cristina Borragini Abuchaim* sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Nome do participante: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste respondente (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro, ainda, que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Nome do pesquisador responsável: Sílvia Cristina Borragini Abuchaim

ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO

Caro aluno:

Meu nome é Sílvia Cristina Borragini Abuchaim e trabalho há mais de 30 anos na Escola Paulista de Medicina (EPM), Disciplina de Anatomia Descritiva e Topográfica, Departamento de Morfologia e Genética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Atualmente, realizo Mestrado Profissional no Programa de Pós-graduação “Ensino em Ciências da Saúde” do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da UNIFESP, *campus* São Paulo.

Meu projeto de pesquisa intitula-se **Espiritualidade/Religiosidade como Recurso Terapêutico na Prática Clínica: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo** e tem por objetivo, nesta primeira etapa, verificar o grau de religiosidade intrínseca e extrínseca dos estudantes, e sua percepção de Espiritualidade/Religiosidade, tanto no contexto clínico quanto na formação acadêmica. Posteriormente, esta pesquisa irá propor ações didático-pedagógicas referentes à dimensão espiritual como componente do cuidado integral do ser humano que possam colaborar com a formação do graduando em Medicina para a prática clínica.

Este questionário é dividido em quatro blocos:

- I) *Perfil sociodemográfico* (questões de 1 a 6) - dados necessários para caracterizar a amostra;
- II) *Índice de Religiosidade proposto pela Universidade Duke, Estados Unidos da América* (questões de 7 a 11) e desenvolvido por Koenig, Parkerson e Meador (1997). (Traduzido para o português por Moreira-Almeida et al., 2008 e validado por Lucchetti et al., 2012 e Taunay et al., 2012);
- III) *Espiritualidade/Religiosidade no contexto clínico* (questões de 12 a 16);
- IV) *Espiritualidade/ Religiosidade na formação médica* (questões de 17 a 20).

Asseguro que a participação nesta pesquisa não lhe trará despesas pessoais, tampouco compensação financeira; garanto, também, total confidencialidade e que sua identidade não será revelada em nenhuma hipótese.

Agradeço e espero contar com sua colaboração.

BLOCO I – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

(1) Gênero:

1. Feminino
2. Masculino

(2) Etnia:

1. Branco
2. Negro
3. Pardo
4. Amarelo
5. Indígena

(3) Em qual ano de graduação você está matriculado:

1. Primeiro ano de Medicina
2. Segundo ano de Medicina
3. Terceiro ano de Medicina
4. Quarto ano de Medicina
5. Quinto ano de Medicina
6. Sexto ano de Medicina

(4) Faixa etária:

1. Menos de 18 anos
2. De 18 a 20 anos
3. De 21 a 23 anos
4. De 24 a 26 anos
5. De 27 a 29 anos
6. Acima de 30 anos

(5) Renda familiar:

1. Menos de R\$ 2.000,00
2. De R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00
3. De R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00
4. De R\$ 6.000,00 a R\$ 8.000,00
5. De R\$ 8.000,00 a R\$ 10.000,00
6. Acima de R\$ 10.000,00

(6) Qual a sua crença religiosa?

1. Católica
2. Evangélica
3. Espírita
4. Outra. Qual? _____
5. Não possui / agnóstico
6. Não possui / ateu

BLOCO II – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

(7) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(8) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(9) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(10) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(11) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

BLOCO III – ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO

A seção seguinte contém frases a respeito da Espiritualidade/Religiosidade no contexto clínico. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(12) O médico deve perguntar sobre questões espirituais que influenciem positivamente, de forma direta ou indireta, a saúde do paciente.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(13) Independentemente de sua crença religiosa, o médico deve respeitar a crença do paciente.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(14) A preocupação do médico com a dimensão espiritual do paciente demonstra empatia e melhora a relação médico-paciente.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(15) A espiritualidade do médico influencia a relação médico-paciente.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(16) O médico deve considerar em sua prática clínica as necessidades emocionais, socioculturais e espirituais do paciente, além de suas necessidades físicas.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

BLOCO IV – ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA

A seção seguinte contém frases a respeito da Espiritualidade/Religiosidade na formação médica. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(17) O cuidado com a dimensão espiritual faz parte do atendimento integral e humanizado ao paciente.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(18) A negação das próprias emoções e o distanciamento do sofrimento do paciente é uma estratégia de defesa utilizada pelo médico.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(19) Um bom médico deve se distanciar do sofrimento do paciente.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

(20) A proposição de ações didático-pedagógicas relacionadas à dimensão espiritual do paciente na educação médica é relevante.

1. Concordo plenamente
2. Concordo
3. Indiferente
4. Discordo
5. Discordo plenamente

Caso tenha interesse em participar, por favor, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra anexo. Agradeço a valiosa colaboração!

REFERÊNCIAS

KOENIG, H. G.; PARKERSON, G. R. J.; MEADOR, K. G. Religion Index for Psychiatric Research. **Am J Psychiatry**, v. 153, n. 6, p. 885-886, 1997.

LUCCHETTI, G.; GRANERO-LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F.; *et al.* Validation of the Duke religion index: DUREL (Portuguese Version). **J Relig Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

TAUNAY, Tauiy Claussen D'Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 39, n. 4, p.130-135, 2012.

Anexo 5 – Teste de Kruskal-Wallis

Kruskal-Wallis															
religião versus	7	8	9	10	11	media	12	13	14	15	16	17	18	19	20
valor de p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,227	0,137	0,013	0,000	0,707	0,038	0,121	0,877	0,003

Ranks											
	Afiliação	N	Mean Rank		Afiliação	N	Mean Rank		Afiliação	N	Mean Rank
questão 7	1	162	226,66	questão 10	1	162	218,73	questão 12	1	162	258,08
	2	69	90,16		2	69	118,22		2	69	292,01
	3	64	234,93		3	64	240,43		3	64	268,01
	4	40	223,70		4	40	189,86		4	40	266,56
	5	143	371,26		5	143	373,49		5	143	270,42
	6	68	431,15		6	68	431,60		6	68	307,18
	Total	546			Total	546			Total	546	
questão 8	1	162	221,24	questão 11	1	162	229,48	questão 13	1	162	269,43
	2	69	133,51		2	69	117,72		2	69	266,69
	3	64	250,47		3	64	206,27		3	64	273,33
	4	40	228,45		4	40	184,85		4	40	262,40
	5	143	361,71		5	143	381,10		5	143	270,15
	6	68	402,72		6	68	425,60		6	68	303,85
	Total	546			Total	546			Total	546	
questão 9	1	162	189,02	média RI	1	162	205,55	questão 14	1	162	264,95
	2	69	127,27		2	69	107,30		2	69	295,11
	3	64	243,05		3	64	224,38		3	64	276,05
	4	40	239,64		4	40	198,68		4	40	230,18
	5	143	369,85		5	143	381,19		5	143	262,09
	6	68	469,10		6	68	467,82		6	68	319,02
	Total	546			Total	546			Total	546	
questão 15	1	162	245,15	questão 18	1	162	294,20	questão 16	1	162	279,54
	2	69	224,02		2	69	271,24		2	69	281,41
	3	64	265,12		3	64	238,84		3	64	268,91
	4	40	206,23		4	40	243,46		4	40	286,31
	5	143	313,41		5	143	274,10		5	143	265,40
	6	68	354,79		6	68	275,49		6	68	264,89
	Total	546			Total	546			Total	546	
questão 16	1	162	279,61	questão 19	1	162	279,54	questão 17	1	162	246,06
	2	69	263,74		2	69	281,41		2	69	280,39
	3	64	265,87		3	64	268,91		3	64	293,57
	4	40	263,39		4	40	286,31		4	40	262,41
	5	143	268,08		5	143	265,40		5	143	277,92
	6	68	293,37		6	68	264,89		6	68	310,20
	Total	546			Total	546			Total	546	
questão 17	1	162	246,06	questão 20	1	162	257,20	questão 18	1	162	294,20
	2	69	280,39		2	69	267,24		2	69	271,24
	3	64	293,57		3	64	265,23		3	64	238,84
	4	40	262,41		4	40	232,90		4	40	243,46
	5	143	277,92		5	143	280,56		5	143	274,10
	6	68	310,20		6	68	335,50		6	68	275,49
	Total	546			Total	546			Total	546	

