

**A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE / RELIGIOSIDADE DO
PACIENTE EM ATENDIMENTO DADA PELOS MÉDICOS RESIDENTES
DO PROGRAMA MUNICIPAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA
DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE PRAIA GRANDE - SP**

**THE IMPORTANCE OF THE PATIENT'S SPIRITUALITY / RELIGIOSITY
IN CARE GIVEN BY PHYSICIANS RESIDENTS OF THE MUNICIPAL
MEDICAL RESIDENCE PROGRAM IN FAMILY AND COMMUNITY
MEDICINE IN THE MUNICIPALITY OF PRAIA GRANDE - SP**

Daniel da Silva Souza¹

Resumo: O objetivo deste trabalho foi analisar, por meio de um questionário on-line, como os médicos residentes do Programa Municipal de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Praia Grande/SP percebem e atuam com relação a espiritualidade e religiosidade dos pacientes no atendimento. Para tal, foi realizado um estudo de cunho bibliográfico e uma revisão interativa da literatura sobre a temática espiritualidade e religiosidade (E/R) na prática clínica, além da aplicação de um questionário on-line aos médicos residentes, juntamente com termo de consentimento livre e esclarecido. Por meio do questionário on-line buscou-se analisar, além de dados demográficos, dados quantitativo e qualitativo que descrevam a vivência e experiência com a temática E/R dos 33 médicos residentes respondentes. A maioria dos médicos era do gênero feminino (78,8%), com idade entre 25 e 30 anos (78,8%), residente do segundo ano de residência (54,5%), formada entre os anos de 2016 e 2022, e atuante da zona 3 (54,5%). A maioria dos respondentes não tinham religião (31%), não se considerava uma pessoa religiosa (39,4%), mas se considerava uma pessoa espiritualizada (57,6%).

¹ Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande



Ainda, a maioria aborda o tema E/R poucas vezes com o paciente (51,5%), mas o faz, principalmente, quando o paciente é acometido por uma doença grave, encorajando-os em suas práticas E/R, além de concordarem que a E/R influencia na saúde do paciente e em seu processo de cura. Finalizando, a maioria dos respondentes não teve uma formação relacionada ao tema E/R (66,6%), nem mesmo na formação durante a Residência Médica de Família e Comunidade (78,8%). Assim, conclui-se que, apesar de não se considerarem religiosos ou terem uma religião, existe uma preocupação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade de Praia Grande/SP pela assistência integral do paciente, na qual deve ser incluída os aspectos espirituais e religiosos.

Palavras-chave: Educação médica. Espiritualidade. Médico Residente. Questionário. Religiosidade. Saúde.

Abstract: The aim of this study was to analyze, through an online questionnaire, how the resident physicians of the Municipal Residency Program in Family and Community Medicine in Praia Grande/SP perceive and act in relation to the spirituality and religiosity of the patients in the service. To this end, a bibliographical study and an interactive literature review on the theme of spirituality and religiosity (E/R) in clinical practice were carried out, in addition to the application of an online questionnaire to resident physicians, together with a free consent form. and clarified. Through the online questionnaire, we sought to analyze, in addition to demographic data, quantitative and qualitative data that describe the experience with the E/R theme of the 33 respondent resident physicians. Most physicians were female (78.8%), aged between 25 and 30 years (78.8%), second-year residents (54.5%), graduated between 2016 and 2022, and active in zone 3 (54.5%). Most respondents had no religion (31%), did not consider themselves a religious person (39.4%), but considered themselves a spiritual person (57.6%). Still, most approach the E/R theme a few times with the patient (51.5%), but do it mainly when the patient is affected by a serious illness, encouraging them in their E/R practices, in addition



to agree that E/R influences the patient's health and healing process. Finally, most respondents did not have training related to the E/R theme (66.6%), not even training during the Family and Community Medical Residency (78.8%). Thus, it is concluded that, although they do not consider themselves religious or have a religion, there is a concern among residents of Family and Community Medicine in Praia Grande/SP for comprehensive patient care, which must include spiritual and religious aspects.

Keywords: Medical education. Spirituality. Resident doctor. Quiz. Religiosity. Health.

INTRODUÇÃO

No começo da história, a medicina e a religiosidade eram práticas comuns nas primeiras civilizações, sendo, muitas vezes indissociáveis. Em civilizações antigas, o líder religioso também exercia a medicina além da prática religiosa. Entretanto, com o surgimento da medicina moderna, a relação entre Espiritualidade/Religiosidade (E/R) com a saúde demonstrou conflitos e concordâncias, seja pela dúvida da incompatibilidade da razão – muitas vezes trazida como ciência – com a E/R, quanto pelo descrédito da avaliação científica da E/R (MOREIRA-ALMEIDA; LUCHHETTI, 2016). Entretanto, estudos atuais têm demonstrado a forte associação ao bem-estar dos pacientes e a prática da E/R (BALBONI et al., 2022).

Falar sobre E/R no meio acadêmico sempre causou controvérsia e um certo desconforto, pois ciência e religiosidade constantemente estiveram em conflito, ainda que medicina e religião, no começo da história, estiveram ligadas. Contudo, esse conflito ganhou mais força após o relatório Flexer em 1910 que passou a valorizar a visão técnico-científica da medicina, enfatizando o aspecto biomédico. Em resposta a essa visão tecno-cientificista da medicina surge a conferência de Alma-Ata (1978) que passou a questionar o modelo biomédico até então aceito, passando a reconhecer a saúde com um conceito mais amplo que leve em conta aspectos biopsicossociais, nos quais estão inclusos



a temática da religiosidade e espiritualidade do paciente, sendo considerados estes aspectos também determinantes em saúde.

Para enfatizar a importância do tema, a crença da espiritualidade é também garantida pelos Direitos Humanos em seu artigo XVIII:

Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular (ONU, 1948).

Somado a isso, é garantida na constituição federal, em seu artigo 5º, inciso VI: “É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e suas liturgias” (BRASIL, 1988).

Ainda, a maioria dos pacientes apresentam alguma religião ou espiritualidade, portanto, abordar esse tema durante a consulta é de suma importância. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), 95% dos brasileiros declaram ter religião, 83% consideram a religião muito importante para suas vidas e 37% frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana. Além disso, a atividade religiosa está relacionada a melhoria na saúde e qualidade de vida, principalmente quando os pacientes estão enfrentando diagnósticos desfavoráveis (BALBONI et.al, 2022).

Ademais, crenças religiosas acabam influenciando decisões médicas, especialmente quando os pacientes estão gravemente doentes (KOENIG, 2002). Não obstante, quando o indivíduo utiliza a religião ou a fé como estratégia de manejo do estresse, ele consegue enfrentar de forma mais positiva as adversidades, com mais segurança e conforto. Nestes casos, a conexão com os outros e com a cren-



ça no sentido da vida auxiliam na convalescência (PANZINI, 2007).

Assim, a espiritualidade é um tema cada vez mais pesquisado e discutido no meio científico. Apesar da interconexão histórica entre religião, espiritualidade e prática médica, somente nas últimas décadas a literatura científica tem demonstrado o importante papel da E/R na saúde física e mental. Estudos apontam para benefícios da E/R na maioria dos pacientes, agindo como um auxílio ao tratamento médico e ao restabelecimento da saúde como um todo, além de mostrar diminuição de sintomas físicos, melhora na qualidade de vida e até mesmo aumento de sobrevida.

Por fim, há uma crescente evidência das pesquisas sistemática que as crenças religiosas e sua prática estão relacionadas a melhor saúde mental, melhor saúde física e menos necessidades por serviços de saúde. Assim, a presente pesquisa também ajuda a dispersar a noção existente entre os profissionais de saúde de que religião não é relacionada à saúde. Porém, é sabido que religião ou envolvimento espiritual não tem sempre efeito positivo na saúde e, quando tem, os mecanismos biológicos são fracamente compreendidos, sendo importante análise individual de cada caso e momento oportuno para ofertar alguma abordagem da temática na consulta.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é entender, através de aplicação e análise de um questionário on-line, como médicos residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do município de Praia Grande/SP percebem e atuam com relação à E/R dos pacientes durante o atendimento.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSADE E CONCEITOS RELACIONADOS

Primeiramente, é importante distinguir espiritualidade de religiosidade já que, muitas vezes, podem ser tratadas com o mesmo significado, mesmo sendo conceitos diferentes. Entende-se por religiosidade as atividades desempenhadas pelos indivíduos relacionada às suas crenças, podendo ou



não estar alicerçadas em uma determinada religião. Já o conceito de espiritualidade transcende os aspectos sagrados, este perfaz pela ideação de sentido da vida, da elevação pessoal, algo que por vezes, para alguns, ultrapassam a linguagem (TAVARES et al., 2016).

Portanto, a religiosidade e a espiritualidade não devem ser tratadas como conceitos iguais. Isso faz diferença quando os médicos e profissionais da saúde abordam essa temática na consulta, já que, muitas vezes, os pacientes podem não possuir alguma religião, mas possuem espiritualidade (ideação de sentido da vida). Neste caso, ter a distinção desses conceitos na abordagem do paciente pode impactar a condução do caso. Ademais, tendo em vista a abordagem holística e ampla de saúde e o conceito de medicina centrada na pessoa, os aspectos relacionados a espiritualidade devem ser vistos como parte fundamental na avaliação da saúde do paciente e como um determinante do processo saúde/ doença em conformidade com os princípios de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a atenção primária tem papel um importante nessa abordagem já que é a porta de entrada dos SUS.

Neste cenário, há de se conceituar a fé, presente tanto na espiritualidade, quanto na religiosidade. Etimologicamente, a palavra fé se originou no grego *pistia* que indica a noção de acreditar e no latim *fides*, que remete para uma atitude de fidelidade (FRANÇA, 2018). A dimensão da fé tem sido discutida por vários autores, em especial por Kierkegaard (1979), que aborda a relação entre a fé e a razão, afirmando que a fé começa onde acaba a razão e o resgate dessa fé se torna um encontro com um mistério que transcende todas as explicações (razão) em um movimento de reconciliação com o Transcendente ou o Absoluto.

Outro elemento presente na E/R, porém evocado com menor frequência, é o amor. Solomon (2003) destaca que a espiritualidade pode ser encontrada nas paixões mais nobres, ou seja, no amor, no senso de família e de humanidade e nas amizades. O amor apresenta duas facetas significativas: a primeira se relaciona à sua importância em função de ser considerado a essência divina em sua manifestação mais proeminente, e a segunda se refere a uma diretriz clara da vivência da própria



espiritualidade, que deve se concentrar no amor e em seus desdobramentos práticos.

Da mesma forma, a esperança também faz parte da E/R. A esperança emerge tanto associada à cura, quanto à esperança no futuro, por dias melhores e a religiosidade acaba também por ratificar esse sentimento. Percebe-se a esperança como um sentimento que move o ser humano a crer em resultados positivos, relacionados a eventos e circunstâncias da vida. Existem, na esperança, traços da perseverança já que, algumas vezes, cremos que algo é possível, mesmo quando há indícios do contrário (GALVÃO, 1997). A esperança associada à fé representaria um futuro melhor, visão esta compartilhada até por um sujeito declarante sem religião ou espiritualidade.

Por fim, a oração e a meditação estão relacionadas com o tema E/R. Estas não são utilizadas somente com o intuito de cura, mas um exercício de fé, que traz alento e uma aproximação com Deus e o divino. Para Boff (2006), é através da oração e da meditação que chegamos a uma experiência com Deus, permitindo a pessoa a aprender a se perceber, a entrar em si mesma e se relacionando com o numinoso. Assim, o afeto e as emoções podem influenciar na oração, transformando-se assim em uma vivência E/R.

A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COMO COADJUVANTE NA SAÚDE E NO TRATAMENTO CLÍNICO

O processo saúde e doença é concebido como um fenômeno complexo, de caráter social e mutável, influenciado por uma estrutura social dependente de condições materiais intrínsecas ao trabalho e à transformação da natureza. Portanto, para compreender a saúde e a doença na sociedade, é preciso conhecer o contexto social por onde elas perpassam, não as restringindo às suas causas biológicas, mas pensá-las em conjunto, com interligações entre corpos e pessoas numa mesma comunidade, classe social ou coletivo de trabalho (CASTRO, 2017).

Entretanto, nota-se que a visão biomédica na sociedade atual, preconizada por uma lógica



cartesiana, apresenta-se específica e hegemônica quanto à enfermidade, com suas determinações e tratamentos, ao mesmo tempo em que os processos terapêuticos que não possuem esta matriz e são inalcançados por esta ótica, terminam por serem fenômenos excluídos dos interesses científicos e biomédicos. Diante dessa realidade, deixa-se de atender ao disposto em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade da assistência, a qual preconiza a garantia da saúde em sentido amplo e abrangente (BRASIL, 1990) e, por conseguinte, o cuidado integral que lhe confere sustentação (CASTRO, 2017).

Há fortes evidências científicas de que fatores sociais e psicológicos influenciam na saúde física e suscetibilidade às doenças (BALBONI et.al, 2022). Assim, há estudos que demonstram melhora nos quadros de depressão em paciente que possuem algum tipo de E/R (KOENIG, 2002). O mesmo é observado para cuidadores de pacientes com Alzheimer ou Câncer (RABINS et al., 1990). Além disso, há uma menor taxa suicídio e menor uso de abuso de substância naqueles pacientes que tem alguma crença (KOENIG, 2002). Por fim, emoções positivas como alegria e esperanças são sentimentos comuns em pessoas com algum tipo de religiosidade (FREUD, 1962).

Na saúde física, a presença da E/R demonstra melhora no sistema imunológico (MCEWEN, 1998) e melhora da pressão arterial (KOENIG, 2002). Por sua vez, em paciente com câncer em cuidados paliativos, a assistência espiritual resultou em melhor aceitação da doença, melhor adesão ao tratamento e maior resiliência (BENITES; NEME; SANTOS, 2017). Além disso, há benefícios na percepção da dor, relacionada a maior eficiência e interatividade do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal em resposta ao estímulo doloroso e liberação de mediadores (GABA, serotonina e dopamina) no sistema nervoso central (PERES et al., 2007). Há ainda estudos mostrando diminuição até mesmo na mortalidade em pacientes que possuem alguma prática religiosa ou espiritual (LI et al., 2016).

Silveira e Azambuja (2017) reforçam em seu estudo que pacientes encontram na fé, otimismo, esperança e motivação para implicarem-se e se envolverem com o tratamento, aspecto de extrema relevância para sua recuperação. Assim, a crença se apresenta como fator motivador para adesão ao



tratamento.

ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

No ensino médico, a excessiva valorização dos aspectos tecnológicos e científicos da profissão, que ganhou força extraordinária após o Relatório Flexner (1910), acabou por afastar brutalmente o estudante de medicina da formação ético-humanística que, além de relegada a um segundo plano, não raro era considerada supérflua ou até ridícula (DANTAS FILHO; SÁ, 2007). Não há dúvida, porém, que a crenças das pessoas afeta radicalmente sua visão de mundo e influencia as suas atitudes e decisões.

Por outro lado, muitas são as barreiras apontadas pelos médicos para não realizar a abordagem da E/R, tais como falta de conhecimento sobre o tema, falta de treinamento durante a formação, falta de tempo, desconforto com o tema e considerar a abordagem como não sendo de sua responsabilidade (KOENIG, 2002). Contudo, algumas dessas barreiras poderiam ser superadas se os médicos tivessem treinamentos acadêmicos durante a formação, pois, tal fato diminuiria a dificuldade na abordagem do tema.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014) corroboram para a formação do médico sob uma ótica humanista, crítica e reflexiva e estar apto a responder às demandas da saúde da população de forma integral. Desse modo, a atenção para a saúde espiritual surge como fundamento essencial. A carência de atividades teórico-práticas que ensejem uma qualificação profissional mínima para a abordagem da espiritualidade dos pacientes reitera a importância de buscar alternativas educacionais que a construção de conhecimentos aplicáveis à prática clínica do médico brasileiro.

Nesse sentido, há uma grande necessidade de abordar a temática E/R na formação de residência médica, especialmente em Medicina de Família em Comunidade. Segundo Trofa et al. (2021)



que estudou a incorporação do tema no Plano Pedagógico dos cursos de Medicina e nas Residências Médicas, o tema E/R ainda é pouco relevante, sendo apenas citado na residência de psiquiatria. Durante a graduação, essa temática é oferecida, em sua maioria, em cursos eletivos, não sendo obrigatória no currículo médico.

Já em relação a Residência em Medicina de Família e Comunidade, o Conselho Nacional de Residência Médica cita na Resolução N° 1, de 25 de maio de 2015 (CNRM, 2015) os requisitos mínimos dos PRM em Medicina de Família e Comunidade. O texto possui uma abordagem ampla e cita as competências a serem desenvolvidas ao longo da residência, além dos fundamentos da especialidade, objetivos do programa, entre outros tópicos. Não menciona, entretanto, a E/R. Da mesma forma, não faz referência a uma abordagem biopsicossocial, apesar de entre os fundamentos da especialidade estar “comprometer-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade”.

Portanto dada a relevância do tema E/R e suas demonstradas repercussões no âmbito da saúde física e mental, urge que comunidade docente e discente nacional desenvolva propostas pedagógicas inovadoras, metodologicamente eficazes e apropriadas ao contexto da atuação médica no SUS, tanto na graduação, quanto nos programas de pós-graduação. Assim, um dos maiores desafios para a introdução do tema espiritualidade no ensino médico é a questão da adequação dos ambientes. Ainda existe pouco espaço para a discussão de temas humanísticos, principalmente E/R nos meios acadêmicos universitários. Quando esse tema é abordado, prevalece a perspectiva que ressalta os aspectos científicos e racionalistas do assunto (DANTAS FILHO; SÁ, 2007).

O MÉDICO E A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE DO PACIENTE

A percepção do paciente como algo que transcende o aspecto orgânico e funcional surgiu devido à necessidade de considerar outros fatores que influenciam na sua recuperação plena. O bem-estar físico está intimamente ligado ao bem-estar mental; vislumbrar a visão holística de que o ser



humano é composto de corpo e alma, inseparáveis e indivisíveis, é reconhecer a influência da E/R no campo da saúde.

Esta visão holística do paciente foi proposta inicialmente por Helen Flanders Dunbar em 1943, em seu livro *Psychosomatic diagnosis* (DUNBAR, 1948), que aponta para os aspectos não orgânicos das doenças, assim como a criação de métodos de tratamento que tivessem uma abordagem igualmente holística. Posteriormente, foi associado a esta compreensão o conceito de bem-estar, ao sistematizar os benefícios das práticas meditativas no controle dos aspectos químico-fisiológicos do corpo, produzindo efeitos positivos para a manutenção da saúde e contribuindo para a sua desmedicalização.

As repercussões dos estudos de Dunbar levaram a desdobramentos no campo da espiritualidade, assim como à criação de instrumentos para mensurar essa E/R como o World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012). Através deste marco histórico é possível perceber como a espiritualidade passou a ser considerada uma dimensão orgânica do corpo, universalmente compartilhada, mas variável em seu grau de desenvolvimento, que incide tanto na saúde física como mental dos indivíduos (TONIOL, 2015).

Segundo Koenig (2002), quando perguntado se os médicos deveriam levar em consideração a E/R na sua conduta, a maioria dos pacientes (77%) disse que sim e 37% responderam que gostariam de comentar sobre esse assunto durante a consulta. Assim, falar das necessidades espirituais dos pacientes significa que os médicos devem aprender a levar a história E/R de uma maneira centrada no paciente e com respeito às crenças do paciente. Uma história E/R propicia informações relevantes ao tratamento médico e comunica ao paciente que o médico está aberto a falar sobre as necessidades nesta área.

Os médicos podem considerar apoiar e encorajar as crenças religiosas relacionadas à saúde e atividades que os pacientes achem úteis, porque tal prática demonstrou melhorar na relação médico



paciente e melhor adesão ao tratamento. Por fim, muitos pacientes desejam que seus médicos saibam tanto sua religião como sua crença espiritual e comentem esta necessidade como parte do tratamento.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo analítico exploratório sobre a temática E/R, além de análise de dados qualitativos que avaliaram a opinião dos médicos residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade de Praia Grande/SP. Para tal, foi realizado, primeiramente, uma pesquisa bibliográfica com revisão da literatura sobre o tema. Foram pesquisadas palavras-chave como “espiritualidade”, “religiosidade”, “médico residente”, “medicina”, “saúde” e “paciente” nos buscadores Google Acadêmico, Scielo e em livros correlatos.

Após, foi realizada uma pesquisa de levantamento por meio de questionário validado, disponibilizado de forma on-line que abordou a temática da E/R e buscou descrever a visão do médico residente sobre o tema. A pesquisa foi realizada de forma virtual, utilizando a plataforma denominada “Google Forms” para a criação do formulário com o questionário (APÊNDICE A). Os 45 médicos residentes do Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade de Praia Grande, SP foram acessados através de e-mail e contatos via WhatsApp com o convite para a participação da pesquisa. Destes, 33 responderam ao questionário.

Na plataforma “Google Forms” foi disponibilizado um questionário com 24 perguntas relacionadas a caracterização sociodemográfica e perguntas relacionadas a aspectos que abordam E/R, e a relação do residente com essa temática durante o atendimento clínico. No início do questionário foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os residentes que concordassem com este, puderam continuar o questionário.

A primeira seção trazia perguntas para o entendimento do perfil do respondente. Portanto, havia perguntas como data de nascimento, gênero, ano de residência, local de residência e ano de



formação da graduação. Já na segunda seção havia perguntas sobre E/R, como qual sua religião, se o respondente se considerava uma pessoa religiosa ou espiritualizada e a frequência com que o respondente frequentava locais religiosos e o tempo dispendido para tal.

Na terceira seção havia perguntas sobre a conduta médica e a E/R. Nessa seção, foram indagados se os residentes perguntavam para os pacientes qual era a religião deles, bem como qual a conduta do residente quando este assunto era trazido no convívio com o paciente e seus familiares. Já na quarta seção, foi indagado se os residentes receberam algum treinamento relacionado a E/R em algum momento de sua formação.

A quinta seção trazia a percepção do residente sobre a importância da E/R no dia a dia do paciente e nas suas enfermidades. Por sua vez, a seção sexta questionava sobre a aceitabilidade do residente em conversar sobre religião e sobre realizar orações com seus pacientes e familiares. Por fim, a sétima seção trazia um fechamento do assunto, abordando temas sobre percepção da E/R no dia a dia do residente e algumas questões de caráter ético.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Desta forma, foram descritos e organizados com objetivo de facilitar a compreensão e utilização das informações extraídas. As respostas foram organizadas em frequência relativa ou números absolutos, de acordo com a necessidade, e foram apresentadas de forma textual ou através de figuras com gráficos.

RESULTADOS

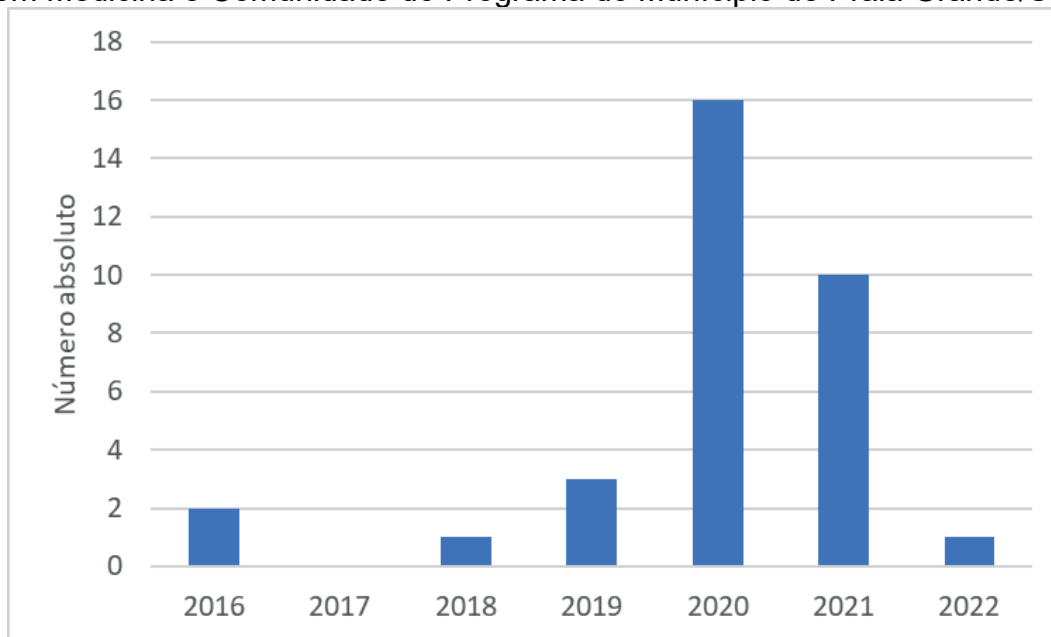
Do total de 45 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP, foram obtidas 33 respostas, o que corresponde a 76% (33/45) do total de residentes. Destes, 78,8% (26/33) era do gênero feminino e 21,2% (7/33) do gênero masculino, e 78,8% (26/33) tinha idade entre 25 e 30 anos, enquanto 21,1% (7/33) tinha idade entre 31 e 38 anos.

Dos respondentes, 54,5% (18/33) era residente do segundo ano de residência e 45,5% (15/33)



era residente do primeiro ano. O ano de formação dos médicos residentes pode ser encontrado na figura 1. Conforme pode-se observar, a maioria dos respondentes formou-se nos anos 2020 e 2021.

Figura 1. Ano de formação da graduação em medicina dos 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



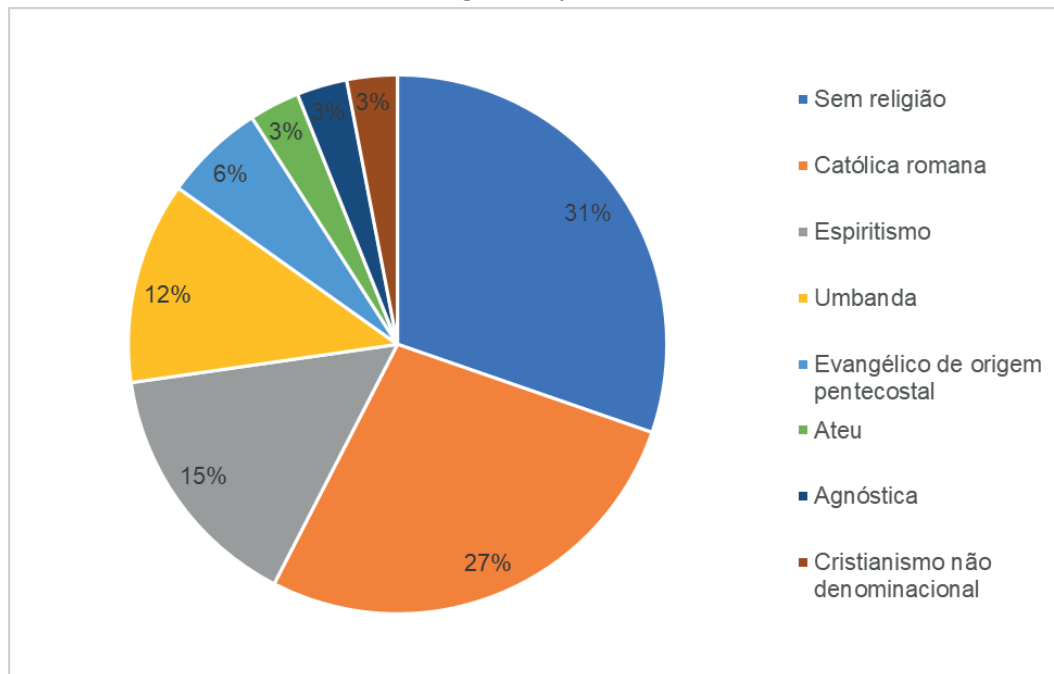
Fonte: o autor (2022).

Já com relação a zona de atuação dentro do município de Praia Grande/SP, 54,5% (18/33) atua na zona 3, onde prevalece a população mais jovem e com maior vulnerabilidade socioeconômica; 24,3% (8/33) atua na zona 1, onde a maior prevalência é a população de idosos e de maior poder aquisitivo; e 21,2% (7/33) atua na zona 2, que é mista e há tanto população idosa e poder aquisitivo mais alto como população jovem de menor poder aquisitivo.

Quando questionado sobre a religião, as respostas podem ser encontradas na figura 2. Percebe-se que a maioria respondeu não ter religião. O segundo grupo com maior número de respostas foi “católica romana”. Por sua vez, a terceira religião mais escolhida entre os respondentes foi “espiritismo”.



Figura 2. Respostas sobre a pergunta “Qual sua religião?” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



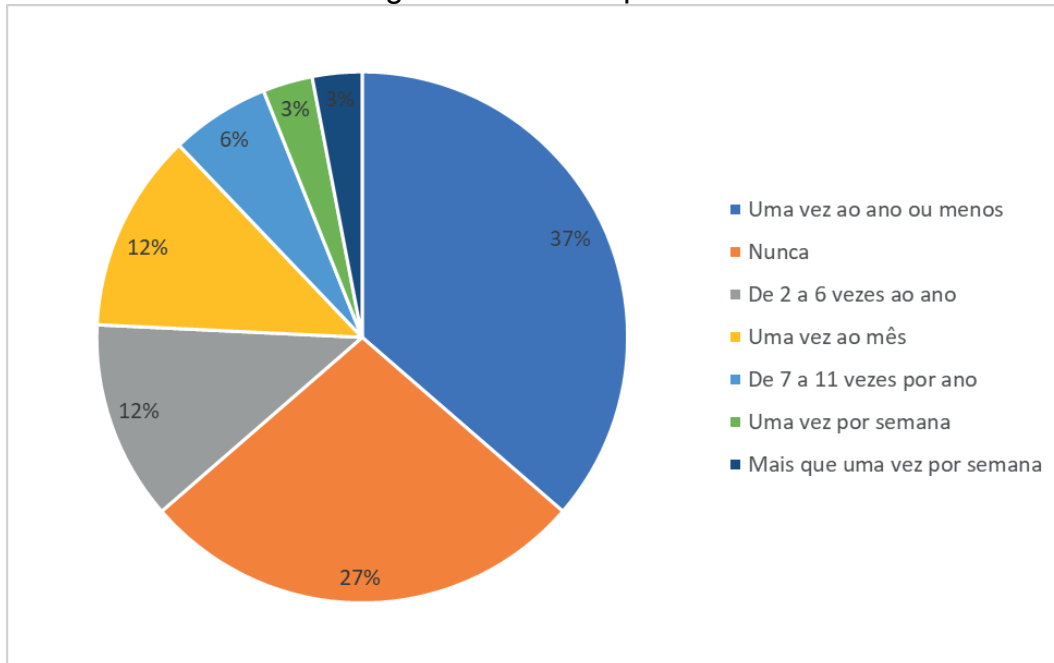
Fonte: o autor (2022).

Sobre a atitude diante da religião, foi questionado em que medida o residente se considera uma pessoa religiosa e 39,4% (13/33) não se considera uma pessoa religiosa, 33,3% (11/33) se considera levemente religiosa, enquanto 24,2% (8/33) se considera moderadamente religiosa e um respondente se considera muito religioso. Já em relação à atitude diante da espiritualidade, foi questionado em que medida o residente se considera uma pessoa espiritualizada e 57,6% (19/33) se considera moderadamente espiritualizados, 21,2% (7/33) se consideram levemente espiritualizados, enquanto 12,1% (4/33) se considera muito espiritualizados e 9,1% (3/33) não se considera uma pessoa espiritualizada.

Em relação religiosidade intrínseca que mede a frequência que os residentes vão à igreja ou a algum encontro religioso, as respostas podem ser encontradas na figura 3. A maioria respondeu “uma vez ao ano ou menos”, seguido por “nunca”, “de 2 a 6 vezes no ano” e “uma vez ao mês”.



Figura 3. Respostas sobre a pergunta “Com que frequência você vai a uma igreja ou outro encontro religioso?” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



Fonte: o autor (2022).

Já com relação ao tempo que o médico residente dedica em atividade religiosa individuais como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia outros textos religiosos, as respostas podem ser encontradas na figura 4. A opção que recebeu mais respostas foi “de 2 a 6 vezes ao ano”, seguida de “nunca”, “duas ou mais vezes por semana” e “diariamente”.

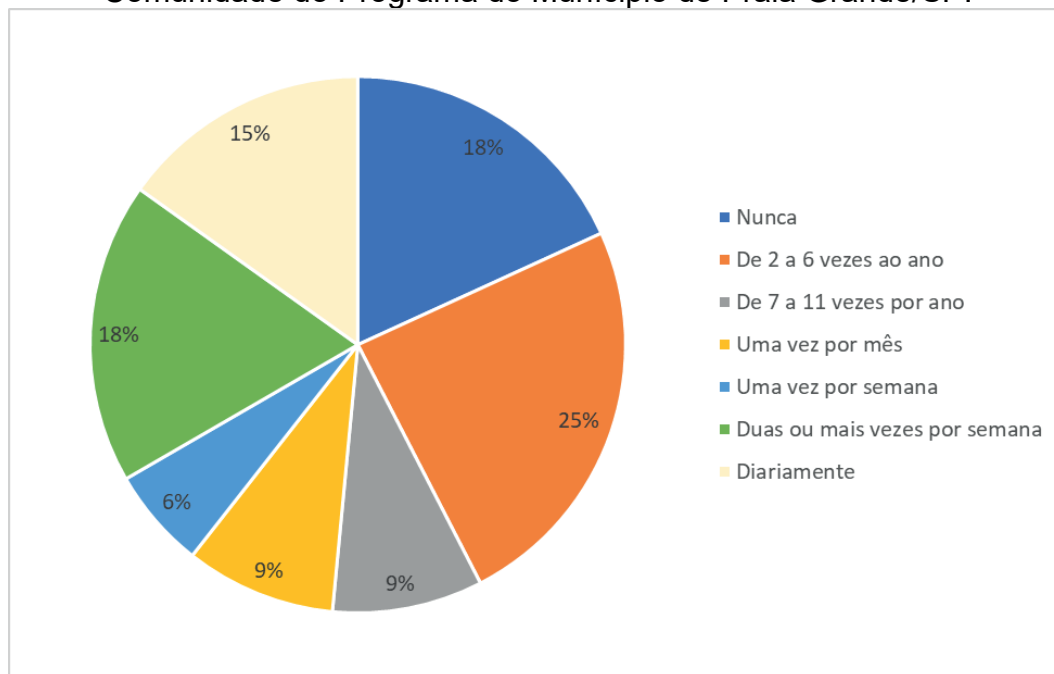
Quando questionados sobre com que frequência você pergunta sobre assuntos E/R aos pacientes ou familiares dos pacientes, 51,5% (17/33) relata pergunta algumas vezes, 24,2% (8/33) relata que pergunta frequentemente, 21,2% (7/33) relata que raramente faz a pergunta e um residente relata que nunca faz a pergunta.

Foi indagado aos residentes respondentes quando assuntos relacionados a E/R surgem em conversas com pacientes e seus familiares, como eles reagem (Figura 5). A maioria relata que nunca ou raramente tenta mudar de assunto, além de raramente ou nunca compartilhar sobre as próprias



ideias relacionadas à E/R, e nunca ou raramente rezam com o paciente e seus familiares. Responderam, também, que frequentemente ou sempre escutam de forma cuidadosa e empática, além de encorajar os pacientes e seus familiares nas próprias crenças.

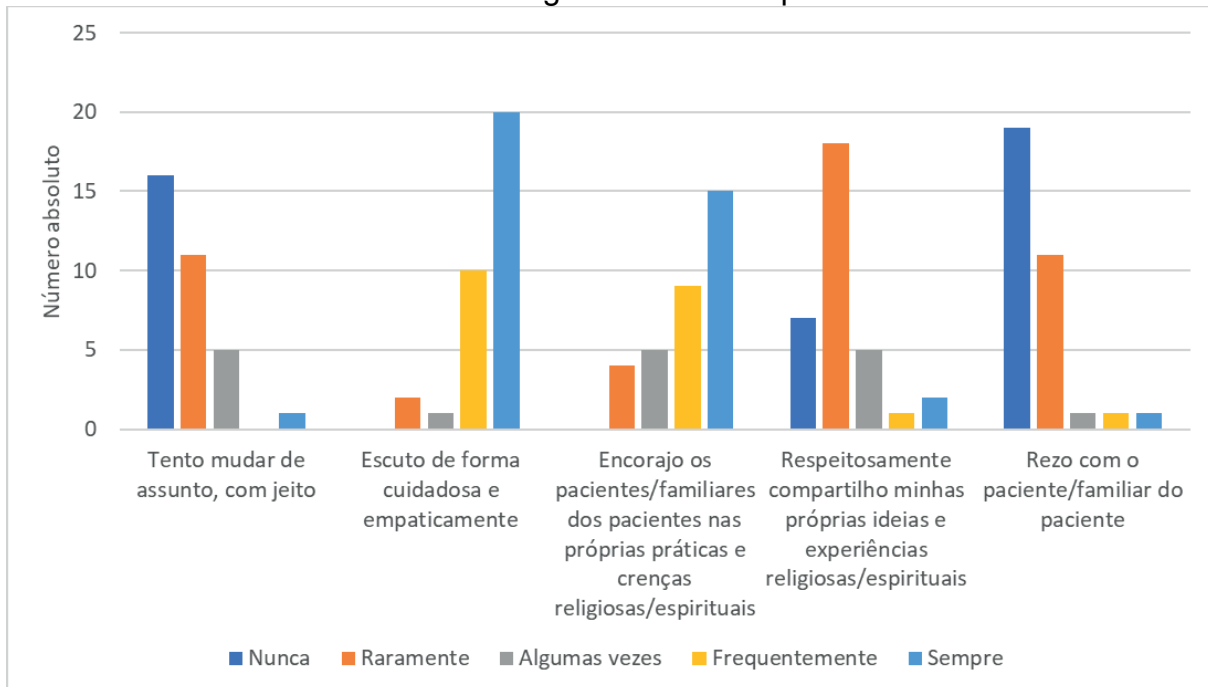
Figura 4. Respostas sobre a pergunta “Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



Fonte: o autor (2022).



Figura 5. Respostas sobre a pergunta “Quando assuntos religiosos/espirituais surgem em conversas com pacientes/familiares dos pacientes, com que frequência você responde das seguintes maneiras:” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.

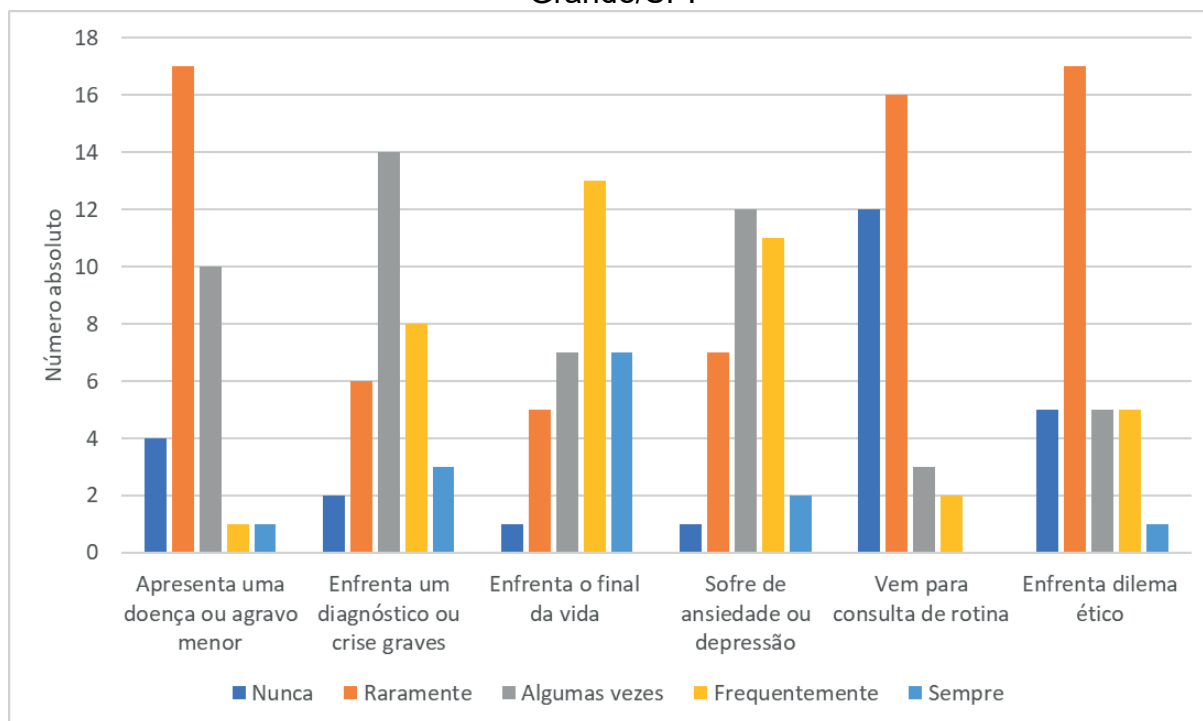


Fonte: o autor (2022).

Seguindo, foram apresentadas algumas situações hipotéticas e indagado com que frequência os respondentes perguntava sobre assuntos E/R (Figura 6). Pode-se observar que os médicos residentes perguntam, em maior frequência, sobre assuntos E/R em situações em que o paciente enfrenta um diagnóstico ou crise grave, enfrenta o final da vida, ou sofre de ansiedade ou depressão. As situações em que nunca ou raramente questionam sobre E/R são as relacionadas à doença ou agravo menor, consulta de rotina e dilema ético.



Figura 6. Respostas sobre a pergunta “Nas seguintes situações, com que frequência você pergunta sobre assuntos religiosos/espirituais?” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



Fonte: o autor (2022).

Em relação a formação acadêmica e ao treinamento sobre E/R na graduação ou pós-graduação, 66,6% (22/33) não obtiveram nenhuma formação ou treinamento e 33,3 (11/33) tiveram algum tipo de formação. As formações acadêmicas relacionada ao tema vieram através da graduação (ligas acadêmicas, simpósio, discussão sobre o tema, disciplina eletiva), residência médica, Pós-graduação de Medicina no Estilo de Vida, aula on-line, formação sobre protocolo hope com a liga de espiritualidade.

Em relação a formação durante a Residência Médica de Família e Comunidade, foi questionado em qual situação clínica o residente já recebeu do seu preceptor alguma orientação sobre como abordar o tema E/R. A maioria, sendo 78,8% (26/33), não tiveram essa abordagem do seu preceptor,

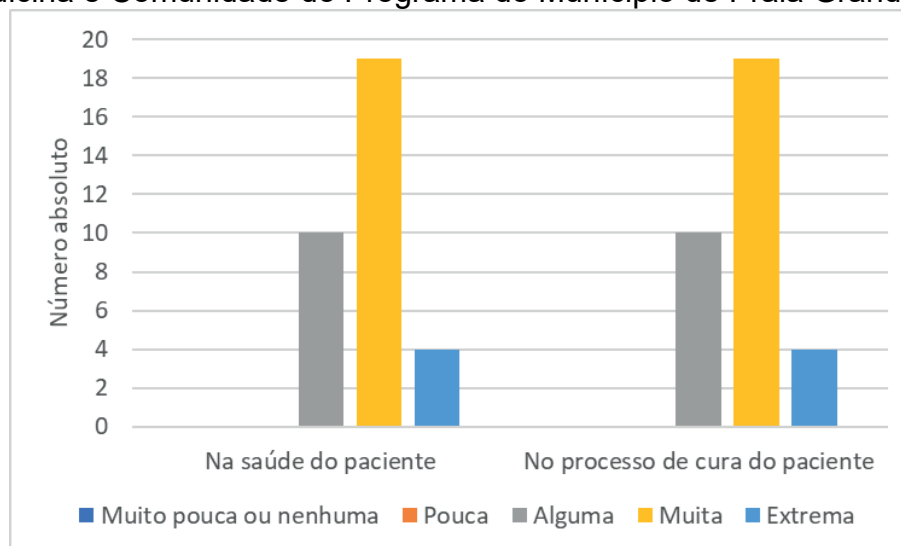


mostrando que mesmo na Residência de Medicina de Família e Comunidade na qual a maior ênfase pela integralidade e pelo método da medicina centrado na pessoa, a abordagem da E/R é ínfima.

Após, foi perguntado sobre o que desencoraja o residente a debater sobre E/R, sendo que poderiam ser assinaladas mais que uma resposta. As alternativas com maior aceitação foram “Tempo insuficiente” (72,7%), “Conhecimento insuficiente” (51,5%), “Treinamento insuficiente” (48,5%).

A influência que o residente acha que a E/R possui na saúde do paciente e no processo de cura do paciente pode ser encontrada na figura 7. A maioria acredita que a E/R tem muita ou alguma influência sobre a saúde do paciente e sobre o processo de cura do mesmo.

Figura 7. Respostas sobre a pergunta “De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui.” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.

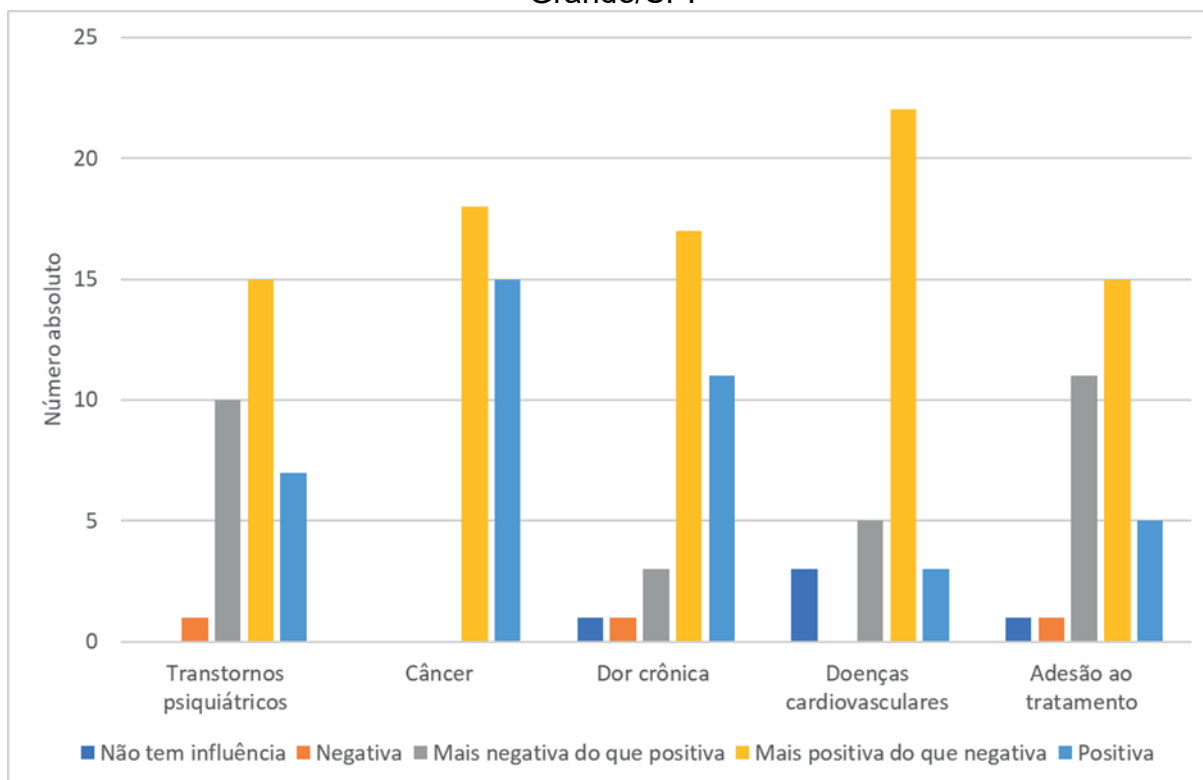


Fonte: o autor (2022).

Ainda em relação a opinião dos residentes sobre influência da E/R, foram apresentadas algumas situações hipotéticas e as respostas podem ser observadas na figura 8. A maioria acredita que a E/R tem influência positiva sobre todas as situações expostas.



Figura 8. Respostas sobre a pergunta “Na sua opinião, qual a influência da religião/espiritualidade nas seguintes situações:” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



Fonte: o autor (2022).

Após, foram expostas duas situações. A primeira versava sobre quando seria apropriado ao médico residente conversar sobre suas próprias crenças ou experiências relacionadas a E/R com o paciente e seus familiares, sendo que 45,5% (15/33) afirmou que apenas quando solicitado pelo paciente ou familiar, 42,4% (14/33) sempre que achasse apropriado e 12,1% (4/33) respondeu que nunca. A segunda situação versava sobre quando seria apropriado ao médico residente rezar (ou realizar atos semelhantes a prece) com o paciente e seus familiares, sendo que 78,8% (26/33) respondeu apenas quando solicitado, 18,2% (6/33) sempre que achasse apropriado e 3% (1/33) disse que nunca. Nas duas situações, a maioria acredita ser prudente conversar sobre E/R ou rezar junto com o paciente e seus

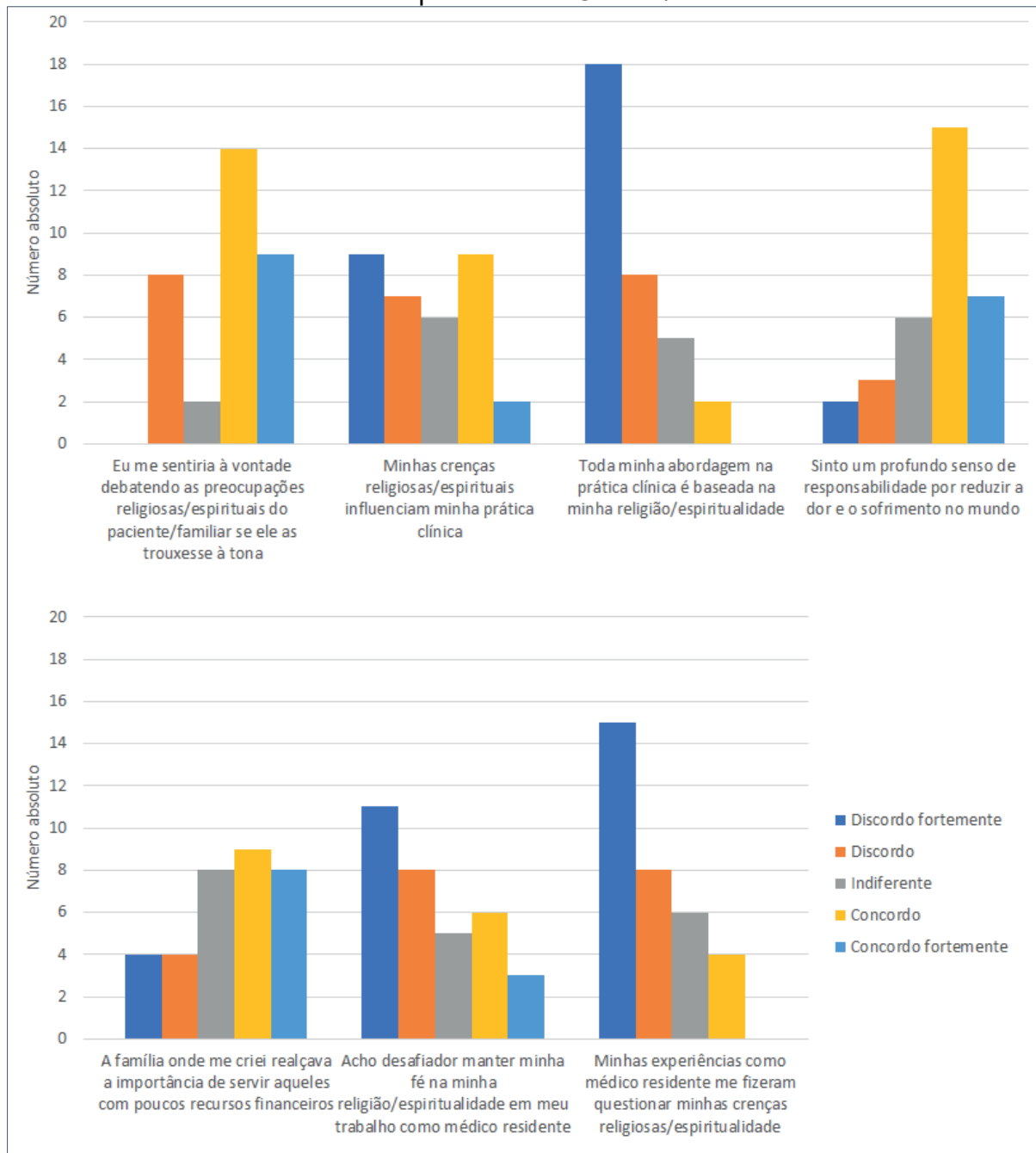


familiares apenas quando solicitado.

Na sequência, foram feitas algumas afirmações e questionada a opinião dos respondentes (Figura 9). A maioria dos respondentes concordam com as afirmativas “Eu me sentiria à vontade debatendo as preocupações E/R do paciente/familiar se ele as trouxesse à tona”, “Sinto um profundo senso de responsabilidade por reduzir a dor e o sofrimento no mundo” e “A família onde me criei realçava a importância de servir aqueles com poucos recursos financeiros”. Por outro lado, a maioria dos respondentes discordam das afirmativas “Minhas crenças E/R influenciam minha prática clínica”, “Toda minha abordagem na prática clínica é baseada na minha E/R”, “Acho desafiador manter minha fé na minha E/R em meu trabalho como médico residente” e “Minhas experiências como médico residente me fizeram questionar minhas crenças E/R”.



Figura 9. Respostas sobre a pergunta “Com relação às afirmações a seguir, você.” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.

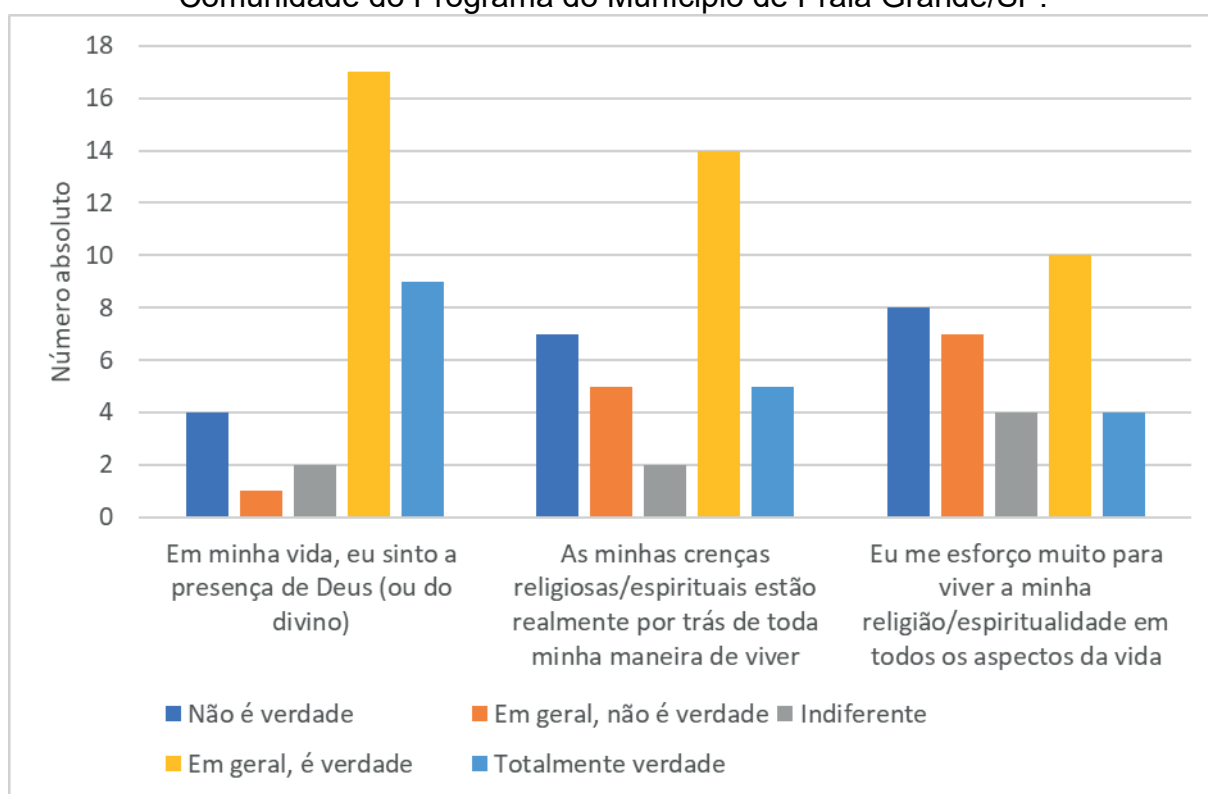


Fonte: o autor (2022).



Após, outras afirmações voltadas às opiniões sobre E/R foram feitas (figura 10). A maioria dos respondentes afirmam sentir a presença de Deus (ou do divino) em sua vida, bem como diz que suas crenças regem sua forma de viver. Já a afirmação de que há esforço para a E/R em todos os aspectos da vida, foi mais semelhante entre aqueles que concordam e aqueles que discordam.

Figura 10. Respostas sobre a pergunta “O quanto você considera verdade as seguintes afirmações?” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



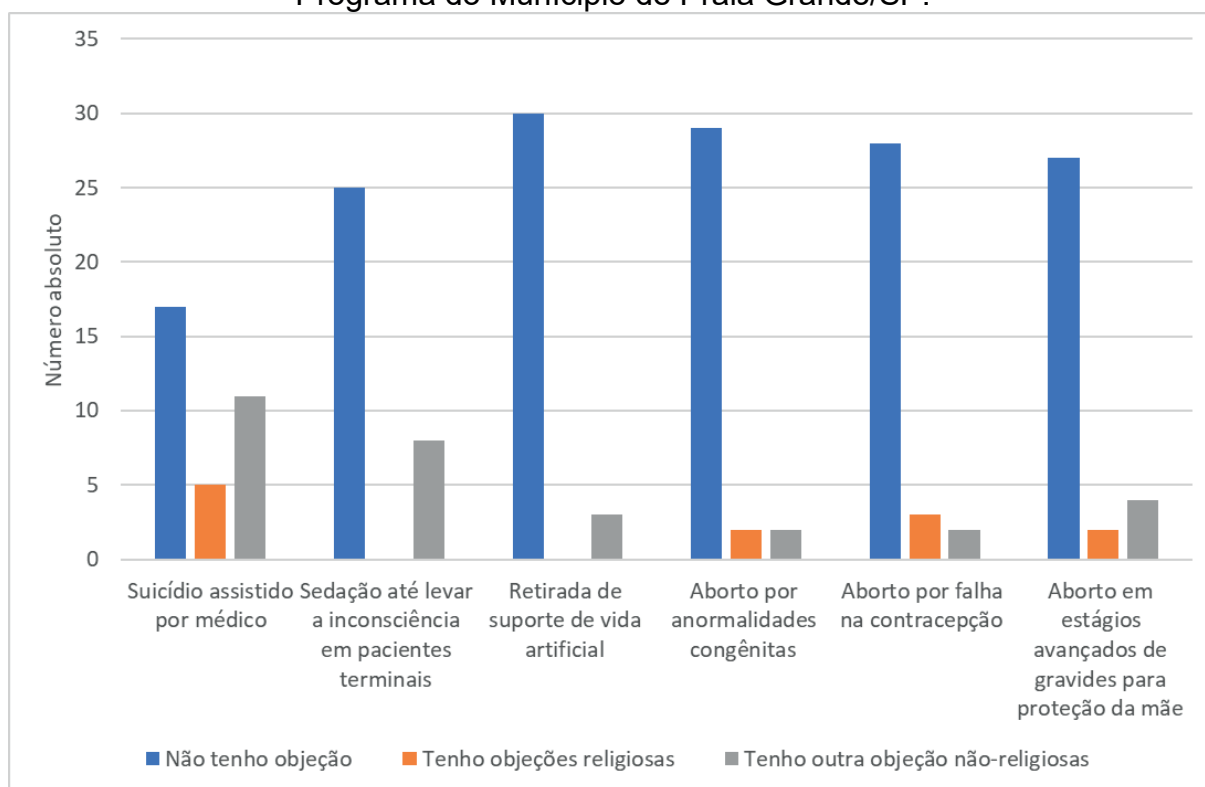
Fonte: o autor (2022).

Em relação à algumas questões éticas envolvendo a E/R, as respostas dos residentes podem ser encontradas na figura 11. Essas mostram que para a maioria dos residentes não há objeções em relação a dilemas éticos tais como suicídio assistido, sedação ou aborto, e que quando há objeções, nas maiorias das vezes, elas não são religiosas, demonstrando que para essa amostra de residentes



estudada a E/R exerce pouca influência nesses casos.

Figura 11. Respostas sobre a pergunta “Dentre a lista a seguir, marque sua opinião sobre:” realizada para 33 médicos residentes em Medicina e Comunidade do Programa do Município de Praia Grande/SP.



Fonte: o autor (2022).

DISCUSSÃO

Corroborando com os dados do artigo que aborda a E/R dos médicos de família na Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), escrito por Aguiar, Cazella e Costa (2017), a maioria dos respondentes eram do gênero feminino (58,9%), com média de idade de 33 anos. Assim, confirma que há uma predominância de mulheres na residência em medicina de família e comunidade, com idade próxima aos 30 anos. Além disso, os respondentes do presente estudo eram recém-formados. Fato este que pode ter influenciado algumas das respostas, provavelmente por falta de vivência clínica, sobre-



tudo relacionada ao tema E/R. Uma forma de trabalhar o conhecimento dos residentes sobre o tema E/R é na formação durante a graduação, com, por exemplo, a incorporação da temática na disciplina de comunicação clínica.

Outro fator que pode ter influenciado a resposta dos residentes é o local de atuação. A maioria dos respondentes atuavam na Zona 3, onde a população atendida é composta por pessoas mais jovens e com maior vulnerabilidade econômica. Por sua vez, as Zonas 1 e 2 têm prevalência de uma população idosa e a abordagem da E/R teria uma maior relevância já que essa população possui maior preocupação com a dimensão espiritual (IBGE, 2012).

Ainda, o fato da maioria dos médicos residentes ter declarado não possuir religião, demonstra a secularização da sociedade, o que poderia ser explicado por um maior nível de instrução acadêmica, já que parece haver uma associação inversa com níveis de instrução e envolvimento religioso: quanto maior o nível de instrução menor o nível de religiosidade (IBGE, 2012). Seguindo essa mesma lógica, corrobora as respostas sobre a atitude diante à religião, além do baixo comparecimento em encontros religiosos e da baixa frequência em atividades religiosas. Contudo, pode se dizer que, embora os residentes não possuam religião, não significa que não tenham uma preocupação com a abordagem do tema no cuidado integral do paciente, nem que não se considerem uma pessoa espiritualizada.

O segundo grupo com maior número de respostas relacionada à religião foi “católica romana”, refletindo a realidade da população brasileira – 50% da população se declarou católicos (IBGE, 2012) e dos médicos residentes em medicina de família – 61% autodeclarados da mesma religião (AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017). Na amostrada analisada, a segunda religião com mais respondentes foi o espiritismo, corroborando os dados de Aguiar; Cazella e Costa (2022), que questionou os alunos da Universidade Aberta dos SUS (UNA-SUS) e apontou o espiritismo como terceira religião com 6% da amostra.

De maneira conceitual, embora possam estabelecer conexões entre si, E/R possuem significados diferentes. Como referem Ienne, Fernandes e Puggina (2018), a espiritualidade envolve a



experiência relacional do indivíduo com o sagrado ou com o transcendente, em busca de respostas, propósitos e significados para os aspectos da vida cotidiana. Por sua vez, a religiosidade pode ser compreendida como expressão das crenças religiosas dos indivíduos, em suas práticas relativas a uma religião, com participações efetivas em espaços religiosos (organizacional) ou individualmente, por meio de orações, leituras, acompanhamento de programas na televisão de cunho religioso, entre outros (não organizacional).

A preocupação com a E/R dos pacientes aparece quando os residentes são questionados sobre a frequência com que perguntam aos pacientes sobre sua E/R, visto que para a maioria dos residentes existe uma preocupação em relação a E/R do paciente. Além disso, os residentes não costumam mudar de assunto quando o paciente ou seus familiares trazem o tema E/R em uma consulta, escutando-os de forma empática e cuidadosa, além de encorajá-los em suas crenças. Assim, percebe-se que, de certa forma, as crenças dos residentes impacta no atendimento médico e que na maioria das vezes influencia na abordagem da E/R do paciente, embora exista uma clara e importante preocupação de não impor as suas crenças ao paciente, demonstrando uma preocupação pela autonomia da E/R do paciente. Ainda, os respondentes, em sua maioria, acreditam que a E/R tem influência sobre a saúde do paciente em seu processo de cura, e está mais relacionada em situações hipotéticas de enfermidades diversas.

Comumente, o assunto E/R surge em momentos delicados do paciente, como quando este enfrenta um diagnóstico desfavorável ou tem uma crise grave. Tais dados mostram que em situações clínicas como doenças graves e fim de vida, a preocupação pela E/R do paciente é mais importante na avaliação do residente. A E/R tem auxiliado pacientes com problemas relacionados à depressão e tendências suicidas (KOENIG, 2002), Alzheimer (RABINS et al., 1990), câncer (RABINS et al., 1990; BENITES; NEME; SANTOS, 2017), pressão arterial (KOENIG, 2002) e imunodeficientes (MCEWEN, 1962), podendo estar relacionada com a diminuição da mortalidade (LI et al., 2016).

Gomes, Farina e Del Forno (2014) pontua que eventos estressantes oriundos do meio podem



disparar a depressão em pessoas predispostas e vulneráveis, e o benefício da E/R é objetivado no apoio e na acolhida dados pelas comunidades religiosas, no poder transcendente da fé e nos valores religiosos que propiciam uma melhor qualidade de vida, inclusive, com possibilidade de diminuição do tempo em alguns casos mais graves ou de agudização. O autor destaca que a pessoa deprimida sofre pela ausência de amor e que os sentimentos positivos de afeto agregados à prática religiosa afastam os sentimentos de tristeza e de depressão geradas pelo diagnóstico.

Koenig (2012) afirma que crenças e práticas espirituais tem efeitos positivos sobre o enfrentamento e a velocidade de remissão de distúrbios emocionais, como ansiedade e depressão. Ao melhorar o enfrentamento, dar esperança e promover um significado e propósito durante circunstâncias de vida difíceis, as crenças religiosas têm potencial de influenciar tanto a saúde mental, quanto a física.

Nesse sentido do cuidado integral a religiosidade passa a ser utilizada como forma de fortalecimento do indivíduo no enfrentamento das fragilidades as quais a doença o expõe, além de ser uma fonte de força, conforto e esperança. Segundo Moreira-Almeida e Lucchetti (2016), 95% dos brasileiros declaram ter religião, 83% consideram a religião muito importante para suas vidas e 37% frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana.

Por sua vez, uma pesquisa do DATAFOLHA (2013) sobre a participação dos brasileiros em atividades religiosas revelou que 95% costumam frequentar alguma religião, culto ou serviço religiosos. Desses, 31% costumam frequentar mais de uma vez por semana, 27% uma vez por semana, 9% uma vez a cada quinze dias, 16% uma vez por mês, 5% uma vez a cada seis meses, 5% uma vez por ano e 3% menos de uma vez por ano. Estes dados revelam que o impacto da religião na saúde brasileira é pungente e que esse perfil influencia nas políticas públicas que serão adotadas.

Os residentes não têm o costume de iniciar o diálogo relacionado a E/R e só o fazem quando solicitados pelos pacientes e seus familiares, além de não terem dilemas éticos relacionados a práticas debatidas na comunidade médica e social. Contudo, segundo Koenig (2002), para 77% dos pacientes entrevistados, os médicos deveriam considerar a E/R na conduta médica.



Vasconcelos (2009) levanta a questão da melhora clínica em pacientes que praticam alguma atividade E/R e aponta para seus efeitos positivos, independente de variáveis de sexo, idade, etnia e denominação religiosa. Em contrapartida, Leão e Lotufo Neto (2007) destacam os aspectos negativos da influência da religiosidade para a saúde, como o fanatismo. Entre os efeitos psicológicos negativos mais comuns, estão a geração de culpa, diminuição da autoestima, repressão de raiva, ansiedade e medo por meio de crenças punitivas, bem como favorecimento de dependência, conformismo e suggestionabilidade, e desenvolvimento de intolerância e hostilidade aos que não seguem a mesma religião. Simultaneamente, estes autores apontam que diferentes estudos associaram o envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação, otimismo e esperança e maior resiliência e resistência ao estresse da doença, registrando menores índices de depressão, ansiedade e uso de drogas.

Os dados sustentam a hipótese de que a formação sobre E/R ainda é pouco debatida nos espaços acadêmicos e que quando são debatidos, a grande maioria se dá em disciplinas eletivas e cursos extracurriculares e por meio de ligas acadêmicas. O tema E/R é tão importante que no estudo de Aguiar, Cazella e Costa (2022) com acadêmicos da Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS) sugere que o tema E/R deve fazer parte da anamnese. Da mesma forma, percebe-se que o que desencoraja os pacientes a procurar formação relacionada ao tema E/R é a falta de tempo, de conhecimento e de oportunidades de treinamento. O mesmo foi encontrado no estudo de Koenig (2002), que relaciona as barreiras encontradas pelos médicos na abordagem sobre E/R, com a falta de tempo, de treinamento, desconforto com o tema e por considerarem que a abordagem sobre E/R não é de sua responsabilidade quanto médico.

Assim, a abordagem da E/R, apesar de complexa por essência, encontra solo fértil no âmbito da saúde onde, diante dos diferentes impactos ocasionados pelo adoecimento, podem contribuir para melhorar a adesão do paciente ao seu tratamento, ampliar sua satisfação com o atendimento e promover melhores resultados sobre a assistência prestada.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar de não se considerarem religiosos ou terem uma religião, existe uma preocupação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade de Praia Grande/SP pela assistência integral do paciente, na qual deve ser incluída também os aspectos espirituais e religiosos. Há, porém, uma limitação do estudo devido ao número pequeno da amostra, não permitindo generalizações para população de médicos residentes no Brasil.

Em relação à formação médica, o maior empecilho para o médico aplicar a abordagem da espiritualidade e religiosidade na conduta com o paciente é a falta de tempo e o pouco treinamento, tanto na graduação como na pós-graduação. Desta forma, o Programa de Residência em Família e Comunidade de Praia Grande/SP, além de demais programas de residência médica, poderiam adotar oficinas práticas sobre a abordagem da espiritualidade e religiosidade durante a formação do médico.

Este é um fato relevante, uma vez que as disciplinas de humanidades são bastante negligenciadas na educação médica, tanto à nível de graduação como à nível de pós-graduação, apesar de do seu papel na construção da integralidade na atenção à saúde. Há, portanto, uma carência de atividades teóricas e principalmente prática que ensejam uma qualificação profissional mínima para abordagem da espiritualidade, reiterando a importância de se buscar alternativas aplicáveis à prática clínica do médico de família e comunidade.

A espiritualidade e a religiosidade apresentam potencial suficiente para mobilizar conhecimentos específicos capazes de influenciar a forma dos indivíduos vivenciarem a saúde e a doença, agregando às diferentes profissões da área da saúde novos modelos de cuidado. Em especial, o trabalho da medicina e em respeito às políticas de saúde vigentes, percebe-se que é de suma importância apreciar o que já se tem de conhecimento sobre o tema e investir esforços em novas pesquisas nesta perspectiva. Diante da importância dada ao tema pelos próprios residentes, cabe a coordenação do curso uma reestruturação do plano pedagógico para que sejam incluídas de forma não só teoria, mas



também prática, temas sobre da espiritualidade e religiosidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, P. R.; CAZELLA, C. S.; COSTA, M. R. Avaliação da espiritualidade dos médicos de família: Avaliação de alunos da universidade Aberta do SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 2, p. 310-319, 2017.

BALBONI, T. A.; VANDERWEELE, T. J.; DOAN-SOARES, S. D.; LONG, K. N. G.; FERRELL, B. R.; FITCHETT, G.; KOENIG, H. D.; BAIN, P. A.; PUCHALSKI, C.; STEINHAUSER, K. E.; SULLIVAN, D. P.; KOH, H. K. Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, v. 328, n. 2, p. 184-197, 2022.

BENITES, A. C.; NEME, C., M., B.; SANTOS, M. A. Significado da espiritualidade para paciente com câncer em cuidados paliativos. *Psicologia da Saúde*, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017.

BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá



outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990, pág. nº 18055.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, ano CXXVI, nº 191-A, página 1, 1988.

CASTRO, M. M. História do serviço social na América latina. 11 Ed. São Paulo: Cortez, 2017.

CNRM – Conselho Nacional de Residência Médica. Resolução Nº 1, de 25 de maio de 2015. Regula os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. 2015.

DANTAS FILHO, V. P.; SÁ, F. C. Ensino médico e espiritualidade. O mundo da saúde, v. 31, n. 2, p. 273-28, 2007.

DATAFOLHA. Fatia de católicos no Brasil é a menor em duas décadas. 2013. Disponível em: <https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2013/07/1314857-fatia-de-catolicos-e-a-menor-em-duas-decadas.shtml> Acesso em: 25 nov. 2023.

DUNBAR, H. F. Psychosomatic Diagnosis. New York: P.B. Hoeber, Medical Book Dept. of Harper & Brothers, 1948.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

FRANÇA, L. C. M. As representações sócias da espiritualidade para pessoas que vivem com HIV/



AIDS. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FREUD, S. Civilization and its discontents. STRACHEY, J. (Ed. e Trad.), London: W. W. Norton & Company, 2010.

GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: PARKER, R. (Org.). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 109-134.

GOMES, N. S.; FARINA, M.; DAL FORNO, C. Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. Revista de Psicologia da IMED, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A. Q.; PUGGINA, A. C. A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? Escola Anna Nery, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2018.

KIERKEGAARD, D. S. In: HEIBERG, P. A.; KUHR, O. V. Soren Kierkegaard Papirer. 2 ed. Kopenhagen: Kessinger Publishing, 1979. p. 1968-1978.

KOENIG, H. G. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. Journal of the American Medical Association, v. 288, n. 4, p. 487-493, 2002.



KOENIG, H. G. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

LEÃO, F. C.; LUTUFO NETO; F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. Archives of Clinical Psychiatry, v. 34, p. 54-59, 2007.

LI, S.; STAMPFER, M. J.; WILLIAMS, D. R.; VANDERWEELE, T.J. Association of religious service attendance with mortality among women. JAMA Internal Medicine, v. 176, n. 6, p. 777-785, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. Ciência e Cultura, v. 68, n. 23, p. 54-57, 2016.

MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. Dialogues in Clinical Neuroscience, v. 8, n. 4, p. 367-381, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. WHOQOL spirituality, religiusness and personal biliefs. Geneva: WHO. 1998.

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. Archives of Clinical Psychiatry, v. 34, p. 105-115, 2007.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P.S.; CAOUS, C. A. A importância da integração



da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, p. 82-87, 2007.

RABINS, P. V.; FITTING, M. D.; EASTHAM, J.; ZABORA, J. Emotional adaptation over time in caregivers for chronically ill elderly people. *Age and aging*, v. 19, p. 185-190, 1990.

SOLOMON, R. C. *Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

TAVARES, C. Q.; VALENTE, T. C. O.; CAVALCANTI, A. P. R.; CARMOS, H. O. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações – Cultura e Comunidade*, v. 11, n. 20, p. 85-97, 2016.

TONIOL R. Espiritualidade que faz bem: pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y Religión*, v. 25, n. 43, p. 110-146, 2015.

TROFA, G. C.; GERMANI, A. C. G. G.; OLIVEIRA, J.A. C.; ELUF NETO, J. A espiritualidade/religiosidade como desafio ao cuidado integral: aspectos regulatórios na formação médica brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 4, p. 1-21, 2021.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cedes*, v. 29, n. 79, p. 323-334, 2009.

