

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Medicina centrada na pessoa: o componente espiritual na abordagem pelo médico de família e comunidade”

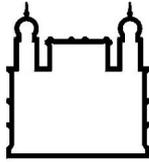
por

Mariana Gomes Fernandes

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Rio de Janeiro, junho de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A Medicina centrada na pessoa: o componente espiritual na abordagem pelo médico de família e comunidade”

apresentada por

Mariana Gomes Fernandes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Prof.^a Dr.^a Alicia Regina Navarro Dias de Souza

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F363m Fernandes, Mariana Gomes
A medicina centrada na pessoa: o componente espiritual na
abordagem pelo Médico de Família e Comunidade. / Mariana
Gomes Fernandes. -- 2015.
85 f. : graf.

Orientador: Carlos Eduardo Aguilera Campos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Espiritualidade. 2. Processo Saúde-Doença. 3. Prática
Profissional. 4. Saúde Mental. 5. Doença Crônica. 6. Neoplasias.
7. Cuidados Paliativos. 8. Medicina de Família e Comunidade.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 296.387

RESUMO

A espiritualidade das pessoas parece influenciar a forma como elas constroem as suas narrativas relativas ao processo-saúde doença, incluindo estratégias de enfrentamento de situações adversas. Portanto, questões relativas à espiritualidade podem ser abordadas durante os encontros entre profissionais de saúde e a pessoa. Esse estudo explora, sobretudo, como os médicos de família e comunidade (MFC) percebem essas questões na sua prática, como e quando fazem sua abordagem e quais julgam ser a sua contribuição para a clínica. Esse trabalho apresenta uma análise documental do tema espiritualidade e saúde, seguida de entrevistas semi-estruturadas com 10 (dez) MFC. Participaram médicos de diversas nacionalidades, o que foi oportuno para avaliar a espiritualidade e o entendimento do processo de adoecimento em contextos sociais e culturais distintos. A análise de conteúdo das entrevistas identificou que os MFC reconhecem a importância das questões espirituais nas narrativas das pessoas, incluindo o processo saúde-doença, mesmo não tendo recebido treinamento formal para abordá-las dentro da prática clínica. O fator preponderante para realizar essa abordagem foi a competência que os MFC possuem em realizar a medicina centrada na pessoa (MCP) baseada na narrativa. No caso dos MFC entrevistados, os facilitadores para desenvolver essa competência foram seus interesses pessoais em disciplinas diversas que possuem áreas de interseção com a medicina, como comunicação, psicologia, antropologia e sociologia. Houve entre os MFC concordância quanto a abordagem da espiritualidade contribuir para a criação e o fortalecimento do vínculo entre o médico e a pessoa, através do aprofundamento do diálogo. O próximo passo parece ser oferecer treinamento formal para o desenvolvimento da abordagem da espiritualidade tanto de forma não-estruturada (baseada na narrativa com desenvolvimento de competência em comunicação), quanto associada à estruturada (com uso de ferramentas e instrumentos validados), e verificar se há modificação na sensibilidade do médico para o assunto e suas repercussões na MCP e na relação médico-pessoa.

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
1. APRESENTAÇÃO	3
2. INTRODUÇÃO	7
2.1 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.....	7
2.2 ESPIRITUALIDADE e PRÁTICA MÉDICA	22
2.2.a. SAÚDE MENTAL	22
2.2.b. DOENÇAS CRÔNICAS, CÂNCER e CUIDADOS PALIATIVOS	29
2.2.d. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	35
3. METODOLOGIA	53
4. DISCUSSÃO.....	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	66
ANEXO I.....	77
ANEXO 2	78
ANEXO 3	81
ANEXO 4	82

1. APRESENTAÇÃO

Este projeto foi motivado por diversas experiências na minha prática clínica diária como médica de família e comunidade. As pessoas naturalmente trazem para o ambiente do serviço de saúde suas questões espirituais e as consequentes influências nas suas vidas, principalmente relacionando seus atos e crenças com o processo de adoecimento ou de recuperação da saúde. A espiritualidade parece influenciar o entendimento que a pessoa tem da doença, afetando o seu olhar sobre a sua gênese, causas e cursos. Muitas vezes me pergunto se isto pode modificar o modo de enfrentamento dessas situações e as decisões que as pessoas tomam sobre a sua saúde. A partir disto comecei a observar mais atentamente as questões referentes à espiritualidade e a buscar referências teóricas e estudos a respeito.

Percebi que, historicamente, a espiritualidade sempre esteve indissociada da interpretação e da forma como as pessoas lidam com as doenças e que esta, muitas vezes, é integrada dentro de um contexto cultural. Em um determinado momento da história, essa relação passou a ser questionada como uma atitude “anticientífica”, o que foi necessário para superar os diversos entraves que a interferência religiosa impunha ao desenvolvimento do conhecimento. Entretanto, a espiritualidade e a vida religiosa não deixaram de existir, mas foram mais e mais deslocadas para a vida privada das pessoas. (VASCONCELOS, 2011) Hoje, algumas comunidades científicas tomaram a iniciativa de reconsiderar esta posição num esforço de reaproximar ciência e espiritualidade. Nota-se um crescimento no número de publicações científicas que buscam estudar essas relações e registrar os efeitos das práticas espirituais no processo cognitivo e bioquímico do corpo humano. Esses estudos têm colaborado para a formação de novas áreas de estudo, entre os quais se destaca a Medicina Mente-Corpo e a Psiconeuroimunologia.

Apesar da discussão da relação entre a espiritualidade e saúde parecer algo muito novo para alguns, constatamos que a Saúde Mental já discute o tema há bastante tempo produzindo a maior parte dos estudos científicos nesse campo. Essas pesquisas enfatizam o impacto da espiritualidade tanto em estados mentais quanto em transtornos propriamente ditos. A área

dos Cuidados Paliativos tem também um número significativo de estudos sobre as relações entre a espiritualidade e o cuidado no final da vida, pois as questões espirituais parecem emergir com mais força principalmente no contexto de doenças graves, quando a expectativa de cura é restrita.

Do ponto de vista do comportamento e da vida social, proliferam os livros de auto-ajuda abordando aspectos e práticas espirituais para a melhora da qualidade de vida e a saúde. Essa literatura é consumida vorazmente e muitas vezes incorporada ao cotidiano das pessoas, servindo como ferramenta em momentos críticos da vida, quando há necessidade de se buscar algo além da realidade objetiva, além de aproximar-se da subjetividade que ajuda a dar sentido e propósito à vida. Esse efeito foi visto, por exemplo, logo após os ataques de 11 de setembro de 2001 nos EUA, quando uma pesquisa publicada pelo *The New England Journal of Medicine* mostrou que cerca de 90% dos americanos enfrentaram o estresse dos ataques terroristas, voltando-se para a religião e que as vendas da Bíblia aumentaram em 27%. (SCHUSTER, 2001). O Brasil é um país singular em termos de exercício da espiritualidade, resultado do processo histórico que envolveu a miscigenação de diversas etnias e raças com as mais diversas religiões e costumes, advindas de diferentes culturas. (LANGDON & WIJK, 2010) O resultado é um mosaico sociocultural de práticas espirituais e religiosas que não deve ser classificada dentro dos rótulos habituais, já que guarda suas próprias particularidades. O censo realizado pelo IBGE em 2000 mostrou que 93% da população brasileira considera-se religiosa. (VASCONCELOS, 2011) É nesse cenário que se desenvolve uma articulação entre saúde, cultura e sociedade. Portanto, parece razoável concluir pela necessidade de estudos dessa relação, uma vez que vemos na sociedade brasileira a concomitância de diversas formas de utilização de recursos terapêuticos, quer por meio de sistemas de atenção a saúde formais ou não formais. Nesse sentido, muitos grupos ao adoecerem não recorrem a serviços biomédicos institucionais, mas a sistemas religiosos, à medicina popular ou ainda a estes diversos sistemas simultaneamente. (LANGDON & WIJK, 2010).

A discussão, avaliação e abordagem dessa dinâmica fica à margem numa saúde mais e mais baseada no modelo biomédico. Esse tem como foco somente o que é mensurável, sem buscar um entendimento global dos processos de saúde. (VASCONCELOS, 2011) Além disso, existem outros fatores, como o próprio preconceito dos profissionais de saúde que ainda percebem o paradigma da espiritualidade como algo separado da ciência e que,

portanto, não tem lugar numa lógica baseada em “evidências científicas”. Mas excluir a espiritualidade da discussão acadêmica pode representar o risco de criar um espaço onde a razão não consegue penetrar de forma ampla e incisiva, ampliando as possibilidades de ser habitada por neuroses e preconceitos. (VASCONCELOS, 2011)

Para transformar o cenário colocado, essa temática deve estar presente nos currículos médicos, seja no nível da graduação ou pós-graduação, algo ainda pouco valorizado na educação médica que se pratica no Brasil. O que acontece entre muitos daqueles que desejam trabalhar esse aspecto é recorrer a um processo intuitivo, muitas vezes baseado somente nas experiências pessoais. Contudo, sabemos que se pode ter resultados promissores com uma abordagem baseada numa formação específica apropriada.

Observamos, no contexto internacional, uma valorização crescente da formação em espiritualidade e saúde, que atualmente faz parte de 75% dos currículos de graduação de Medicina nos EUA. (PUCHLASKI, 2014) Essa mudança garante que os médicos estejam aptos a abordar e lidar com essas questões, incorporando-as ao cuidado das pessoas.

A angústia espiritual pode aparecer dentro do cenário clínico de uma forma bastante sutil, em falas compartilhadas em um momento de sofrimento durante uma consulta. Porém arrisca-se a ser “subdiagnosticada”, pois quando desconhecemos ou nos sentimos inseguros em um campo de conhecimento, a tendência é ignorar o assunto sem nunca acessar sua potência.

O médico de família e comunidade atua dentro do paradigma da atenção integral utilizando o método clínico centrado na pessoa, dentro de uma lógica relacional em que o vínculo e a relação médico-pessoa são fundamentais para o seu bom desempenho profissional. Nenhum aspecto relevante para a pessoa nos é indiferente. A abordagem da espiritualidade exige um cuidado delicado que pode revelar uma potência não explorada na pessoa. Bem orientada, ela pode ajudar a construir o projeto terapêutico singular.

Independente de opiniões pessoais e posições dos profissionais de saúde, a espiritualidade estará sempre presente como uma dimensão existencial e na subjetividade das pessoas com potencial para influenciar a saúde e os processos relacionados, incluindo suas interações com os diversos dispositivos de cuidado em saúde. Nesse contexto, há como ignorar essa dimensão da experiência pessoal do paradigma da atenção integral?

Não se trata aqui de discutir a espiritualidade ou a forma como as pessoas definem ou vivem a sua própria espiritualidade, nem de como elas entendem e vivenciam suas crenças ou suas práticas espirituais. Este é um assunto que cabe melhor aos teólogos e cientistas sociais. Trata-se contudo de apresentar discussões, investigações e experiências sobre o tema relacionadas com a saúde e como o profissional deveria estar melhor preparado para lidar, no âmbito do cuidado, com os aspectos relacionados à espiritualidade. Assim, poderemos formar solo fértil para o desenvolvimento de novos estudos que explorem o assunto dentro deste escopo.

2. INTRODUÇÃO

2.1 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

*“O conhecimento é como uma esfera:
quanto maior o seu volume, maior será
o seu contato com o desconhecido.”*
Blaise Pascal

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Entretanto, o processo saúde-doença ocorre na subjetividade individual, dentro de uma lógica relacional entre o que é considerado normal ou patológico. Os conceitos de normal ou patológico não são unânimes e universais, variando entre indivíduos e comunidades, e também não há um limite preciso entre saúde e doença. O processo saúde-doença é influenciado pela forma como os indivíduos vivem, por determinantes biológicos, psicológicos e sociais. (VIANNA, 2011) Constitui campo de estudo complexo e interdisciplinar onde há interseções de conhecimentos e saberes como a filosofia, a antropologia, a biologia, a psicologia e a sociologia. Cada um desses saberes utiliza uma “lente” através da qual observa e reflete sobre a “realidade” assumindo um caráter espectral, com múltiplas leituras e interpretações. Assim, a biologia, de forma isolada, é limitada para estabelecer as distintas manifestações das doenças e como se comportam em cada indivíduo. Para PERESTRELLO, a doença é um modo de expressão e, portanto, de comunicação do homem com o mundo e o ambiente face à circunstâncias adversas. (PERESTRELLO, 1974). Logo, *“os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas as doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem”*. (LANGDON & WIIK, 2010)

Para entender como os sistemas culturais funcionam, precisa-se primeiro entender cultura, que nesse trabalho é definida como:

“... um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores constroem

significados para as ações e interações sociais (...). A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.” (LANGDON & WIIK, 2010, tela 175)

Na tentativa de explicar e sistematizar como a dinâmica do processo de adoecimento e o entendimento de saúde pode influenciar o comportamento das pessoas, sociedades e, portanto, da própria medicina, a antropologia busca: *“identificar os padrões culturais repartidos pelos coletivos de indivíduos; inferir sobre o que há de comum nas ações, atribuições de sentido e simbolismo projetados pelos indivíduos sobre o mundo material e “natural”; e ponderar sobre a experiência de viver em sociedade, sobre adoecer e se cuidar, definindo-a como experiência eminentemente intersubjetiva e relacional, mediada pelo fenômeno cultural”.*(LANGDON & WIIK, 2010).

Todas as culturas possuem conceito sobre o que é ser doente ou saudável, implicando em uma visão de saúde-doença pluralista, ecológica e holística (MINAYO, 1988). Nessa lógica antropológica, LAPLANTINE classificou didaticamente os diversos modelos etiológicos existentes. O entendimento da doença, tanto do indivíduo como de determinadas coletividades, parece incorporar um ou mais desses modelos que, por sua vez, se intercomunicam.

LAPLANTINE descreveu duas grandes tendências de imputações etiológicas etnograficamente conhecidas: as medicinas centradas na doença cujos sistemas são comandados por um modelo ontológico de natureza mais frequentemente física; e as medicinas centradas no homem doente cujos sistemas de representações são comandados por um modelo relacional que pode ser pensado em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos ou sociais.

Tabela 1 – Os diferentes modelos de entendimento da doença

MODELO	VISÃO	EXEMPLO
<p>ONTOLÓGICO</p> <p>X</p> <p>RELACIONAL</p>	<p>Etiologia específica baseada na anatomia e anatomopatologia, com doenças classificadas</p> <p>X</p> <p>Processo saúde-doença como equilíbrio ou desequilíbrio entre o homem com ele mesmo, com o cosmos ou seu meio social</p>	<p>Pedro está com tuberculose porque teve contato com o bacilo de Kock, e agora está com granulomas caseosos no pulmão</p> <p>X</p> <p>Maria está com tuberculose porque seu marido também está com a doença e ambos moram em um quarto sem ventilação e, além disso, ela tem se alimentado mal e se estressado muito no trabalho o que pode ter baixado sua imunidade</p>
<p>EXÓGENO</p> <p>X</p> <p>ENDÓGENO</p>	<p>Etiologia externa ao indivíduo, seja por um agente etiológico específico, ou por um “modo de vida” com elementos que causam adoecimento</p> <p>X</p> <p>Desloca a doença para o indivíduo e suas características como temperamento, genética, constituição, etc.</p>	<p>João está obeso porque não faz exercícios e come doces todos os dias.</p> <p>X</p> <p>Paulo está gordo porque faz parte da genética da sua família e além disso é muito ansioso e desconta tudo na comida</p>
<p>ADITIVO</p> <p>X</p> <p>SUBTRATIVO</p>	<p>Doença como presença de algo indesejável que precisa ser expulso (feitiço, demônio, etc)</p> <p>X</p> <p>Doença por uma falta que requer um tratamento aditivo.</p>	<p>Gabriela está doente por causa de um espírito que baixou como encosto e não quer mais sair do seu corpo.</p> <p>X</p> <p>Marcos está com anemia devido à falta de ferro na sua alimentação que deve ser repostao através de comprimidos.</p>
<p>MALEFICO</p> <p>X</p> <p>BENEFICO</p>	<p>Doença como algo indesejável que deve ser evitada e/ou combatido</p> <p>X</p> <p>Doença como uma mensagem que deve ser ouvida e decifrada porque tem um sentido</p>	<p>Melissa preocupa-se muito com sua saúde e tem muito receio de adoecer, para evitar isso toma diversos tipos de suplementos alimentares, faz muitos exercícios físicos e cuida da sua alimentação.</p> <p>X</p> <p>Manoel ficou muito gripado, e percebeu que isto aconteceu porque na semana anterior teve que trabalhar muito, dormiu poucas horas e esteve sujeito a muito estresse. Logo percebeu que provavelmente sua imunidade ficou comprometida e que portanto, necessitava de mais descanso no próximos dias.</p>

Fonte: elaborado pela autora baseado em LAPLATINE, 2010

O modelo ontológico é muito utilizado no modelo biomédico onde as doenças podem ser separadas e classificadas em famílias, gêneros espécies e subespécies, à mesma maneira das ciências botânicas, o que demonstra uma origem histórica em comum. Nesse modelo a abordagem médica é centrada nos danos aos órgãos, baseados na anatomia e anatomopatologia, produzindo um especificismo etiológico que garante, à doença produtora de sintomas, uma causa específica que deve ser restituída ou extraída.

O modelo relacional (ou funcional) é, segundo LAPLANTINE, aquele onde o normal e patológico passam a ser pensados em termos de harmonia e desarmonia, de equilíbrio e desequilíbrio do homem com ele mesmo, com o cosmos ou com o meio social. Sendo assim, neste modelo a doença não é mais considerada uma entidade estranha e inimiga, mas como um desarranjo por excesso ou por falta. O autor destaca duas formulações: a religiosa onde a doença é, ao mesmo tempo, advertência que faz supor infração (voluntária ou involuntária) cometida e um apelo à ordem que exige uma reparação; e a mágica, onde os sintomas são designados como “sortilégios” lançados e devolvidos ao expedidor, nesse caso a doença remete a algo que tenha a ver com o doente, porém exterior a ele.

É interessante notar que o modelo relacional se apresenta como oposto ao ontológico, o que faz à primeira vista parecer como uma evolução

“Mas é também a revitalização de um modelo muito antigo e que, em sua redescoberta contemporânea está dividido entre a idéia de que é preciso desmedicalizar a doença e a medicalização de fato dos comportamentos (delinquência, “psicopatias”) que outrora eram condenados em nossa sociedade pela moral e pela religião.” (LAPLANTINE, 2010, p 64.)

Então o que observamos é um processo dinâmico onde os modelos ontológico e relacional aparecem em pólos opostos. Dessa forma, um sucede o outro e emerge como um resgate daquilo que foi esquecido pelo modelo vigente anteriormente. Isto talvez seja consequência do que na realidade se expressa pela complementaridade dos modelos, ao invés da mútua exclusão.

“É quando o pensamento etiológico faz do mal biológico caso de mal social (...) que assistimos subrepticamente ao retorno inesperado do modelo que lhe é logicamente o mais oposto.” (LAPLANTINE, 2010, p 64.)

Mesmo percebendo e esforçando-se por unir os dois pólos que os modelos representam, em entrevistas com médicos, constata-se que a compreensão da doença continua a oscilar entre os dois, o orgânico e o espacial; o psicofisiológico e o temporal. Até o momento em que o médico acaba por optar por um modo de apreensão em detrimento do outro.

Outras formas elementares da doença podem ser classificadas pelo que LAPLANTINE classifica como modelo exógeno e endógeno, modelo aditivo e subtrativo e modelo maléfico e benéfico.

O modelo exógeno pode ter a imputação etiológica dirigida no sentido da natureza (baseado nos estudos de Pasteur a partir de 1875) e a imputação etiológica a partir da cultura. No primeiro sentido, a causa da doença é totalmente externa ligando-se ao modelo ontológico, pois a doença é vista como uma infecção por microorganismos patogênicos. No segundo sentido, a doença é vista como resultado tanto do meio social como do “modo de vida”, tendo como agentes causadores de adoecimento mais incriminados o ruído, o desemprego, os problemas familiares, o sedentarismo, etc. Ou ainda que a doença está ligada à educação, política ou cultura.

O modelo endógeno desloca a doença para o indivíduo, levando em consideração variáveis como o temperamento, constituição, genética, transtornos endócrinos etc. Nesse modelo, observa-se a influência da tradição hipocrática, onde a doença representa um desequilíbrio interno, humoral apesar de não poder ser compreendida sem se considerar o meio geográfico. Também se observa as influências do vitalismo médico desenvolvido na Faculdade de Medicina de Montpellier até o final do século XIX, que considera que as causas das doenças provêm de um desequilíbrio geral que deve ser observado na particularidade de cada indivíduo. Assim a infecção não é mais acidental, podendo desenvolver-se a partir de predisposições orgânicas específicas. Ainda dentro do modelo endógeno encontramos as abordagens psicológicas, psicanalíticas e psicossomáticas da doença, onde o próprio indivíduo é o criador do seu adoecimento.

O modelo aditivo é a compreensão de que a doença é a presença de algo indesejável, como um corpo estranho que deve ser expulso. Assim é encontrada como representação dominante no cristianismo e em algumas crenças de feitiçaria, onde a doença vem do exterior, é fruto do pecado, possessão demoníaca ou do “feitiço” e penetra o corpo do indivíduo inocente, devendo ser extraída.

Em oposição ao modelo aditivo, o modelo subtrativo, mostra a doença como consequência de uma falta:

“Diz-se, por exemplo que o “espírito” se evadiu, ou ainda que se “perdeu a razão”, que se “perdeu a memória”, o que implica uma compreensão (...)negativa da doença que não é mais presença positiva que deve ser eliminada como antes, mas ausência que requer uma terapia aditiva, um enxerto de órgão, por exemplo, ou um ritual de restituição.”
(LAPLANTINE, 2010, p.98)

O modelo da doença maléfica tem a doença como privadora, nociva, perniciosa e indesejável, devendo ser evitada ou combatida. Nesse caso, a doença não é apenas um desvio biológico, mas também social, pois o doente se vê e é visto pelos outros como um ser socialmente desvalorizado. Como consequência, aparece a utopia que se deve evitar completamente a doença, retardar a hora da morte e conservar a saúde a qualquer preço.

O modelo da doença benéfica vê o sintoma como uma mensagem que deve ser ouvida e decifrada, pois tem um sentido. Na psicanálise, por exemplo, esse modelo aparece quando o terapeuta passa a incluir, além do diagnóstico propriamente dito, o significado pessoal que o indivíduo atribui à sua doença.

MINAYO propõe uma classificação da causação das doenças que divide-se em: causação natural, causação sócio-econômica, causação psicossocial e causação sobrenatural. Apesar de ter realizado um estudo voltado para as classes trabalhadoras, a autora entende que a concepção de saúde-doença ultrapassa os limites de classe, dividindo as angústias, medos, sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam os homens de nosso tempo. (MINAYO,1988)

Para MINAYO, a causação natural se refere à interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde. Nesse caso, as mudanças climáticas, ciclos lunares e mudanças no meio-ambiente e o desequilíbrio na comida e na bebida seriam os fatores causadores do adoecimento. Além disso,

algumas doenças são consideradas normais em determinados ciclos de vida: a pressão alta e o reumatismo em idosos e as viroses comuns em crianças, por exemplo. (MINAYO, 1988)

A causação sócio-econômica é aquela relativa às condições materiais de vida, como o salário, habitação, saneamento básico, o próprio funcionamento do sistema de saúde e as relações sociais. Dessa forma, as condições gerais de vida funcionam como disparador do processo de adoecimento:

“Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, o “nervoso da vida” revela particularmente um sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia. O futuro é configurado quase sempre dentro de um plano transcendental – não por ignorância, mas pelas condições objetivas de vida – “ a Deus pertence”, “Deus é que sabe”.(MINAYO, 1988, p. 368)

No que se refere ao funcionamento do sistema de saúde, MINAYO destaca como importante fator a descrença da população na medicina como é atualmente praticada, e estabelece o paralelo com o axioma de condição de cura descrito por LEVY-STRAUSS ao falar sobre a eficácia dos tratamentos xamânicos: “a eficácia da magia implica na crença da magia”. Esse axioma se efetiva na crença do curandeiro na eficácia das suas técnicas, na crença do doente no poder mágico, na fé e expectativas do grupo dentro dos quais se dão as relações entre o cliente e o curandeiro. (LEVY-STRAUSS, 1963, p.168).

A causação psicossocial tem como pilar os sentimentos e emoções prejudiciais à saúde, logo se associa às relações sociais. Nestes casos, destacam-se “a raiva, a inveja, o ciúme, a tristeza, os sustos”, assim como “o nervoso da vida” que pode provocar “ansiedade”, “angústia”, “tristeza” e “sofrimento”. (MINAYO, 1988)

A causação sobrenatural circunscreve o universo dos espíritos e seres transcendentais como Deus, Santos, Orixás e Espíritos. O que percebemos é que grande parte das pessoas que buscam o sistema de saúde também buscam tratamentos espirituais, principalmente em doenças graves ou que são difíceis de ser explicadas pelo diagnóstico médico. MINAYO coloca que, nesses casos, seu entendimento é dado como “castigo de Deus”, “coisa que mandaram”, “encosto” de algum espírito, mostrando que as crenças tradicionais continuam presentes pois a explicação religiosa

das doenças tem raízes históricas muito profundas, que ultrapassa os limites de classe. (MINAYO, 1988).

Então conclui-se que o sistema etiológico é pluralista, holístico, ecologicamente orientado e articulado com as condições materiais de existência. (MINAYO, 1988).

Todos esses modelos descritos, porém, parecem ainda fazer alguma separação, mesmo que apenas para finalidade de estudo e categorização, de elementos causais. Dessa forma, parecem não conseguir integrar todas as variáveis que podem ter efeito no processo de adoecimento, fazendo ainda distinção entre o que é saúde e o que é doença. Neles, a homeostasia do corpo pode ser danificada por fatores “estressores” de forma aguda, crônica ou lentamente. Assim, a ênfase permanece na causa, nos fatores de risco e nos efeitos das doenças particulares, que devem ser controlados. (BISCAIA, 2013)

O trabalho em saúde atual, baseado na ciência com um novo paradigma ainda emergente, necessita de um modelo de entendimento desse processo capaz de operar em um contexto de conhecimento multi-dimensional, onde diversos aspectos estão relacionados. Tal modelo pode servir como uma ferramenta para integrar todos os elementos de forma sistêmica. Isso implica na mudança dos pressupostos da ciência tradicional (simplicidade, estabilidade e objetividade) para os da ciência contemporânea (complexidade, instabilidade e intersubjetividade). (VASCONCELLOS, 2012).

O pensamento integrador tem sua expressão no modelo salutogênico (origens da saúde) que descreve a saúde e a doença como um “continuum multi-dimensional saúde-doença, no qual cada pessoa está situada e nele progredindo ou regredindo em relação aos seus pólos.” (BISCAIA, 2013 p.31). No modelo salutogênico os “estressores” são onipresentes e nunca poderão ser erradicados, portanto o importante é “centrar a atenção nos fatores envolvidos no posicionamento da pessoa no continuum rumo ao extremo saúde” (BISCAIA, 2013 p.31).

O principal teórico desse modelo foi Aaron Antonovsky, que descreveu recursos gerais de resistência da pessoa. Esses recursos são capazes de fornecer os meios necessários para que, em situações de estresse, a pessoa seja capaz de encarar sua vida e enfrentar desafios mantendo ou desenvolvendo a sua saúde. Essa orientação que as pessoas assumem em tais situações-desafio o autor descreve como sendo o sentido de coerência. O sentido de coerência define a capacidade da pessoa de enfrentar os diversos estímulos, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos, usando recursos que permitam encarar as exigências impostas como desafios nos quais vale empenhar-se

e investir. Esse sentido é construído ao longo da vida e pode ser trabalhado com o objetivo de ser fortalecido e melhorado. Para Antonovsky, o sentido de coerência é construído a partir de três experiências de vida: consistência, avaliação positiva-negativa que as pessoas fazem das suas vidas, e a participação em decisões socialmente importantes. (BISCAIA, 2013)

Para aprofundar qual é o papel da espiritualidade dentro da experiência da doença é preciso, antes de mais nada, entender qual conceito de espiritualidade está presente em determinada cultura e sociedade. Muitas vezes este é confundido com o de religião, de humanismo ou de estados psicológicos ou sociais positivos ou saudáveis. Percebe-se em diversos autores uma tentativa de separar e distinguir os conceitos de espiritualidade e religião. O que se observa em grande parte dos textos, porém, é uma confusão ou intercambialidade dos termos que ora são usados como sinônimos, ora em oposição. Veja-se, por exemplo, no trecho de Jung que trata do tema no contexto da saúde. Nele está citado o termo “*atitude religiosa*” que parece tratar da espiritualidade, em oposição à religião:

“Entre todos os meus clientes na segunda metade da vida, isto é, com mais de 35 anos, não houve um só cujo problema mais profundo não fosse constituído pela questão da sua atitude religiosa. Todos, em última instância, estavam doentes por terem perdido aquilo que uma religião viva sempre deu, em todos os tempos, aos seus seguidores. E nenhum curou-se realmente sem recobrar a atitude religiosa que lhe fosse própria. Isso está claro. Não depende absolutamente de uma adesão a um credo particular, nem de tornar-se membro de uma igreja, mas da necessidade de integrar a sua dimensão espiritual.” (JUNG in BOFF, 2006 p 52)

Para BOFF, a espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração do novo, de esperança, de geração de um sentido pleno e de capacidade de auto-transcendência do ser-humano. Para defini-la, o autor usa as palavras do Dalai Lama: “*Espiritualidade é aquilo que produz no ser humano uma mudança interior*” (DALAI LAMA apud BOFF, 2006).

Para esclarecer a diferença entre espiritualidade e religião, BOFF novamente usa as palavras do Dalai Lama:

“Julgo que religião esteja relacionada com a crença no direito à salvação pregada por qualquer tradição de fé, crença essa que tem como um de seus principais aspectos a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural (...). Associados a isso estão ensinamentos ou dogmas religiosos, rituais, orações e assim por diante. Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros.” (DALAI LAMA apud BOFF, 2006 p15)

Portanto conclui que a *“espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, não com dogmas, não com ritos, não com celebrações”*. As religiões nascem da espiritualidade e podem contê-la, ajudando-nos a alcançá-la. Mas é importante saber que são a ela distintas dela. Logo o que se enfatiza aqui é que a espiritualidade não é monopólio das religiões, e sim uma dimensão de cada ser humano. A espiritualidade alimenta um sentido profundo de valores pelos quais vale sacrificar tempo, energia, e as vezes a própria vida:

“Toda pessoa escuta uma voz, uma mensagem que vem do universo, da natureza circundante, da vida que leva com os outros na família ou no trabalho.” (BOFF, 2006 p51)

A fim de conceituar espiritualidade para fins de pesquisa médica e provisão de serviços de saúde, KING & KOENIG descrevem que, no decorrer do século XX, há uma distinção gradual entre a religião como práticas e credos a respeito do sagrado ou divino e a espiritualidade, que significa algo mais relacionado a experiência emocional. Nos dias atuais, quando alguém diz ser espiritual (ou espiritualizado) é uma forma de colocar uma distância entre sua experiência e a religião, ao mesmo tempo ligando-se a algo tido como bom. Essa necessidade de distinção acontece porque a religião, principalmente nos países ocidentais, passou a ser vista como rígida,

moralista e desnecessária. Utilizar o termo espiritualidade dessa forma é então um modo de diferenciar-se do que é visto como negativo na religião. Assim, o termo é definido não pelo que é, mas contrapondo-se ao que não é. (KING & KOENIG, 2009)

Em termos de definição, a religião é um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos, envolvendo rituais e cerimônias que podem acontecer em local privado ou público, que tem como objetivo aproximar do transcendente ou alimentar o entendimento de responsabilidade e relacionamento entre membros de uma comunidade (KOENIG, 2012).

A espiritualidade pode ser definida como *“um busca pessoal para entender as respostas sobre a vida, sobre seu sentido e sobre a sua relação com o sagrado ou o transcendente”* (KING & KOENIG, 2009, p. 2, traduzido pela autora) ou também, segundo TANYI, *“uma busca pessoal pelo significado e o propósito da vida, que pode ou não estar relacionado à religião.”* (TANYI apud KING & KOENIG, 2009, p.2, traduzido pela autora). Logo, muitas pessoas encontram a espiritualidade através da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino, mas também podem encontrá-la na conexão com a natureza, música, artes, através de um conjunto de valores e princípios ou por uma busca na verdade científica. Dessa forma a espiritualidade não precisa envolver a religião, podendo ser secular (KOENIG 2012).

Para PUCHALSKI a espiritualidade é um termo distinto das tradições religiosas, que se define como auto-realização subjetiva, incluindo aspectos da vida que não são incluídos na religião. A autora define a espiritualidade como *“o aspecto da humanidade que se refere a forma como os indivíduos procuram e expressam o sentido e o propósito, e a forma como experimentam a conexão com o momento, consigo, com os outros, com a natureza e com o que é significativo e sagrado”* (PUCHALSKI 2009). Seu conceito, em comentário feito por KOENIG, abrange aspectos cognitivos (significado, propósito, verdade, crenças, valores), experienciais/emocionais e comportamentais (sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto, suporte) (KOENIG, 2012).

A explicação mais clara sobre a questão parece ser a de CAPRA e LUISI, que foram capazes de resumir a diferença e ao mesmo tempo a relação entre espiritualidade e religião.

“A espiritualidade é uma maneira de estar fundamentado em uma certa experiência de realidade que é independente dos contextos culturais e históricos. A religião é a tentativa organizada de compreender a experiência espiritual para interpretá-la com palavras e conceitos, e usar essa interpretação como a fonte de diretrizes morais para a comunidade religiosa.” (CAPRA & LUISI, 2014 p.347)

O termo espiritualidade tem sido usado de forma bastante abrangente dentro de um cenário de cuidados em saúde pluralístico. Essa perspectiva é muito importante na prática clínica diária, pois é necessário um entendimento ampliado das questões espirituais e uma abertura para significados individuais de um termo de sentido múltiplo e polissêmico. Entretanto, como não há uma definição única ou um consenso, o campo da pesquisa pode ser prejudicado pelo risco de qualquer experiência poder ser considerada como espiritual. Dessa forma, a espiritualidade pode acabar sendo identificada mais através de seus efeitos positivos ou negativos (como felicidade, medo, busca de significado, intenção de viver uma vida ética, sucesso econômico, mudanças na saúde física e mental ou em relacionamentos) e acabar confundindo-se com eles. Assim, é interessante distinguir a espiritualidade de simplesmente uma boa saúde mental. (KING & KOENIG, 2009)

A espiritualidade pode ainda de ser confundida com sistemas seculares de virtude, ética ou moral. O humanismo é um exemplo, pois se trata de uma filosofia ética onde através da capacidade moral de uma pessoa de determinar o certo e o errado sobretudo através do racionalismo, afirma a dignidade e o valor das pessoas. O humanismo implica um compromisso com a busca da verdade e da moralidade. Por isso, pode ser incorporado a algumas escolas religiosas de pensamento. Ao se concentrar, porém, na capacidade de auto-determinação, rejeita justificativas transcendentais, incluindo a fé e o sobrenatural. Como dito por KING & KOENIG: *“o desejo pela compreensão, admiração pela beleza, arte ou a natureza; ou a intenção de conduzir uma vida ética (...) é considerada como uma experiência secular de cada dia.”* (KING & KOENIG, 2009, p.5, traduzido pela autora)

No uso mais contemporâneo do conceito, a espiritualidade pode ser considerada como algo que as pessoas definem por si próprias, sendo bastante livre de regras, regulações e responsabilidades associadas com a religião. O que nota-se é o crescimento do número de pessoas que se definem como espirituais mas não religiosas, que negam qualquer relação com religião e entendem a espiritualidade em termos individuais. A espiritualidade pode envolver experiências individuais que ocorrem fora de uma comunidade cultural ou até religiosa. Hoje, a conotação de espiritual envolve, como descrito por KOENIG “algo que as pessoas definem por si mesmas” e então demandaria muito mais uma explicação individual do que um estudo das disciplinas tradicionais. (KOENIG, 2009, BAETZ, 2009, CAMP, 2011).

Por fim, o que se observa nos artigos sobre o assunto é uma grande confusão entre os termos religião e espiritualidade o que muitas vezes torna difícil a avaliação dos estudos por confundir os resultados. Talvez a dificuldade atual seja mesmo em conceituar espiritualidade, que foi um termo que acabou sendo disseminado no ocidente principalmente pela chegada de práticas orientais e que vem se tornando um discurso comum quando em contextos de multiculturalismo e diversidade.

Então a espiritualidade é um conceito bastante amplo, que pode englobar todos os outros termos com o qual se confunde, mas não o contrário. Dentro do ambiente de pesquisa em saúde a diferenciação entre esses termos é mais complicada principalmente entre espiritualidade e religião, muitas vezes faltando clareza nas suas definições. Estas são utilizadas não raro de forma demasiadamente vagas, podendo levar a um problema metodológico. É importante considerar que a espiritualidade como forma de conexão, busca pelo sagrado e relação pessoal com o transcendental pode ser o cerne da religião, mas ao mesmo tempo representa um conceito muito mais abrangente que vai além de questões institucionais. (HUFFORD apud KOENIG, 2012) Dessa forma, dentro do contexto clínico, o termo espiritualidade deve contemplar tanto as pessoas religiosas como as não religiosas, podendo mesmo emergir de auto-definições de quem a experimenta.

O número de publicações que envolvem o tema espiritualidade e saúde vem crescendo significativamente. O grande salto quantitativo em artigos se deu no meio da década de 90. Em estudo de revisão, KOENIG afirma que entre o ano de 1871 e o ano 2000 foram produzidas 1.200 publicações com dados originais e que entre 2000 e 2010 foram produzidas 2.100 publicações

com dados originais. Esses números dão uma idéia de como o tema vem despertando interesse da comunidade científica nas últimas décadas.

Aproximadamente 80% da pesquisa envolvendo o tema está dentro na área da saúde mental. Há pesquisas relacionando a espiritualidade a desfechos, tais como: estratégias de enfrentamento, ansiedade, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e abuso de substância entre outros. Os 20% restantes procuram relacionar a espiritualidade com a saúde física, mostrando resultados concernentes ao sistema imunológico, endócrino e cardiovascular. A maioria dos estudos, entretanto, tem falhas metodológicas graves que nos remetem à própria dificuldade de se estudar os efeitos diretos da espiritualidade sobre o estado de saúde. Geralmente, há dificuldade em isolar a espiritualidade de outras variáveis que podem igualmente influenciar os desfechos. Então, há uma grande tendência a justificar a influência da espiritualidade sobre a saúde retornando a questão mente-corpo bem como a fatores psicológicos com impacto nos diversos sistemas. Entretanto nos parece que presumir uma hierarquia da mente sobre o corpo representa um retrocesso tão grande quanto a tese de presumir uma dissociação entre eles. A relação entre os dois é de interdependência, construindo e reformando o ser humano tanto na sua individualidade quanto na coletividade, revelando uma dimensão biopsicosocio-espiritual.

Na medida em que esta abordagem é um dos fundamentos de sua prática, este assunto mostra-se bastante instigante para a Medicina de Família e Comunidade (MFC) que busca na Atenção Primária à Saúde (APS) a prática clínica baseada na Medicina Centrada na Pessoa (MCP).

Atualmente alguns estudos realizados com médicos da APS mostram que mais de 90% deles acreditam que a espiritualidade é um componente importante da saúde, podendo influenciá-la. Entretanto o que se vê na prática é uma dificuldade em como abordar essas questões. Talvez por esse motivo somente 1% dos médicos realiza a abordagem espiritual. Além disso, há uma tendência do médico a acreditar que os pacientes mais doentes devem ter essas questões abordadas, por isso constatou-se que a probabilidade da abordagem espiritual ocorrer está diretamente ligada a gravidade da condição clínica (KOENIG 2012). Nesse sentido, o que vemos na produção científica e que a área de cuidados paliativos parece ter interesse especial pelo tema, valorizando-o na abordagem do paciente fora de possibilidade de cura e nos cuidados do fim da vida. No entanto, parece inconsistente pensar que somente nos períodos mais críticos e graves a

espiritualidade influencia diretamente a saúde do paciente. Acreditamos que essas questões estão presentes durante toda a vida do indivíduo, entremedias na construção da sua história.

Há ainda as iniciativas internacionais, dentro da educação médica na graduação, de desenvolver competências para que os médicos possam entender as diversidades culturais e de sistemas de crença das pessoas e a forma como elas entendem a saúde e o adoecimento e como respondem a vários sintomas, doenças e tratamentos. (CAMP, 2009)

2.2 ESPIRITUALIDADE e PRÁTICA MÉDICA

*“A person is not a problem to be solved, but a
mystery in which to dwell.”*

Gabriel Marcel

2.2.a. Saúde Mental

A religião, a medicina e, principalmente, a saúde mental têm uma relação de longa data. Em toda Idade Média até a Revolução Francesa (1789-1799) os médicos com frequência eram membros do clero e, por centenas de anos foram, as instituições religiosas as responsáveis por licenciar os médicos. No ocidente, o cuidado dos que tinham problemas de saúde mental teve suas raízes nos mosteiros e comunidades religiosas (KOENIG in KOENIG, 2012). O primeiro hospital da Europa, e talvez do mundo, chamado *Priory of St. Mary of Bethlehem* foi fundado em 1247 como uma casa para “pessoas distraídas”. (KOENIG, 2012) Mais tarde, em 1547, foi destruído e substituído pelo Hospital Bethlehem, que acabou sendo controlado por instituições seculares, e ficou conhecido pelos seus tratamentos inumanos dos doentes mentais, que frequentemente eram acorrentados, afogados ou apanhavam o quanto necessário para serem controlados. Mais tarde chegaram a cobrar ingressos da população geral para que pudessem observar os pacientes maltratando a si mesmos e a outros. (KOENIG, 2012).

A primeira reforma no cuidado psiquiátrico ocorreu nos Estados Unidos. Chamada de “cuidado moral”, envolvia o tratamento compassivo e humanizado de pessoas com transtorno mental. Nesses casos, acreditava-se que a religião tinha um efeito positivo e civilizador sobre essas pessoas. Estas eram recompensadas por boa conduta, com permissão para comparecer a serviços religiosos. (KOENIG, 2009).

Apenas nos tempos modernos a religião e a psiquiatria começaram a seguir caminhos distintos; tendo essa perspectiva sido encorajada por Jean Charcot e seu discípulo Sigmund Freud que associaram religião com histeria e neurose. Através de uma série de escritos, deixaram um legado que influenciou pelo resto do século a prática psiquiátrica e a psicoterapia, levando a uma cisão entre a religião e o cuidado da saúde mental. (KOENIG 2009 e KOENIG, 2012).

Carl Gustav Jung, discípulo de Freud, desenvolveu o que chamou de psicologia analítica, dentro da qual explorou bastante a questão religiosa e espiritual. (JUNG, 1978)

Porém o conflito entre religião e o cuidado em saúde mental permanece até os dias de hoje e manifesta-se no trabalho clínico de muitos profissionais da saúde mental. Estes usualmente ignoram as questões religiosas de seus pacientes ou as vêem como patológicas. (KOENIG, 2012). Nos Estados Unidos, foi feito um levantamento recente entre os psiquiatras que mostrou que 56% disseram que nunca, raramente ou apenas algumas vezes perguntavam a respeito de questões espirituais em pacientes com depressão e ansiedade. Mas contraditoriamente a maioria dos psiquiatras enfrenta questões religiosas ou espirituais na clínica, e tem mais tendência do que outros médicos a reconhecer o complexo espectro de emoções que podem estar associadas com essas crenças (CURLIN apud KOENIG, 2012; CURLIN apud CAMP, 2009)

Isso tem expressão quando o DSM-III recebeu diversas críticas por apresentar uma quantidade desproporcional de exemplos relativos à religião para descrever psicopatologia, em um momento em que os pacientes frequentemente procuravam profissionais religiosos para cuidados em saúde mental, de forma que a espiritualidade/religião tornou-se o “fator esquecido” da saúde mental. (BAETZ, 2009). Já o DSM-IV, no Text Revision Outline for Cultural Formulation, refere-se vagamente a crenças espirituais, mas também separa o código V para “Problemas Religiosos ou Espirituais”, que foi mantido no DSM-V. (CAMP, 2009)

KOENIG realizou uma extensa revisão da literatura nas bases de dados *online* (PsycINFO, MEDLINE, etc), utilizando as seguintes palavras chave: “religion”, “religiosity”, “religiouness” e “spirituality” para identificar estudos sobre a relação entre espiritualidade/religião e saúde. Também pediu a pesquisadores na área para avisarem sobre trabalhos publicados e enviar suas próprias pesquisas. Procurou e rastreou ainda outros estudos citados como referência nos estudos encontrados, compreendendo o período entre 1872 e 2010. A escolha de palavras chave buscou abranger um grande número de publicações e demonstrou a dificuldade de separar o conceito espiritualidade de religião, principalmente nos estudos científicos. O autor aceitou ambos os termos para o levantamento que desejou fazer. A falta de um critério claro para a escolha do conceito estudado e sua influência sobre a saúde pode ter levado a inconsistências na análise dos dados e resultados encontrados.

KOENIG observou que aproximadamente 80% dos estudos envolvendo espiritualidade/religião e saúde envolvem estudos em saúde mental. A evidência levantada

sugere, em pesquisas quantitativas e qualitativas, que a espiritualidade/religião ajuda as pessoas a lidarem melhor com a adversidade tanto externa (situações adversas do ambiente) como interna (predisposição genética ou vulnerabilidade para transtornos mentais). (KOENIG, 2012).

Em outra revisão o mesmo autor explorou os efeitos da espiritualidade em saúde mental levantando dados que mostraram que a maioria dos estudos refere que pessoas mais religiosas têm taxas mais baixas de depressão e sintomas depressivos, e ainda uma remissão mais rápida dos sintomas. Esses resultados parecem ainda mais interessantes quando comparados a um outro estudo que relacionou espiritualidade e a atividade do cérebro usando tomografia PET. Os pesquisadores evidenciaram que a ligação dos receptores 5TH1A (receptores 5-beta hidroxitriptamina) está diminuída em pessoas espiritualizadas, o que representa o mesmo padrão encontrado em pessoas com transtorno de ansiedade e depressão. Logo as pessoas espiritualizadas poderiam ter um risco genético maior para transtornos do humor. (KOENIG, 2009)

Um estudo prospectivo de MILLER et al mostrou uma diminuição de 90% das chances de depressão em adultos que relataram que a espiritualidade ou religião era importante em sua vida. Baseado nisso, o mesmo grupo de autores, realizou um outro estudo em que estabeleceu a correlação neuroanatômica da religião e espiritualidade, relacionado com o risco de depressão. A importância dada pela pessoa à religião ou espiritualidade está associada com o espessamento do córtex em diversas regiões do cérebro, independentemente do risco familiar para depressão. O espessamento do córtex parece conferir resiliência ao desenvolvimento do transtorno depressivo, principalmente em indivíduos com alto risco familiar. (MILLER, 2013)

Em relação ao suicídio alguns estudos sugerem que a religião preveniria o suicídio tanto pelas doutrinas que o proíbem, quanto pelo conforto e sentido que as crenças religiosas podem trazer (KOENIG, 2009)

Uma pesquisa publicada pelo The New England Journal of Medicine mostrou que 90% dos americanos enfrentaram o estresse dos ataques de 11 de setembro de 2001, voltando-se para a religião. Na semana seguinte aos ataques 60% da população compareceu a reuniões religiosas ou funerais e que as vendas da Bíblia aumentaram em 27%. (SCHUSTER, 2001)

Entretanto os efeitos podem nem sempre ser totalmente relacionados à melhora do estado mental.

“Religião pode ser utilizada para justificar ódio, agressão, preconceito, e a exclusão de outros; ganho de poder ou controle sobre indivíduos vulneráveis (como visto em cultos); alimentar pensamentos rígidos e práticas obsessivas; levar a ansiedade, medo, e culpa excessiva sobre pequenas infrações (e até auto-mutilação em alguns casos); produzir tensão psicossocial por falha em viver de acordo com padrões religiosos elevados; conduzir a fugir de lidar com problemas familiar (através de envolvimento excessivo em atividades religiosas ou espirituais) e retardar o diagnóstico e o cuidado eficaz em saúde mental (devido a relacionamentos antagônicos com profissionais de saúde mental).”
(KOENIG, 2012, p8.)

A angústia espiritual aparece na história da pessoa em aspectos-chave que podem sinalizar ao médico um conflito que deve ser abordado, como descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Diagnóstico espiritual

Diagnóstico (primário)	Elemento chave da história
Preocupações espirituais	Falta de significado Questiona o significado da própria existência Preocupação com a vida após a morte Questiona o significado do sofrimento Procura ajuda espiritual
Abandono por Deus ou outros	Falta de amor, solidão Não ser lembrado Sem sentido de parentesco
Raiva de Deus ou outros	Desloca a raiva para representantes religiosos ou outros Inabilidade de perdoar
Preocupação sobre relação com deidade	Deseja proximidade a Deus, aprofundamento da relação
Sistema de crenças conflituosos ou desafiados	Verbaliza conflitos interiores ou questiona a respeito de crenças e fé Conflito entre crenças religiosas e tratamentos recomendados Questiona implicações éticas ou morais do regime terapêutico Expressa preocupação com vida/morte ou Sistema de crenças
Desespero/desesperança	Desesperança a respeito da saúde e vida futuras Desespero como absoluta desesperança Sem esperança pelo valor da vida
Luto/Perda	O sentimento e o processo associado com a perda de uma pessoa, da saúde, do relacionamento Sentir que fez algo de errado ou de mau Sentir-se mau ou malvado
Reconciliação	Necessidade de perdão ou reconciliação consigo ou com outros
Isolamento	Separado da comunidade religiosa ou outra comunidade
Específico da religião	Necessidade de rituais Incapaz de realizar práticas religiosas habituais
Luta religiosa/espiritual	Perda de fé ou significado Comunidade ou crenças religiosas ou espirituais não ajudam com o enfrentamento.

Fonte: adaptado de PUCHASLKI, 2012, p.iii51 (traduzido pela autora)

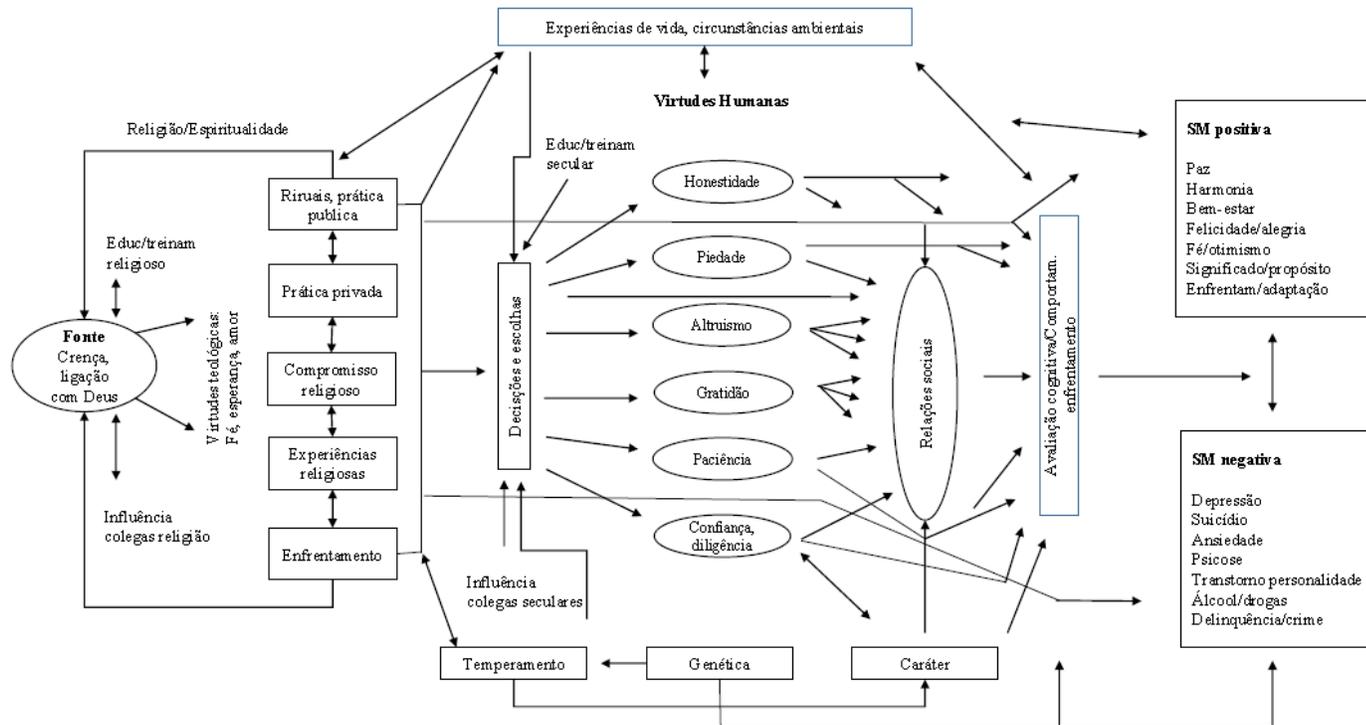
Esse conflito pode configurar o que chama-se de “diagnóstico espiritual”. A palavra “diagnóstico” é aplicada para reforçar a importância que essas questões têm sobre o processo de adoecimento. PUCHALSKY (2009) sugere que sejam colocadas aqui situações em que conflitos espirituais possam provocar angústia ou sofrimento como por exemplo: falta de sentido, crenças religiosas conflitantes, incapacidade de perdoar, etc.; ser a causa de um diagnóstico psicológico ou físico como depressão, ansiedade, dor crônica ou aguda) ou quando é causa secundária ou influencia o diagnóstico psicológico ou físico como, por exemplo: um caso de hipertensão de difícil controle em que porque o paciente se recusa a tomar medicação por causa das suas crenças religiosas.

Mas a questão de como a religião pode influenciar diretamente os efeitos do enfrentamento de situações adversas pode ser mais complexa. PARGAMENT sugere que um aspecto importante é se uma religião é internalizada ou extrínseca. A religião internalizada é motivada intrinsecamente e baseada em um relacionamento seguro com Deus. É aquela em que a pessoa escolhe refugiar-se genuinamente. Já uma religião extrínseca é aquela imposta e refletiva de um relacionamento ténue com Deus e o mundo, que a pessoa pode relatar fazer parte, porém não vem de um processo de escolha próprio. Assim, a primeira estaria ligada positivamente e a segunda negativamente em relação aos efeitos sobre a saúde mental, daí a necessidade de ser avaliada individualmente. (PARGAMENT apud BAETZ, 2009)

BAETZ (2009) sugere que existem modelos da influência da espiritualidade/religião sobre a saúde: comportamento em saúde, suporte social, estados psicológicos, estados psi ou superempíricos. Ele discute que os resultados disso podem ser alguns estados psicoespirituais ou emoções que podem ter um efeito sobre a saúde, como altruísmo, gratidão e perdão, e que têm recebido a atenção de algumas pesquisas.

Toda essa complexidade pode ser vista esquematicamente no diagrama proposto por KOENIG para mostrar os diversos mecanismos através dos quais a espiritualidade/religião influenciam a saúde mental. (figura 1)

Figura 1 – Modelo teórico para caminhos causais para saúde mental (SM), baseado nas religiões monoteístas ocidentais (cristianismo, judaísmo e islamismo).



Fonte: adaptado de KOENIG, 2012, p. 8 (traduzido pela autora)

Esse diagrama mostra o empenho do autor em traduzir sob a forma de um fluxograma o modelo causal através do qual a espiritualidade pode direta ou indiretamente produzir efeitos positivos ou negativos sobre a saúde mental. Nesse modelo, as práticas espirituais e religiosas podem influenciar decisões e escolhas tanto quanto a educação e as práticas seculares. Dessa forma, o produto relacionado que são as virtudes humanas, seriam as mesmas dentro de uma prática espiritual ou secular. E essas virtudes então influenciam as relações sociais que aparecem junto com as experiências de vida, circunstâncias do ambiente e genética como os grandes definidores de uma saúde mental positiva ou negativa. Esse modelo, entretanto, mostra essas relações em termos de relações causais predominantemente lineares, com poucas setas bidirecionais e poucos mecanismos de feedback entre seus componentes. A espiritualidade, ainda que produzindo o mesmo efeito que outras práticas, parece funcionar de forma mais complexa com relações causais recursivas em que mecanismos de feedback positivos ou negativos podem

reforçar ou desencorajar sua própria prática através das associações mais diversas e bastante individuais.

Assim, a questão da abordagem da espiritualidade ganha foco dentro da perspectiva de uma “psiquiatria centrada na pessoa” que enfatiza uma visão do paciente de forma integral com características biopsicossociais que são cruciais para o desenvolvimento da saúde e do bem-estar (CAMP, 2009). Entretanto, uma proposta recente de consenso feito pela Associação Mundial de Psiquiatria a respeito de espiritualidade e religião não foi aprovada devido a controvérsias em duas áreas: definição e relação entre espiritualidade e religião. E além disso houve dissenso se o termo “essencial” poderia ser usado em relação a colher a história espiritual e ensinar a respeito de religião e espiritualidade durante o treinamento psiquiátrico. (CAMP, 2009). Contudo, o Guideline para Avaliação Psiquiátrica da Associação Americana de Psiquiatria inclui o questionamento sobre espiritualidade/religião dentro da história sociocultural do indivíduo. Em 2010, a Associação Americana de Diretores da Residência em Psiquiatria selecionou dois currículos modelo para o treinamento em psiquiatria cultural da Universidade de Nova Iorque e da Universidade da Califórnia em que ambos incluíam treinamento em fatores religiosos e espirituais que podem influenciar o desenvolvimento psicológico. (KOENIG, 2009 e CAMP,2009).

2.2.b. Doenças crônicas, câncer e cuidados paliativos

A importância da abordagem espiritual também tem sido estudada no contexto de doenças crônicas, incluindo portadores de HIV, e na terminalidade da vida. A doença “evidencia o ser humano como corpo com defeitos, limitado no tempo, dependente de uma sociedade cheia de precariedades e submetido a uma cultura definida. Na doença se percebe não apenas o limite do próprio corpo, mas a extrema dependência que se tem da família, da comunidade e da sociedade.” (VASCONCELOS, 2011). Com isso surgem diversos questionamentos fundamentais do ser humano que envolvem o sentido da existência humana, a desilusão em relação à própria autonomia e a impotência frente a um diagnóstico. Por isso, esse tema aparece nas narrativas das pessoas dentro do ambiente clínico de diversas formas, que variam conforme as condições de base.

O universo das doenças crônicas é bastante diversificado em relação à intensidade e quantidade de sintomas e, principalmente, ao fardo que a doença representa na vida da pessoa. Dessa forma, o rótulo de doença crônica serve tanto para pessoas com hipertensão, sem nenhum sintoma, até aqueles com maior gravidade e sintomas prolongados como, por exemplo, pacientes de dor crônica, doenças reumatológicas, auto-imunes, endócrinas ou ainda aqueles submetidos à hemodiálise. As questões espirituais mais profundas e contundentes parecem surgir com maior intensidade conforme a gravidade e o prognóstico da doença. Quanto mais grave, com pior prognóstico e com maior intensidade e quantidade dos sintomas e incapacidade gerada, mais a espiritualidade floresce e sai da vida privada das pessoas para o ambiente médico. Talvez pelo mesmo motivo a valorização da espiritualidade por parte dos profissionais médicos também parece estar ligada à gravidade do diagnóstico. (KOENIG, 2012)

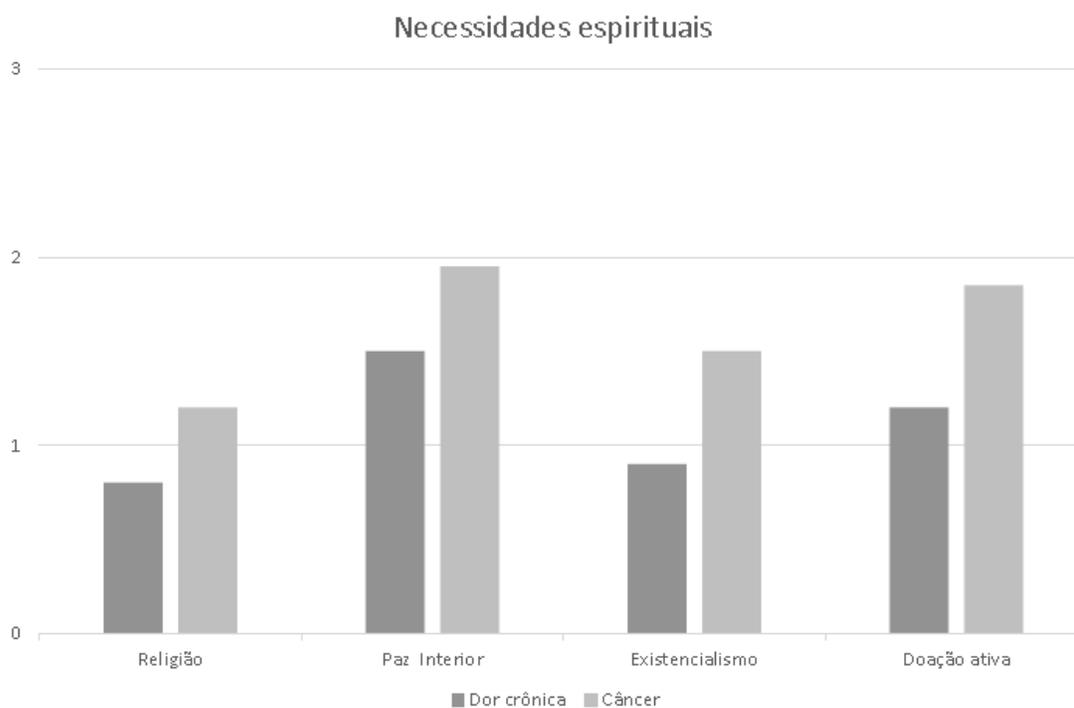
Enfrentar um diagnóstico traz questões para as pessoas relativas ao significado da doença e da própria vida, desperta pensamentos sobre julgamento ou indiferença divinos, perda da sensação de controle e autonomia, e sensação de aprisionamento especialmente quando familiares focam na “invalidez” da pessoa doente. Esse deslocamento dentro da família, leva a uma sensação de deslocamento em um contexto maior, fazendo as pessoas questionarem seu próprio valor no mundo. (GRANT, 2004)

Buscando esclarecer e acessar as necessidades espirituais das pessoas com doenças crônicas, BUSSING et al (2010) criaram o Spiritual Needs Questionnaire. Esse questionário inclui perguntas relacionadas à espiritualidade e foi aplicado para correlacioná-las com o nível de satisfação com a vida das pessoas. Os componentes avaliação são:

- Necessidades religiosas;
- Necessidade de paz interior (estar em lugares calmos, sentir-se um com a natureza, conversar com outros a respeito dos seus medos);
- Necessidades existenciais (reflexão sobre o significado da vida e do sofrimento e sobre vida após a morte);
- Doação ativa (em termos de consolo, olhar para o outro, etc, que é muito importante para que a pessoa possa sair de um lugar de sofredor passivo, para outro de ação e doação)

Seu resultado foi expresso comparativamente conforme o gráfico reproduzido na figura 2.

Figura 2 – Necessidades espirituais de pacientes com doenças de dor crônica e câncer – Validação do Questionário de Necessidades Espirituais onde considera-se as necessidades espirituais de 0-1 algo importantes, 1-2 muito importantes, 2-3 extremamente importantes.



Fonte: adaptado de BUSSING et al. Eur J Med Res (2010) 15.p. 269 (traduzido pela autora)

Segundo os dados apresentados, as variáveis mais importantes para encontrar satisfação com a vida foram as relacionadas à paz interior e à doação ativa, enquanto as necessidades ligadas à religião pareceram ter menor importância especialmente quando comparadas aos pacientes com câncer, que iremos discutir mais adiante. (BUSSING, 2010) Esse panorama permite diferenciar o que são questões e necessidades espirituais das religiosas.

As necessidades espirituais no contexto de adoecimento podem, quando não atendidas ou mal encaminhadas, levar à angústia espiritual que se apresenta como sintomas físicos. Insônia, ansiedade e ataques de pânico, entre outros, motivam as pessoas a procurarem os serviços de saúde através da descrição de problemas médicos que justifiquem a demanda. Logo, as necessidades espirituais não atendidas podem significar um aumento na demanda pelos serviços de saúde, conforme mostra a figura 3. (GRANT, 2004)

Figura 3 - Possíveis efeitos das necessidades espirituais não satisfeitas.



Fonte: Adaptado de GRANT, 2004, p. 375. (traduzido pela autora)

Por outro lado, as necessidades e angústias espirituais atendidas e a própria espiritualidade exercida se relacionam diretamente com a percepção de suporte social, assim como mostrado anteriormente no modelo causal de KOENIG. (KOENIG, 2012) Esse suporte permite que a pessoa possa usar uma variedade de estratégias pessoais de enfrentamento e outras fontes para responder as suas necessidades. Esse cenário favorece a construção do significado do adoecimento no contexto de experiência de vida e de um contexto ainda maior de auto-estima. (GRANT, 2004) O suporte social está relacionado a melhores resultados e sobrevida em pacientes com doenças crônicas, através de pelo menos cinco mecanismos: maior acesso ao serviço de saúde, seguir melhor as prescrições do médico, melhora no estado nutricional e sensação geral de qualidade de vida, modulação do sistema imune, e diminuição do humor depressivo. (SPINALE, 2008)

Como afirma VASCONCELOS (2011, p. 61), “*os portadores de doenças graves vivem crises subjetivas intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes de subjetividade.*”

Nesse contexto, o objetivo do cuidado paliativo é o de prevenir e aliviar o sofrimento das pessoas e suas famílias, promovendo a melhor qualidade de vida, desde momento do diagnóstico até o final da vida. Por isso seu papel independe do estágio da doença ou da necessidade de outras modalidades terapêuticas. (NATIONAL CONSENSUS REPORT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE, 2013). Na década de 90, os centros médicos acadêmicos, as escolas de medicina e enfermagem, os programas de residência e os hospitais reconheceram o cuidado espiritual como uma das dimensões do cuidado paliativo, pela sua importância nos processos subjetivos de entendimento e enfrentamento da doença. (PUCHALSKI, 2009). A justificativa da inserção da abordagem espiritual nos cuidados paliativos é comum àquelas que contemplam outras modalidades de cuidado, inclusive a APS como será discutido adiante. A gravidade dos

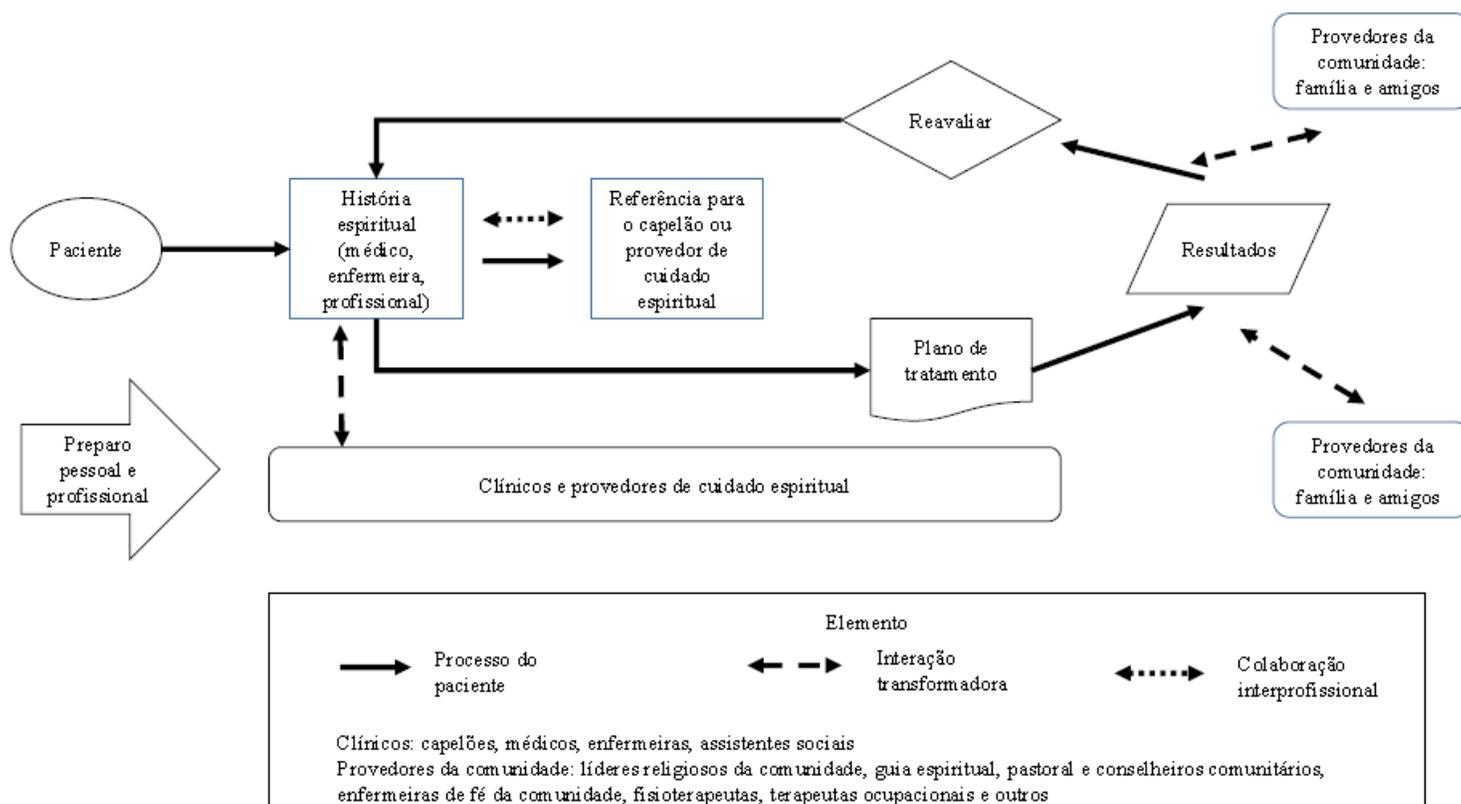
diagnósticos acabou evidenciando mais o assunto sendo um dos campos pioneiros nessa discussão.

Partindo do consenso sobre a importância da abordagem de questões espirituais surgiu a necessidade de se estabelecer um *guideline* para o cuidado espiritual. Com esse objetivo, foi realizada a Conferência para Consenso em 2009 na Califórnia (EUA) (PUCHALSKI, 2009). O resultado dessa Conferência inclui uma série de recomendações para qualificar a abordagem espiritual. O texto final estabeleceu o papel de cada profissional dentro de uma equipe interprofissional, que é fundamental para a qualidade do cuidado. E, ao mesmo tempo, implicou todos os envolvidos no cuidado na atenção a questões espirituais. Para isso separou o que seria a abordagem de questões espirituais, que deve ser realizada por todos os profissionais, da avaliação espiritual, que deve ser atribuída a um profissional chamados de Provedores de Cuidado Espiritual. (PUCHALSKI, 2009)

Os Provedores de Cuidado Espiritual podem ser os capelães, conselheiros pastorais e espirituais, lideranças espirituais ou religiosas. Esses profissionais devem, ser capacitados para agir dentro do cenário do cuidado em saúde, da mesma forma que os profissionais de saúde devem ser capacitados para a atenção espiritual. (PUCHALSKI, 2009)

A Conferência propôs dois algoritmos para a implantação da atenção a questões espirituais. Mas observa-se que para o cuidado de pacientes em tratamento ambulatorial a incorporação de uma equipe interprofissional pode representar um desafio, e que não existem práticas ou *guidelines* aceitos atualmente para essa modalidade de atenção.

Figura 4 – Modelo de implementação do cuidado espiritual em paciente ambulatorial.



Fonte: adaptado de PUCHALSKI et al. 2009 (traduzido pela autora)

Nesse algoritmo a pessoa é inicialmente abordada individualmente, sem sua família. Nesse momento, sua história espiritual fará parte da conversa inicial que pode ser feita pelo médico ou pela enfermagem, não separada da consulta propriamente dita. Daí surge o desafio citado anteriormente: como estabelecer o cuidado e as reuniões interprofissionais tão importantes para estabelecer o plano terapêutico e discutir as reavaliações? No algoritmo colocado o plano de tratamento e as reavaliações são realizadas somente pelos profissionais de saúde.

Refletindo sobre essa proposta, questiona-se se no modelo ambulatorial o profissional de saúde, por ter o processo decisório menos articulado com outras profissões, necessita de maior domínio e treinamento no assunto. Além disso, tendo em vista a pluralidade de contextos em que as questões espirituais aparecem, seria esse modelo aplicável à atenção integral, podendo ser utilizado para outras modalidades de cuidado além do paliativo?

2.2.d. Medicina de família e comunidade

Na transição do século XIX para o século XX, consolida-se o modelo biomédico. Nessa mesma época, o relatório Flexner (1909) reforça que a medicina é estritamente um campo científico, excluindo os campos teológicos e filosóficos, focado numa prática predominantemente hospitalar. (PUCHALSKI, 2010).

O modelo biomédico, como o próprio nome sugere, é baseado na Biomedicina que compõe o que se chama de uma racionalidade médica. Isso quer dizer que compõe um sistema lógico e teoricamente estruturado composto de: “*a) uma morfologia ou anatomia humanas; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas; e) uma doutrina médica.*” (CAMARGO, 1997, p.47). Esse sistema é generalizante, mecanicista e analítico. Isso quer dizer que seus modelos, leis e propostas podem ser aplicados universalmente, sem considerar casos individuais. Compreende o universo dentro de uma causalidade linear, como uma máquina e, para compreender a grande máquina universal e suas leis gerais, isola as partes pressupondo que o funcionamento do todo é dado pela soma das partes. A racionalidade biomédica entende as doenças como objetos de existência autônoma, ou seja, que independem de outros fatores, a não ser da sua própria causa. Portanto o tratamento dirige-se a erradicar a causa específica da doença de forma hierarquizada. Assim, o entendimento do que é saúde baseia-se no contrário de doença. (CAMARGO, 1997)

O modelo biomédico compartilha a visão cartesiana, analítica, repartindo o corpo em uma divisão morfológica e outra funcional, subdividindo ainda esses sistemas em outros sistemas, com funções específicas ainda que interligadas. (CAMARGO, 1997)

Entretanto, com a evolução das tecnologias aplicadas à saúde, surge um novo padrão epidemiológico das doenças. Nesse cenário, houve um maior controle das doenças infecciosas e passaram a assumir maior importância as doenças crônicas, transtornos de comportamento, acidentes e outros padrões diferentes de algumas doenças infecciosas. (MCWHINNEY, 2010) Esse desafio corresponde ao que MENDES descreve como a tripla carga de doenças:

“(...) há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas.”. (MENDES, 2010)

O desafio inclui ainda a urgência de um novo olhar sobre as pessoas doentes, uma vez que, *“uma grande parte das pessoas doentes atendidas não pode ser classificada em uma categoria de doença baseada em um problema fisiológico ou anatômico.”* (MCWHINNEY, 2010, p. 72). Esse fenômeno parece de difícil compreensão se visto sob o antigo paradigma onde corpo e mente estão separados.

Nesse contexto a biomedicina, focada apenas em agentes causais específicas, não é capaz de responder a complexidade necessária ao entendimento da pessoa. Torna-se então imprescindível um paradigma que inclua também a experiência da doença, problemas de vida e questões emocionais.

A necessidade de um novo modelo foi observada por Freud que então discutiu a escuta dentro de uma prática médica que era baseada somente no “ver” os sinais das doenças. Com isso, Freud abre uma frente para a discussão do poder terapêutico do discurso e da relação médico-paciente. Isso parece trazer a necessidade da incorporação do olhar psicanalítico à medicina biomédica. (SOUZA, 2001)

Como já discutido anteriormente no capítulo sobre o entendimento do processo saúde-doença, a doença não é algo que vem somente de fora do homem e o superpõe, mas também é um mecanismo que envolve relações e comunicação permanentes entre o homem e o mundo. Logo a doença é uma construção de cada um é “portanto, o estudo da pessoa que se faz necessário. Da pessoa com o seu mundo. Mundo passado que tinge o presente, em maior ou menor grau, no conjunto circunstancial presente que, quando lhe é adverso, frequentemente só para ela, mobiliza seus motivos de adoecer.” (PERESTRELLO, 1974 p.71). Dessa forma, podemos chegar a uma medicina da pessoa onde fatores externos são avaliados em função da pessoa. (PERESTRELLO, 1974)

Na década de 50, Balint iniciou seu trabalho com médicos clínicos, explorando a função terapêutica da relação médico-paciente, propondo “o médico como droga” e o estudo da “farmacologia da substância médico”. (BALINT, 1988, p.225 e SOUZA, 2001) Essa

discussão apareceu “numa tentativa de resposta à demanda social contituída por clínicos gerais que apontavam a insuficiência da formação médica com relação a grande demanda de doentes funcionais”. (SOUZA, 2001, p.3). Nisso Balint coloca em questão a necessidade de uma abordagem holística da Medicina e, mais uma vez, a necessidade da articulação do pensamento psicanalítico ao pensamento médico. (BIRMAN apud SOUZA, 2001).

Em 1977, George Engel descreveu o modelo biopsicossocial. Esse modelo colocou a pessoa em um nexo que incluiu estados afetivos e psicológicos das pessoas, além de seus relacionamentos interpessoais. Em 1996, outros autores introduziram o modelo ecológico de cuidado da pessoa, que incluiu a atenção ao ambiente no modelo de saúde pública da atenção primária. (SULMASY, 2002) Entretanto, para MCWHINNEY (2010) esse novo paradigma, centrado na pessoa, acabou sendo chamado de Paradigma de Goldstein. Kurt Goldstein foi um neurologista da primeira metade do século XX que descreveu o “poder normativo” dos organismos. Esse poder confere a capacidade do organismo modificar normas, hábitos e comportamentos para se adaptar melhor ao ambiente circundante. Nesse caso a doença é vista como uma parte de um processo normativo positivo, pois mostra a capacidade de um organismo de inventar e experimentar novas normas. Assim seu trabalho afirmou que é impossível avaliar qualquer problema de saúde sem fazer referência à pessoa. (MCWHINNEY, 2010).

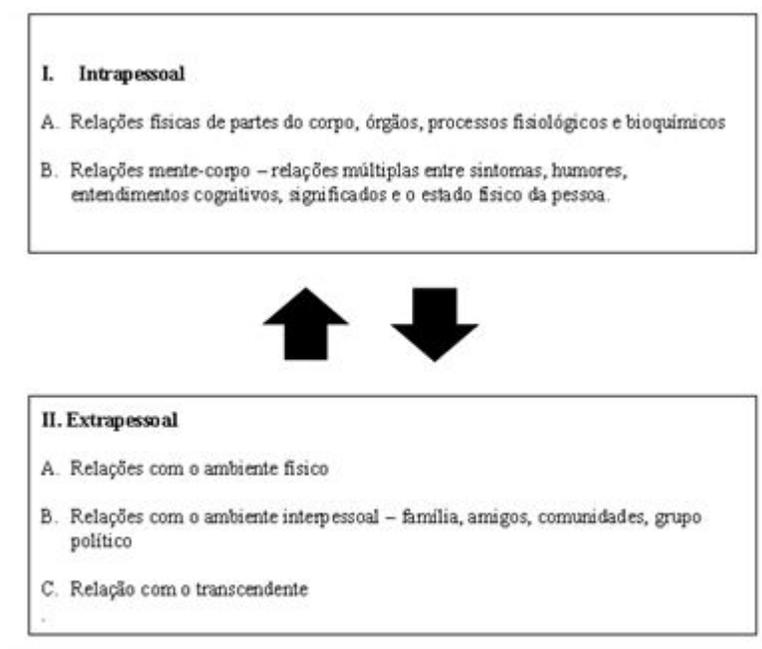
Ao incluir esses diversos aspectos fica clara a noção da pessoa como um conjunto complexo de relacionamentos. Esses relacionamentos acontecem em diversas esferas. Os mecanismos fisiológicos entre os diversos sistemas do corpo humano (endócrino, imunológico, cardiovascular, etc) estão sempre em relação. Os diversos órgãos também são unidades funcionais que se relacionam dentro da unidade maior do corpo. Os processos bioquímicos que acontecem nos diversos sistemas também estão em relação uns com os outros. Nessa unidade humana as relações entre corpo e mente também existem, estabelecendo-se uma mútua influência como explicam os processos psiconeuroendócrinoimunológicos. Hoje sabemos que um distúrbio funcional pode transformar-se em lesão estrutural ou cronificar-se e ter consequências letais. Da mesma forma, lesões estruturais acarretam desordens funcionais, porém podem até ter um bom prognóstico, apesar de seu caráter irreversível. O importante passa a ser as relações

estabelecidas entre a pessoa e seu transtorno e como um afeta o outro. (PERESTRELLO, 1974)

O adoecimento pode ser entendido como uma ruptura nos relacionamentos funcionais. Nesse sentido, a diabetes, por exemplo, pode ser vista como uma doença resultante de uma disfunção de relações em diversos processos fisiológicos, homeostáticos e de mente-corpo. Mas também devemos considerar os relacionamentos que se dão entre o corpo e o seu entorno, que acontecem na interação com o ambiente físico, o ambiente interpessoal ou social e o transcendente. (SULMASY,2002)

A relação com o transcendente refere-se à relação com o metafísico, com a sutileza, e envolve no pensamento os diversos significados elaborados em uma experiência e as noções de propósito na vida. Esse tipo de relação ocorre somente com os humanos, o que nos torna seres intrinsecamente espirituais, sem necessariamente estarmos vinculados a uma religião propriamente dita, mas como qualidade da própria humanidade. (SULMASY,2002)

Figura 5– O entendimento da doença e os desdobramentos dos relacionamentos do paciente como uma pessoa humana.



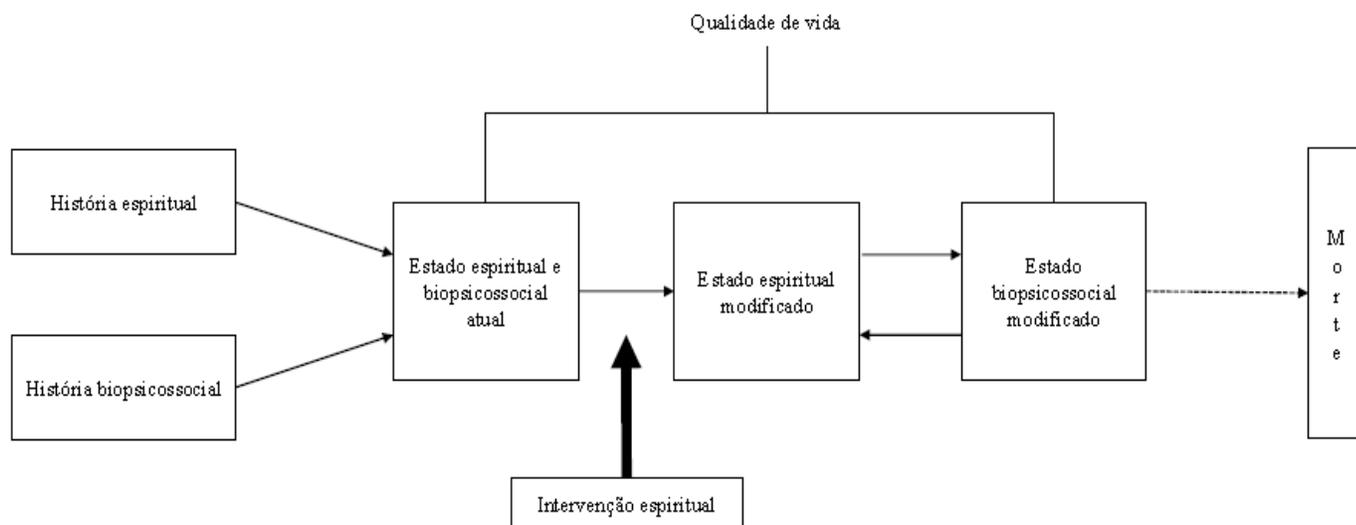
Fonte: adaptado de SULMASY,2002 (traduzido pela autora)

Tanto o modelo biomédico quanto o biopsicossocial não integram todos os sistemas em relação nos processos humanos, pois não contemplam o transcendente ou os aspectos espirituais. SULMASY então propõe o modelo biopsicossocio-espiritual.

“ Esse modelo biopsicossocial-espiritual não é um “dualismo” no qual a “alma” acidentalmente habita num corpo. Antes, nesse modelo o biológico, psicológico, social e o espiritual são apenas dimensões distintas da pessoa e nenhum aspecto pode ser desagregado do todo.” (SULMASY, 2002, p. 27 – traduzido pela autora)

A descrição desse modelo aparece esquematizada na figura 6, onde se pode observar como integrar o aspecto espiritual com as outras dimensões do modelo biopsicossocial e sua relação com a qualidade de vida.

Figura 6 – O modelo de atenção biopsicossocio-espiritual



Fonte: Adaptado de SULMASY,2002 (traduzido pela autora)

O modelo biopsicossocio-espiritual subentende um novo paradigma de entendimento da doença, do adoecimento e da pessoa. Nesse modelo, os estados espiritual e biopsicossocial trabalham em mútua influência. Portanto, exige um novo paradigma para a Medicina e a saúde com visão sistêmica que possa responder à complexidade emergente. Nesse contexto não há mais espaço para a separação corpo e mente, exigindo do médico um entendimento tanto da pessoa como do seu ambiente e de suas relações. O entendimento holístico da pessoa é conhecido como Medicina Centrada na Pessoa (MCP). Esse modelo de Medicina pode estar presente nas mais diversas especialidades, entretanto fica clara sua afinidade com a prática generalista. Logo, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) surge da evolução dessa prática, representando uma mudança de pensamento do modelo biomédico, onde uma doença não pode mais ser vista independentemente do paciente. (MCWHINNEY, 2010)

Mas quais seriam os atributos desses “novos” médicos? O que diferencia a MFC das demais especialidades? Para esclarecer didaticamente as qualidades da MFC, McWhinney descreveu seus nove princípios, nenhum exclusivo desta disciplina, mas todos relativos a uma visão de mundo distinta, construindo um sistema de valores e abordagem de problemas diferenciados. (MCWHINNEY, 2010)

Tabela 3 – Os princípios da Medicina de Família e Comunidade

<i>Princípio da MFC</i>	<i>Descrição</i>
Médicos comprometidos com a pessoa	Qualquer problema de saúde está no seu campo de trabalho; o comprometimento não se encerra na cura, final do tratamento ou no fato da doença ser incurável
Médicos procuram entender o contexto da experiência com a doença	Experiências com as doenças observadas em seu contexto pessoal, familiar e social
Médicos visam praticar a medicina preventiva	Cada encontro do médico com a pessoa é visto como uma oportunidade de prevenção ou promoção a saúde
Médicos vêem as pessoas que atendem como “população de risco”	Tanto as pessoas que utilizam os serviços de saúde, como as que não utilizam são vistas como grupos de atenção
Médicos como parte de uma rede de apoio e de atenção à saúde	Médicos como um elo importante de um sistema coordenado, composto por redes de apoio oficiais e não-oficiais, formais e informais
Médicos devem, idealmente, compartilhar o mesmo “habitat” das pessoas que atendem	Ao viver onde trabalha o médico está mais apto a observar como as questões do território influenciam a saúde das pessoas e da comunidade
Médicos visitam as pessoas nas suas casas	Conhecer a casa dá um entendimento tácito sobre o contexto ou a ecologia da experiência com a doença
Médicos dão importância a aspectos subjetivos da medicina	A abordagem dos problemas de saúde deve incluir a sensibilidade aos sentimentos e o entendimento aos relacionamentos. Para tanto, o médico deve inclusive conhecer suas próprias emoções através da autorreflexão
Médicos como gerenciadores de recursos	É de responsabilidade do médico administrar recursos como hospitalizações, pedidos de exames, prescrição de tratamentos e encaminhamentos a especialistas.

Fonte: McWhinney, 2010

O médico de família necessita atuar segundo um modelo bastante abrangente, cuja teoria foi baseada nos estudos de Balint e Engel, e depois aprimorado por outros autores. Mas o

modelo necessita de um método para que possa ser aplicado na prática. (STEWART, 2010). Portanto, McWhinney descreve o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) como instrumento fundamental para operar o modelo da Medicina Centrada na Pessoa. Esse método continuou sendo desenvolvido pela sua aluna Moira Stewart, que concentrou seus estudos na visão do relacionamento médico-pessoa (STEWART, 2010). O MCCP representa um roteiro que conduz o caminho para o olhar que se desloca somente da doença e seu diagnóstico e amplia-se para a pessoa em questão.

O MCCP contribui para a experiência da relação médico-paciente potencializando o vínculo, promovendo maior satisfação da pessoa, aderência e melhores resultados em saúde. Um estudo realizado por STEWART et al. (1995) mostrou que o fato das pessoas perceberem que a interação com o seu médico é centrada na pessoa foi, por si só, o mais forte preditor não somente de resultados em saúde, como da efetividade do cuidado em saúde. A efetividade incluiu a realização de menos testes diagnósticos e menor número de referências para especialistas. (STEWART, 1995)

Didaticamente, o MCCP é dividido em 6 componentes descritos em linhas gerais na tabela 4. Mas para a discussão aqui proposta, destaca-se o segundo componente que consiste em entender a pessoa como um todo, tanto na relação do indivíduo com a família quanto no contexto que influencia a saúde e o bem-estar da pessoa. Este componente busca orientar como examinar a

“influência da personalidade no contexto do desenvolvimento humano; o relacionamento entre eventos passados e atuais; os comportamentos e as respostas dadas em face da experiência da doença e do atendimento; o papel da espiritualidade na vida das pessoas, e o forte efeito potencial da história e da dinâmica familiar nas respostas da pessoa à saúde e à experiência da doença.”* (STEWART, 2010, p.71, *grifo da autora).

Tabela 4 – Os componentes do M CCP

Componente do M CCP	Conhecimentos e/ou ações envolvidas
1. Explorando a doença e a experiência da doença	Conhecer as doenças comuns. Conhecer os sentimentos da pessoa; quais são as idéias da pessoa a respeito do que sente; quais são os efeitos da doença no funcionamento da pessoa; quais são as suas expectativas em relação ao médico
2. Entendendo a pessoa como um todo: o indivíduo e a família; contexto	Conhecer dos estágios e crises dos ciclos de vida. Papel da espiritualidade na vida das pessoas e em suas respostas ao adoecimento.
3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas	Pessoa atendida e médico alcançam entendimento mútuo e concordância em 3 aspectos: definir o problema; estabelecer as metas e prioridades do tratamento ou manejo da doença; e identificar os papéis a serem assumidos por ambos.
4. Incorporando prevenção e promoção da saúde	Conhecer os determinantes amplos de saúde e seu potencial para a saúde da pessoa, que incluem determinantes sociais, estilo de vida, redes sociais de apoio, etc. Conhecer doenças atuais e potenciais. Considerar o contexto, ambiente físico e interpessoal da pessoa.
5. Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico	Desenvolver o cuidado como processo que inclui 8 conceitos: tempo; estar presente; conversar; sensibilidade; agir no melhor interesse do outro; sentimento; ação e reciprocidade. Esse processo deve se desenvolver em um atendimento contínuo e constante. Envolve fenômenos de transferência e contratransferência.
6. Sendo realista	Capacidade de administrar tempo e <i>timing</i> ; trabalho em equipe e desenvolvimento de equipes, e utilização do acesso aos recursos.

Fonte: STEWART, 2010

O papel da espiritualidade na vida das pessoas e nas suas respostas ao adoecimento mostra-se no próprio modelo de atenção biopsicossocio-espiritual, já descrito anteriormente. Portanto, o M CCP potencializa e garante a abordagem holística da pessoa pelo modelo em questão servindo como guia principalmente para os médicos menos experientes.

A MCP é uma prática essencialmente baseada na narrativa das pessoas. São as narrativas das pessoas e a modo como são contruídas que dão significado às vivências das pessoas. Portanto, durante o encontro da consulta, elas servem para que o médico possa compreender os textos e contextos complexos das experiências das pessoas, fortalecendo inclusive o caráter relacional desse momento. Dessa forma, na análise da narrativa prioriza a seu processo de construção sendo menos importante a doença propriamente dita. E, como essa análise é um ato

interpretativo, essa construção é mútua entre os participantes do encontro, pois é dialógica. Logo o que é contado é influenciado tanto pelas emoções e sentimentos de quem narra quanto pelas de quem ouve. (FAVORETO, 2011; GREENHAIGH, 1999) Então, na medicina centrada na pessoa o papel do médico é ampliado para o de ajudar o paciente a criar histórias alternativas que façam sentido no seu ponto de vista, criando uma oportunidade de construir experiências de relação médico pessoa bastante positivas. (GREENHAIGH, 1999 ; STEWART, 2004)

Dentro do processo da narrativa podem aparecer questões espirituais como parte importante da história da pessoa. Por isso diversos estudos mostram em números o percentual de pessoas que gostariam que as questões espirituais fossem abordadas no ambiente clínico e o percentual dos médicos que faz esta abordagem (tabela 5). A tabela 5 está na outra página

O médico de família e comunidade ocupa uma posição privilegiada para trabalhar com as narrativas uma vez que é o coordenador do cuidado em saúde e presume uma relação longitudinal com as pessoas. Então parece razoável supor que seu papel também inclui a organização e o cuidado espiritual dessas pessoas. (VERMANDERE, 2011).

Os profissionais de saúde da atenção primária concordam que há necessidade de discutir questões espirituais com as pessoas principalmente no contexto de uma doença crônica ou de um processo de luto (TANYI et al, 2009). Mas de que forma abordam esse assunto? Como as questões espirituais aparecem na prática diária desses profissionais? Quais seriam os fatores que facilitam ou que representam barreiras nessa abordagem?

Tabela 5 – Estudos demonstrando percentual de pessoas que consideram suas crenças religiosas e espirituais importantes, percentual de pessoas que gostariam que questões espirituais fossem abordadas no ambiente de saúde e percentual dos médicos que fazem a abordagem de questões espirituais

Autores	País e cenário	Resultados
Maughans e Wadland, 1991	EUA, clínicas de medicina de família	52% das pessoas acreditam que o médico tem o direito de perguntar sobre crenças religiosas 27% acreditam que é responsabilidade do médico perguntar sobre essas crenças Maioria das pessoas não se lembra do médico ter perguntado sobre o assunto independente da situação clínica
King et al., 1992	Informação não disponível	93% das pessoas concordam que seus médicos deveriam considerar suas necessidades espirituais
Anderson et al, 1993	EUA, pessoas internadas em unidades de reabilitação	74% das pessoas consideram as questões espirituais como importantes 45% das pessoas consideram que não estavam recebendo atenção suficiente para suas questões espirituais 16% dos médicos alguma vez perguntou as pessoas sobre essas questões
King e Bushwick, 1994	EUA, clínicas de medicina de família	77% das pessoas queriam que os médicos considerassem suas necessidades espirituais 37% gostariam que os médicos discutisse essas necessidades espirituais mais frequentemente 68% das pessoas afirmam que seus médicos nunca abordaram essas questões
Daaleman e Nease, 1994	Informação não disponível	77% das pessoas acreditam que seu médico deve considerar suas necessidades espirituais 48% gostariam que seus médicos rezassem com elas
Kristeller, Zumbum e Schilling, 1999	EUA, médicos oncologistas	38% dos médicos viam-se como responsáveis por abordar as angústias espirituais de seus pacientes mas dá pouca prioridade a esse assunto
Ehman et al. , 1999	EUA, pacientes do ambulatório de doença pulmonar	45% das pessoas reportam que suas crenças religiosas influenciariam suas decisões médicas se fossem gravemente doentes 94% das pessoas com crenças religiosas concordam que seus médicos devem perguntar sobre suas crenças se ficarem gravemente doentes 45% das pessoas que não tem crença religiosa também concordam que seus médicos devem perguntar. Apenas 15% das pessoas lembram de terem sido perguntadas se crenças espirituais ou

		religiosas influenciariam sua decisões médicas
Chibnall e Brooks, 2001	Informação não disponível	Menos de 10% dos médicos perguntam as pessoas sobre suas crenças espirituais
MacLean et al, 2003	Informação não disponível	33% das pessoas gostariam que seus médicos perguntassem sobre suas crenças durante uma consulta de rotina 66,6% das pessoas acreditam que seus médicos devem estar cientes de suas crenças espirituais e religiosas 10% das pessoas estão dispostos a usar o tempo de uma consulta, que normalmente é usado para questões médicas, para discutir questões espirituais
Monroe et al., 2003	Informação não disponível	85% dos médicos concordaram que deveriam estar a par das crenças espirituais ou religiosas das pessoas 31% concordaram que esse assunto deve ser abordado em uma consulta de rotina 73% acham que esse assunto deve ser abordado quando a pessoa está morrendo

Fonte: as fontes estão descritas na primeira coluna, organizado pela autora

O ponto de partida para a abordagem da espiritualidade na APS está ligado ao domínio dos profissionais em reconhecer e acessar as necessidades espirituais das pessoas. (TANYI et al, 2009) Para isso é necessário reconhecer como essas questões aparecem na clínica e que perguntas ou palavras-chave as pessoas usam para indicar que a espiritualidade é importante no seu cuidado em saúde. Talvez por isso a espiritualidade ou religiosidade do próprio médico apareça no estudo de Curlin et al. como o indicador mais forte da probabilidade de um médico em realizar a abordagem espiritual, e não a gravidade da condição clínica. (CURLIN apud KOENIG, 2012)

A visão dos médicos generalistas sobre seu papel como provedores do cuidado espiritual foi levantada por diversos autores e sistematizado por VERMANDERE et al. (2011). Os facilitadores e as possíveis barreiras nesse processo foram separados em classes e o resultado pode ser visto na tabela 6.

Tabela 6 – O papel do médico generalista no cuidado espiritual, e as barreiras e facilitadores em prover esse cuidado.

Papel do MG como provedor de cuidado espiritual	O que?	Como?	Quando?	Porque?
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e avaliar as necessidades espirituais • Ser um facilitador e encorajador dos valores espirituais dos pacientes • Prover cuidado espiritual apropriado para as crenças espirituais • Não impor seus próprios valores e credos • Mostrar um comportamento positivo cuidadoso que é autêntico e sem julgamentos • Abordar questões espirituais com gentileza, reverência, sensibilidade e integridade • Estar presente com o paciente • Abordagem espiritual de forma estruturada (como em instrumentos de abordagem espiritual) e não-estruturada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvindo o paciente • Validando as crenças espirituais dos pacientes • Ficando com os pacientes em momentos de necessidade • Sendo respeitoso com as crenças dos pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais importante durante momentos críticos do cuidado clínico • Pacientes devem tomar a iniciativa de começar discussões espirituais • Em resposta a questões espirituais levantadas pelo paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • O cuidado espiritual é um aspecto importante do cuidado com o paciente
Barreiras	Fatores do médico	Fatores do paciente		Fatores do contexto
	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se inseguro em começar conversas espirituais • Medo dos pacientes interpretarem de forma errada as conversas espirituais como empurrando religião • Preocupação quanto inadir a privacidade dos pacientes • Medo de causar desconforto • Dificuldade com a linguagem espiritual • Pensar que questões espirituais tem menos prioridade do que outras 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ser o “tipo errado” de pessoa • Tempo como um fator limitante • Cenário (por exemplo, o consultório) • Falta de discussão sobre o papel da espiritualidade entre os cuidadores • Falta de continuidade na gestão do cuidado 		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de treinamento formal e estratégias apropriadas

	<p>questões médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditar que conversas espirituais não vão influenciar a vida dos pacientes • Falta de consciência espiritual do médico • Diferença entre sistemas de crença entre o médico e o paciente 		
Facilitadores	Fatores do médico	Fatores do paciente	Fatores do contexto
	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar a boa vontade de engajar-se (e ter tempo para) conversas espirituais • Boas técnicas de comunicação (como linguagem corporal amigável) • Garantir que pacientes com confidências espirituais sejam recebidos sem julgamento • Abordagem centrada na pessoa • Cuidado para não violar sua posição • Abordagem diplomática quando as crenças espirituais do médicos diferirem das do paciente • Médicos propensos a espiritualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ser o “tipo certo” de pessoa • Pacientes que consultam o médico com frequência • Alto nível de concordância cultural entre médico e paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar os pacientes em casa ou no leito • Parceiros de trabalho reforçando o papel do médico como provedor de cuidado espiritual

Fonte: adaptado de VERMANDERE, 2011 (traduzido pela autora)

Nesse cenário, uma das barreiras mais mencionadas nos diversos estudos voltados para a opinião e percepção dos profissionais de saúde se refere a dificuldades em como abordar o assunto e lidar com questões espirituais. Portanto, parece razoável inferir que esses obstáculos poderiam ser erradicados ou minimizados resolvendo-se o fator contextual mais presente que é a falta de treinamento formal e conhecimento das estratégias apropriadas.

Ao perceber essa necessidade pelo treinamento, em 1992 a Universidade George Washington nos EUA foi a primeira a oferecer um curso sobre espiritualidade e saúde. Em

1995, três faculdades de Medicina nos EUA ofereciam cursos com esse tema. Em 2008, 59% das escolas de medicina da Inglaterra ofereciam algum tipo de ensino em espiritualidade. (NEELY, 2008) Em 2010, KOENIG et al fizeram um levantamento que mostrou que 90% das escolas de medicina dos EUA já possuíam algum conteúdo em seus currículos de espiritualidade e saúde. (KOENIG et al, 2010). Em 2011, mais de 75% das escolas de Medicina no mesmo país já tinham integrado temas relacionados à espiritualidade em seus programas de treinamento. (PUCHALKI, 2014).

No Brasil, foi realizado um levantamento com as faculdades de Medicina privadas e públicas, via questionário para avaliar a existência de cursos envolvendo o tema de espiritualidade e saúde, eventos sobre o tema e importância de incluí-lo na educação médica. Das 180 faculdades registradas no país, 47,7% responderam ao questionário. Dessas 9% declararam ter um curso específico dedicado ao assunto, sendo em 4,6% uma matéria obrigatória e em 5,8% eletiva. Outras faculdades (16,2%) relataram que possuem alguma palestra dedicada ao tema em algum momento do curso médico. (LUCCHETTI et al, 2012)

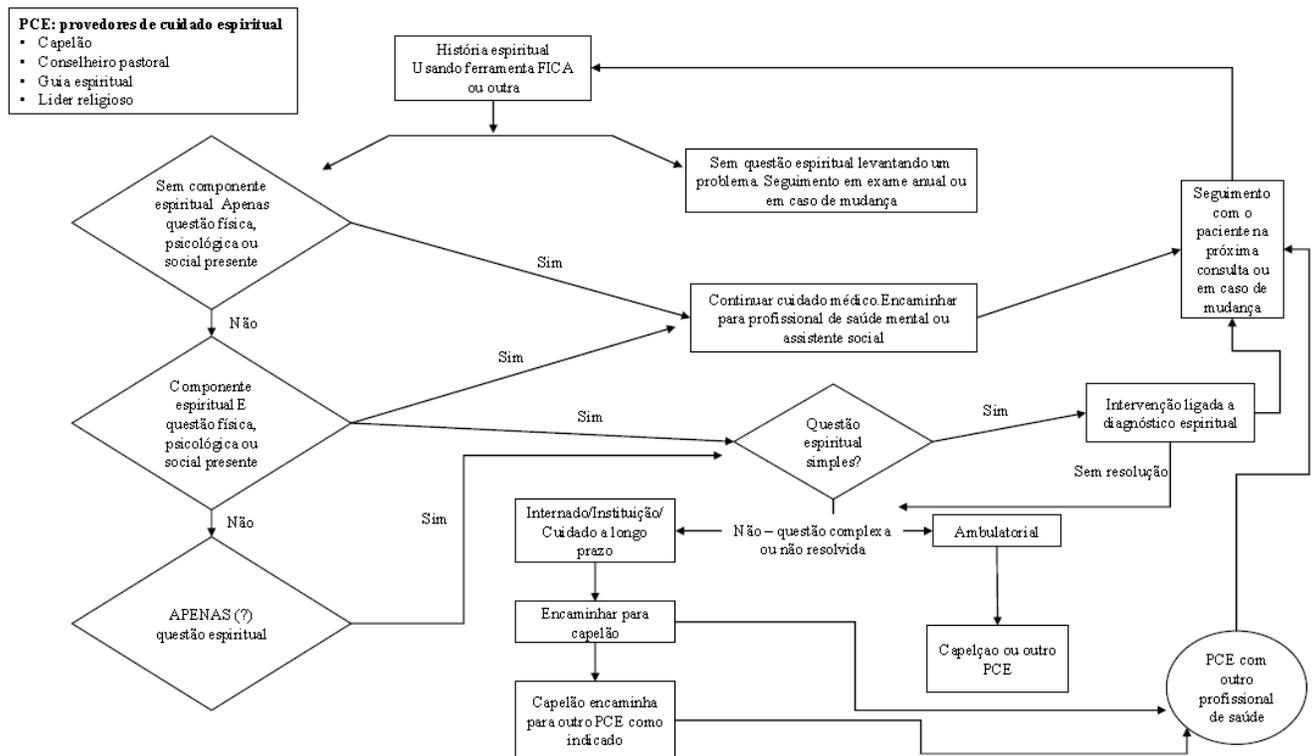
Entretanto esses dados devem ser analisados com cuidado. As faculdades privadas apresentam cursos com foco em teologia e sua relação com a cultura e a religião, enquanto as públicas mostram uma visão mais abrangente do tema. Além disso, apenas 2 faculdades incluíram atividade prática em como integrar a espiritualidade no cuidado do paciente. E apenas 3 faculdades ensinam aos alunos como conduzir uma anamnese espiritual. Isso em um contexto onde 54% e 27% dos diretores das faculdades acreditavam que esse tema é muito importante e algo importante, respectivamente. O cenário mostra, então, que temos um tema considerado importante que praticamente não é integrado no ensino médico. LUCCHETTI et al (2012) atribuem isso a 3 fatores: uma disputa intensa pelo tempo no currículo; falta de pesquisa em espiritualidade e saúde no Brasil; e falta de docentes aptos a lecionar esses cursos.

O que parece comum a todos os cursos nacionais ou internacionais é a necessidade de estabelecer o que deve ser desenvolvido sobre o tema dentro do currículo médico. Pois o que ainda existe é uma grande heterogeneidade de conteúdos. (LUCCHETTI, 2012) Então, em 2011 o GWISH (George Washington Institute for Spirituality and Health) propôs um quadro que organiza, sob forma de domínios de competências, e ajuda a entender e abordar questões espirituais para inserção desse tema no currículo médico. (ANEXO 1).

Ao desenvolver as competências necessárias o médico de família e comunidade estará apto a realizar a abordagem de questões espirituais, definir se essas questões configuram um diagnóstico espiritual e traçar um plano, como mostrado no algoritmo desenvolvido por PUCHALSKI (figura 7).

As decisões envolvidas nas questões espirituais partem, portanto, da abordagem da espiritualidade e seus desdobramentos. O contexto sócio-cultural influencia a forma como os conflitos e angústias espirituais afetam as pessoas e como podem aparecer na sua narrativa e até como os médicos identificam e abordam essas situações.

Figura 7 – Caminhos para decisões no diagnóstico espiritual.



Fonte: adaptado de PUCHALSKI et al 2009 (tradizido pela autora)

Na figura acima, PUCHALSKI propõe o uso de uma ferramenta ou instrumento na anamnese para o rastreamento de questões espirituais. Essa ferramenta validada foi desenvolvida pela autora em conjunto com médicos generalistas e é composta por uma série de perguntas abertas que compõe um roteiro de anamnese. Esse roteiro poderia ser incluído tanto na história social do paciente como compor uma história espiritual do mesmo. Existem diversos instrumentos ou ferramentas que foram desenvolvidas com o objetivo de ajudar os médicos a conduzirem a história espiritual da pessoa, a maioria usa acrônimos que remetem àquilo que o roteiro de perguntas busca avaliar como em uma entrevista semi-estruturada.(ANEXO 1) Assim, é possível perceber se a pessoa possui alguma fé, prática espiritual ou religiosa, qual a importância disso na sua vida e no seu processo de adoecimento, se isso contribui para o suporte social da pessoa e se ela gostaria que essas questões fossem incluídas no seu cuidado, entre outras.

A partir desse rastreamento seria possível avaliar se há alguma questão relacionada à espiritualidade que possa ter impacto negativo como uma angústia. Caso negativo, a pessoa pode ser referenciada a um profissional de saúde mental e seu cuidado continuado. Caso positivo, deve-se diferenciar entre um componente espiritual associado a uma doença física ou apenas uma questão espiritual. Na existência de uma doença física associada, o cuidado médico prossegue, mesmo que seja necessária uma referência a um profissional ou líder religioso. Essa referência se dará em casos onde a questão espiritual for complexa ou difícil de ser resolvida. Nesses casos o grande desafio parece ser, além do próprio reconhecimento das questões espirituais no ambiente da saúde, a articulação do cuidado entre profissionais de saúde e provedores de cuidados espirituais. Para isso não parece haver uma fórmula ou formato pronto, mas experiências singulares de cada profissional que se deparou com uma situação dessas em sua prática clínica e não a ignorou, mas a incorporou à medicina e ao cuidado centrados na pessoa.

3. METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma análise documental sobre espiritualidade e saúde seguida de uma série de entrevistas semi-estruturadas com 10 (dez) médicos de família e comunidade de diversas nacionalidades. O objetivo foi explorar se questões relativas à espiritualidade surgem em suas práticas clínicas e como são abordadas.

Para participar do estudo o médico deveria ter no mínimo de 5 anos de formado, realizado residência médica ou possuir título de especialista na área, atuar diretamente com o cuidado dos pacientes e suas famílias ou em atividades de docência. Além disso, foram coletadas as seguintes informações a respeito dos participantes: interesse pelo tema da espiritualidade, filiação religiosa, frequência a eventos e rituais religiosos, práticas religiosas no exercício do trabalho e exercer função ou liderança religiosa na sua comunidade. Os médicos estrangeiros foram contactados pessoalmente pela pesquisadora durante o congresso europeu da WONCA (World Organization of Family Doctors) em Lisboa, Portugal, de 5 a 7 julho de 2014. A abordagem dos médicos foi feita aleatoriamente e a seleção, pela disponibilidade em falar sobre o tema. Os médicos brasileiros foram selecionados também aleatoriamente e pela disponibilidade em falar sobre o tema.

Após assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 4), as entrevistas com os médicos estrangeiros foram realizadas via Skype®, enquanto com médicos brasileiros foram realizadas pessoalmente. As entrevistas foram gravadas e transcritas. As entrevistas concedidas por médicos estrangeiros foram traduzidas do idioma inglês.

As entrevistas foram compostas de perguntas relativas à abordagem da espiritualidade no método clínico centrado na pessoa, conforme praticado pelos médicos de família e comunidade. Os participantes foram solicitados a refletir sobre como questões espirituais florescem em um ambiente clínico e descrever os problemas espirituais mais comuns na prática do cuidado. Foi pedido que exemplificassem com casos e narrativas de pessoas, com o objetivo de se analisar como esses médicos percebem e avaliam a presença do componente espiritual, qual a sua influência no diagnóstico, projeto terapêutico e relação médico paciente. Para isso, foi utilizado um roteiro de entrevista (ANEXO 3) com algumas perguntas abertas, com o objetivo de conduzir

a discussão. Entretanto, conforme o andamento da entrevista e durante a mesma, outras perguntas foram acrescentadas pela entrevistadora com o objetivo de explorar ou esclarecer pontos importantes. O resultado foi submetido à análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de interpretação de texto qualitativa utilizada para encontrar respostas para as questões formuladas e verificar hipóteses, além de permitir descobrir o que está por trás dos conteúdos expressados. Através desse tipo de análise podemos avaliar com maior profundidade o que está sendo comunicado, indo além do que é aparente. Para isso, a análise de conteúdo abrange cronologicamente três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (MINAYO, 2002)

Na fase de pré-análise, são estabelecidas as unidades de registro, que correspondem a uma palavra, tema, personagem de uma narrativa, acontecimento relatado ou documento que serão destacadas nas mensagens. Além disso, são estabelecidas unidades de contexto, com a finalidade de precisar o contexto do qual faz parte a mensagem, e foram definidas categorias a partir das quais foram destacados trechos significativos das entrevistas. Tudo isso é aplicado, então, na segunda fase de exploração do material. (MINAYO, 2002)

Na análise das entrevistas deste estudo foram utilizadas as seguintes categorias de análise: conceito, abordagem, aplicabilidade e importância da espiritualidade na medicina centrada na pessoa; exemplos práticos vividos pelos médicos e seus significados.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação o resultado das fases anteriores foi analisado, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. (MINAYO, 2002)

4. DISCUSSÃO

Os médicos de família entrevistados compartilham o entendimento que o componente espiritual é importante nas narrativas que as pessoas constroem para contar a história do seu adoecimento, ainda que não exista uniformidade no conceito de espiritualidade mencionado por eles. Constatou-se que a prática dos médicos de família na escuta e no cuidado das pessoas já está baseada no modelo biopsicosocioespiritual.

“O doente não é um ser só físico ou psicológico, ele é físico, psicológico, social e espiritual. As pessoas não são uma coisa fora e outra coisa dentro da consulta, logo a espiritualidade da pessoa é indissociável da consulta.” (M 2)

O termo espiritualidade pode aparecer de forma muito ampla, confundindo-se com outras questões existenciais, ou ainda com a religião. Essa questão aparece já no início da entrevista com o M4 que esclarece que o termo espiritualidade, como muitas vezes usado em sua língua ou para finalidade de pesquisa científica, não corresponde ao que os portugueses chamam de espiritualidade. Para os seus compatriotas o termo espiritualidade pode servir para designar um tipo de prática religiosa similar no que cohecemos no Brasil como Espiritismo, com rituais de comunicação com os mortos. Já para alguns outros entrevistados o conceito se assemelha bastante com o que é descrito nos artigos de PUCHALSKI e KOENIG, sofrendo inclusive críticas quanto a sua polissemia e excessiva abrangência. Isso ocorre pelo fato da espiritualidade estar ligada à forma como um indivíduo ou um determinado grupo de pessoas pensam a vida e a existência, incluindo pensamentos não necessariamente religiosos.

“Eu vejo alguma diferença entre religião e a dimensão espiritual. Há pessoas que têm essa dimensão espiritual mais presente e pode ser necessário trazer isso à tona em alguns momentos. Nem sempre a espiritualidade se revela por uma religiosidade e realmente há pessoas que tem dimensão espiritual mais presente e verbalizam isso. O contato com a natureza ou uma maneira de ser ética, mesmo que não seja nomeada por nenhuma religião. Algumas experiências que as pessoas acham que não conseguem encaixar na

explicação habitual, há pessoas que tendem a fazer isso. É uma dimensão espiritual quando há uma sensação de mudança.” (M 6)

“Muitas pessoas são religiosas, mas não têm a espiritualidade envolvida, às vezes, na sua prática religiosa. E às vezes, ao contrário, as pessoas têm uma espiritualidade muito grande, mas não tem uma vinculação religiosa, pensando a religião como uma estratégia institucional, de hábitos, de costumes, de procedimentos, de regras morais e de regras de comportamento que as pessoas assumem de um determinado grupo ou de uma coletividade.” (M10)

O que os médicos percebem é a espiritualidade como uma forma que as pessoas encontram para dar sentido as suas experiências, incluindo aquelas relativas ao adoecimento. Esse componente pode estar mais ou menos presente no universo simbólico da pessoa, mas assim como outros fatores não biológicos, podem ser determinantes de saúde, devendo ser estudados tanto na perspectiva do médico como na perspectiva da pessoa. Assim, pode-se chegar mais próximo da medicina centrada na pessoa, na qual fatores externos são avaliados em função da pessoa e não negados, como tende-se a fazer em uma sociedade cada vez mais racionalizada e, de certa forma, mais cética.

“Eu acho que o que é importante na medicina, na clínica do dia-a-dia e principalmente na clínica da atenção primária é perceber (...) a espiritualidade. Eu acho que ela vai estar presente quando a gente na escuta ativa, de alguma forma, aborda a questão da transcendência, aborda a questão dos significados relacionados à própria vida e em algumas situações à morte, aos relacionamentos, aos projetos de felicidade...” (M10)

Na MCP desaparecem os limites entre doença funcional ou orgânica ou entre a doença e o sentir-se doente. (PERESTRELLO, 1974) O que importa é como as questões espirituais influenciam seu funcionamento e suas relações. Isso reforça a importância de perceber a MCP como uma medicina baseada na narrativa construída pela pessoa e pelo médico, como discutido por FAVORETO (2011).

Curiosamente, parece ser a própria MCP baseada na narrativa que torna menos necessário o conhecimento teórico do conceito de espiritualidade tão debatido neste trabalho. Pois ao compreendê-la dessa forma o que importa é a influência que determinadas questões têm na construção daquela experiência e que significado lhe é atribuído e suas repercussões na história contada. Logo, parece importar pouco se elas são conceitualmente definidas como religiosas, espirituais ou existenciais. Nesse caso, o mais importante é o seu reconhecimento e a habilidade de comunicação do médico, o que vai impactar diretamente a sua competência em praticar a MCP considerando a narrativa da pessoa como fio condutor.

Os entrevistados mostraram que entendem o significado do cuidado centrado na pessoa como uma prática na qual o médico age como facilitador do que a pessoa deseja para seu cuidado em saúde. Isso pareceu influenciar o fato de todos os médicos entrevistados declararem que não fazem a abordagem da espiritualidade das pessoas de forma sistemática, mas sim esperando que isso seja trazido por elas para o contexto do encontro clínico. Essa atitude aberta, porém expectante, já tinha sido descrito na revisão feita por VERMANDERE (2011) como um ponto de consenso entre os médicos de família entrevistados por diversos pesquisadores.

“Se a religião significar alguma coisa, se tiver alguma influência na sua visão ou decisão da situação, então eu pergunto.” (M3)

“A minha posição é nunca provocar este assunto. O meu objetivo é deixar a pessoa decidir se quer falar sobre isso” (M5)

“Não posso dizer que o faça sistematicamente, ou seja, se pergunto sobre religião, mas vendo que isso é relevante trago o assunto para discussão na consulta. Noutros casos eu não faço sistematicamente, faço em uma base oportunística” (M7)

A falta de sistematização na abordagem da espiritualidade favorece que ela seja utilizada de uma forma menos estruturada, quando o médico tem a “sensação” de que esse assunto é importante. Esse processo foi denominado como “intuitivo” pelos médicos entrevistados e parece ser o que PERESTRELLO aponta como a percepção de “códigos que acompanham a linguagem

verbal, representados pela inflexão de voz, seu tom e modulação, as paradas mais ou menos bruscas ao falar, o alongamento das frases; pela mímica facial; pelos gestos; tudo isso a revelar o estado de ânimo...” (PERESTRELLO, 1974 p.173). Portanto, alguns médicos definiram como intuição a capacidade que possuem de fazer a “leitura” das pessoas usando a linguagem verbal e não-verbal. Ao atribuir essa competência a um processo de sensibilidade do médico, ligado a sua experiência individual, os médicos entrevistados reforçam que a medicina centrada na pessoa é baseada na análise do discurso da pessoa para se construir uma narrativa.

Mas esse processo não precisaria ser totalmente “intuitivo”, no sentido de não ter sido desenvolvido no currículo médico na graduação ou na pós-graduação. Nenhum dos médicos entrevistados diz ter recebido treinamento formal para abordar questões espirituais. Portanto, a sugestão de PUCHALSKI de uma cadeira estruturada no desenvolvimento de competências através de metodologias diversas (ANEXO 2) parece bastante adequada para o ensino da abordagem e reconhecimento de questões espirituais. Dentro desse programa seria interessante que os médicos conhecessem as expressões que podem aparecer no discurso das pessoas como sistematizado por PUCHALSKI (2012) na tabela 2. O reconhecimento de referências no discurso associado ao estudo mais amplo das narrativas como análise do discurso da pessoa e a capacidade de trabalhar com elas dentro da perspectiva de uma MCP são passíveis de treinamento adequado. O domínio desse conhecimento que envolve a interpretação de questões subjetivas é importante, pois a espiritualidade pode estar entremeada na narrativa das pessoas sem necessariamente exigir perguntas específicas sobre o assunto. Logo, o desenvolvimento das competências relacionadas à comunicação são fundamentais.

“Geralmente é a narrativa que dá essa dica. Agora, não é uma fala específica, é o conjunto da narrativa, é a forma como a narrativa se estrutura. Porque a narrativa não é um conjunto de objetos que você apreende e simplesmente encaixa. Narrativa é antes de tudo uma perspectiva de como eu conto a minha história. Como eu conto a minha história é a forma como eu estou dando.” (M10)

Para perceber questões relacionadas à espiritualidade na história que é contada, o MFC precisa realizar o diagnóstico nas quatro dimensões descritas por OLESEN (2003): biomédico,

contexto, características pessoais, social e de redes sociais. Para isso, o MFC utiliza ferramentas clássicas de ordem biomédica e ferramentas de comunicação. Assim, como destacado por esse autor, a Medicina de Família utiliza conhecimentos de outras disciplinas com as quais passa a formar áreas de interseção como a psicologia médica, a sociologia e a antropologia médicas. (OLESEN, 2003) Mas o que já aparece descrito na teoria, não parece estar integrado no ensino atual da MFC, aparecendo no relato dos médicos entrevistados mesmo como uma deficiência.

“E , de fato, a espiritualidade tem a ver com esses aspectos comunicacionais. E na minha opinião a medicina geral ou a familiar e comunitária peca muito por não ir beber na sociologia, na antropologia, na filosofia, esses aspectos que todos andamos a tratar. E até parece que são coisas diferentes, mas é tudo a mesma coisa. Eu acho que teria toda a vantagem nós tentarmos cada vez mais articular as ciências básicas. De fato iríamos ajudar muito a perceber nomeadamente aspecto psicológicos, aspectos filosóficos, e o que de fato está por trás das queixas das pessoas.” (M8)

Para os médicos que conseguem perceber a espiritualidade das pessoas e sua relação com a saúde ou a doença, a integração de conhecimentos afins tem vindo do seu universo pessoal. Assim o que pareceu mais influenciar a competência do médico em exercer a MFC como descrita por OLESEN foram seus interesses pessoais em estudar outras disciplinas além daquelas que lhe foram propostas no seu currículo formal. Nesse contexto, talvez as ferramentas para abordagem da espiritualidade apresentadas no ANEXO 1 e as expressões-chave descritas na tabela 2 assumam um papel importante.

O ideal parece ser a abordagem não estruturada (baseada na narrativa) associada à estruturada (com uso de ferramentas e instrumentos validados), como indicado por VERMANDERE (2011). Ainda que questionários e roteiros pré-determinados sofram críticas como uma forma de objetivação de processos interpretativos.

“Acho que essa coisa da internet, do computador, das ferramentas do computador, da inteligência artificial fez com que a gente começasse a padronizar muita coisa e pra mim, que sou de um outro momento, essa idéia de ferramenta, essa idéia do que a medicina está

fazendo com as ciências sociais de pegar e começar a transformar em guideline tudo o que as ciências sociais elaboram de uma maneira mais subjetiva envolvendo uma dimensão interpretativa, envolvendo vários saberes que se interagem de modos variados em cada autor. Então a filosofia, a pedagogia... aí vem um americano e faz um guideline: como eu vou observar uma consulta!” (M10)

Entretanto, esse formato de ferramenta ou instrumento pode servir como apoio técnico para a condução da conversa durante a consulta. Se bem aplicada, a ferramenta pode servir como um lembrete e ajudar no desenvolvimento da comunicação. Seu uso regular pode levar a sua incorporação rotineira nas conversas de forma que não pareça como um protocolo a ser seguido mecanicamente, mas que emerge naturalmente do encontro entre o médico e a pessoa.

Os exemplos de casos dados pelos médicos quando solicitados a lembrar de situações em que questões espirituais foram importantes remetem na sua maioria a momentos de grandes crises na vida de seus pacientes. Casos de doenças graves, discussão da terminalidade e luto foram as mais lembradas. Nessas ocasiões, as pessoas costumam exteriorizar conflitos espirituais com questionamentos existenciais (por exemplo: “Por que eu?”, “Por que isso aconteceu justo comigo?”, “O que eu fiz para merecer isso?”), por vezes com sensação de abandono (p. ex: “Porque Deus permitiu isso?”). Mas podem também associar a fatores como esperança (p. ex: fazendo promessas para obter ajuda), contentamento (p. ex: “Foi assim porque Deus quis!”) ou agradecimento (p.ex: “Foi Deus quem me curou!”). O que se percebe é que ao descreverem experiências com pacientes, os médicos acabam recordando de situações mais ligadas à religião. Em situações onde há evocação do nome de Deus ou alguma outra referência mais explícita ao assunto. Talvez esses sejam de fato os casos mais marcantes, ou o conceito de espiritualidade pode ser difícil de ser utilizado na prática clínica mesmo para médicos que possuem referências bem claras. O que todos os médicos entrevistados concordam é a importância que essas questões assumem para “pessoas conseguirem encaixar aquilo que está acontecendo numa explicação que é coerente, naquilo que as pessoas acreditam, são utilizadas para dar sentido à experiência da pessoa” (M6); seria uma forma de “compreender porque aspecto aconteceu nas suas vidas” (M1). Assim fica ainda mais evidente que as chances das questões referentes à espiritualidade serem percebidas e abordadas estão ligadas à competência e à disposição do médico em praticar a medicina baseada em narrativa.

“Fundamentalmente eu penso que se olharmos para a medicina familiar também como uma medicina narrativa e no fundo construir a biografia do paciente e trabalhar essa narrativa, o aspecto das convicções religiosas é fundamental, que no fundo é a chave de leitura que a pessoa usa para a sua narrativa. Portanto se não tivermos isso em mente provavelmente não vamos perceber a história.” (M1)

“Então eu acho que os pensamentos e as concepções religiosas do paciente são tão importantes quanto outras coisas que influenciam a forma como os pacientes dão sentido para as suas vidas, seus sintomas.”(M3)

“Numa primeira fase tento fazer com que a pessoa se veja em que sentido que ela está, de tomada consciência do seu problema ou numa fase mais posterior ainda de desorganização e não se percebe, ou se está numa fase mais da organização. E aí é que eu tento não só perceber isso, mas também ajudar a ela questionando, fazendo perguntas, no sentido dela própria construir a sua história, a sua narrativa pra encontrar aqui algum sentido nas coisas que estão a acontecer.” (M8)

Além de contribuir para a narrativa biográfica da pessoa e seu entendimento acerca do adoecimento, o simples interesse e, portanto, a abordagem dessas questões realmente colabora para a construção da relação médico-pessoa como descrito nos artigos. Nesse momento, o médico apresenta-se como alguém “curioso” para entender o problema no seu contexto, valorizando o conteúdo das falas de uma forma interpretativa. A história que a pessoa conta a seu respeito pode aproximá-la do médico com confiança, de modo que ambos possam ampliar sua discussão para além dos sintomas clínicos em direção àquilo que de fato importa para a pessoa. (M7)

“...mas eu sempre digo que eu estou interessada no que você pensa e faz, eu estou aberta, eu estou curiosa a respeito da sua vida porque nós temos que trabalhar juntos. E daí eles começam a me contar. E para mim é muito importante dizer-lhes que eu não tenho medo, que está tudo bem para mim, e que eu estou mais curiosa para saber como isso afeta as suas vidas e como isso poderia contribuir para uma vida melhor.” (M7)

“Mas eu acho que, de fato, falar nesses aspectos ajudam-nos a perceber não só melhor as pessoas, mas ajuda a construir e reforçar a relação médico-doente de uma forma muito intensa, o que vai ter repercussões não só a adesão ao tratamento, mas também no follow-up e em todo nosso plano terapêutico da pessoa. E, de fato, fica ali uma relação diferente.”(M8)

Dessa forma, a grande contribuição para a prática clínica da abordagem de questões ligadas à espiritualidade vai além de um mero conhecimento do contexto de adoecimento e de práticas dogmáticas que podem influenciar decisões em saúde, como discutido na introdução. Ao contribuir para o aprofundamento da relação transpessoal que ocorre no encontro entre o médico e a pessoa, conversar sobre essas questões fortalece o vínculo com segurança permitindo a pessoa confiar ao médico seus problemas. Isso pode contribuir para o processo de catarse como descrito por PERESTRELLO, que é o resultado de uma configuração benéfica médico-paciente. A catarse, então, não é a causa e sim efeito da melhora que se processa no íntimo do indivíduo. Nessa configuração de relação, podemos dizer que tanto médico quanto pessoa podem ser vistos como o próprio medicamento. (PERESTRELLO, 1974)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para estudar o tema da espiritualidade na medicina centrada na pessoa veio de casos complexos que pude acompanhar como médica de família. Nesses casos, questões espirituais apareciam durante o encontro da consulta, muitas vezes com consequências bem claras e diretas sobre o cuidado em saúde e outras com influências indiretas, como um elemento capaz de dar sentido às experiências das pessoas.

Ao iniciar o estudo fazendo o levantamento bibliográfico, percebi que esse assunto vem ganhando interesse no mundo acadêmico e que o número de publicações vem crescendo bastante na última década. No caminho descobri que diversos autores criaram ferramentas parecidas com roteiros de anamnese para ajudar os médicos a abordar um tema que parecia demasiado desconhecido da maioria e que, portanto, careceria de um guia formal que pudesse ser utilizado sempre que necessário. A maioria das referências que encontrei, conforme os descritores que selecionei, é dos Estados Unidos, sociedade conhecida pela sua capacidade de organizar e sistematizar conhecimentos. Isso me fez pensar que o olhar sobre esse tema poderia ser bastante variado e influenciado por questões culturais, que países diferentes teriam visões distintas.

Por isso entrevistamos médicos de família de países diferentes, com culturas diversificadas. O conceito de espiritualidade pareceu bastante semelhante para os médicos, exceto para um de origem portuguesa, ainda que nenhum tenha estudo prévio específico sobre o tema. Mas ainda que não houvesse clareza teórica sobre o que define a espiritualidade e sua diferença em relação à religião, as reflexões feitas sobre como essas questões aparecem na clínica, a forma como devem ser abordadas e o papel do médico de família corroboraram-se e complementaram-se permitindo algumas conclusões.

Ao analisar as entrevistas ficou evidente o grande número de vezes em que o termo “narrativa” era repetido pelos médicos. Esse termo aparecia toda vez que eles justificavam a inserção de questões espirituais na medicina e no cuidado centrado na pessoa. A prática da MFC como uma medicina baseada em narrativa pareceu bastante clara. Com isso foi possível perceber que para observar e abordar a espiritualidade o médico não necessariamente precisava ter conhecimento teórico sobre o tema, mas tinha competência para perceber a importância das narrativas da pessoa no seu cuidado em saúde. Essa competência em nenhum dos médicos entrevistados foi contruída através de treinamento formal sobre espiritualidade, mas se deu ao

longo de sua prática como médico de família. Para exercer a MFC alguns receberam treinamento para exercer a medicina centrada na pessoa e outros não. Mas o que pareceu ser o maior facilitador dessa prática clínica onde as narrativas têm um papel importante no cuidado foram os interesses pessoais em disciplinas diversas que possuem áreas de interseção com a medicina como comunicação, psicologia, antropologia e sociologia. Com isso, fui percebendo que as ferramentas para abordagem da espiritualidade propostas por diversos autores (ANEXO I) não eram conhecidas ou aplicadas pelos médicos. Também grande parte das expressões-chave do discurso das pessoas que remetem a conflitos espirituais descritos por PUCHALSKI (tabela 2) são pouco reconhecidas, inclusive por médicos experientes e com domínio da MCP. Portanto, os médicos não parecem estar instrumentalizados para perceber como as questões espirituais podem se apresentar. Isso pode acabar gerando um “subdiagnóstico” de como a espiritualidade influencia a vida da pessoa e seu entendimento da doença.

Talvez por isso a discussão pareceu apontar mais para o papel da narrativa na medicina centrada na pessoa do que para a espiritualidade em si. As questões espirituais fariam tanto sentido como qualquer outra questão que fosse capaz de influenciar como a pessoa conta a sua história, como forma sua identidade e suas redes sociais de suporte.

Porém pareceu haver concordância que falar sobre a espiritualidade de uma forma aberta com as pessoas, permite ao médico entrar na sua intimidade. Como grande contribuição disso vem o fortalecimento da relação médico-pessoa, que depende bastante da pessoa poder confiar que o espaço de cuidado em saúde pode comportar a reflexão de questões bastante pessoais que, a princípio, podem parecer não relacionadas com a clínica.

Talvez o terreno dessa discussão seja o do vínculo entre médico e pessoa e sua influência no seu cuidado. E nesse caso, a abordagem da espiritualidade contribui para a criação desse vínculo, seu fortalecimento, e propicia o aprofundamento do diálogo entre médico e pessoa. Essa profundidade em que a pessoa tem no médico um interlocutor para a sua biografia, onde a conversa vai muito além de problemas meramente clínicos, pode ser um dos fatores mais importantes para os resultados positivos em saúde.

O próximo passo parece ser oferecer treinamento formal para o desenvolvimento da abordagem da espiritualidade tanto de forma não-estruturada (baseada na narrativa com desenvolvimento de competência em comunicação), quanto associada à estruturada (com uso de

ferramentas e instrumentos validados), e verificar se há modificação na sensibilidade do médico para o assunto e sua repercussão na MCP e na relação médico-pessoa.

REFERÊNCIAS

ALVES, Z.M.M.B.; SILVA, M.H.G.F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia* (Ribeirão Preto), n. 2, p. 61-69, 1992

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice. *American family physician*, 63(1), 81-88, 2001

ANDERSON, J.M.; ANDERSON, L.J.; FELSENTHAL, G. Pastoral needs and support within an inpatient rehabilitation unit. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 74, n. 6, p. 574-578, 1993.

ASTROW, A.B.; SULMASY, D.P. Spirituality and the patient-physician relationship. *JAMA*, v. 291, n. 23, p. 2884-2884, 2004.

BAETZ, M.; TOEWS, J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, v. 54, n. 5, p. 292-301, 2009.

BALINT, M. *O médico: seu paciente e a doença*. Atheneu, 1988.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BISCAIA, A.R. *Futurar em positivo: satisfação no trabalho*. Lisboa: Grafissol, 2013

BLAZER, D.G. Religion, spirituality, and mental health: what we know and why this is a tough topic to research. *Can J Psychiatry*, v. 54, n. 5, p. 281-282, 2009.

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

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n. 1, p. 3, 2005.

BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C.M. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. Journal of pain and symptom management, v. 40, n. 2, p. 163-173, 2010.

BROWN, J. B. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Artmed, 2010.

BÜSSING, A.; BALZAT, H. J.; HEUSSER, P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. European journal of medical research, v. 15, n. 6, p. 266, 2010.

CAIRNS, W. Science relocating spirituality into the bio-psycho-social. Palliative medicine, v. 26, n. 2, p. 187-188, 2012.

CALLAHAN, D. The WHO definition of health. Studies-Hastings Center, v. 1, n. 3, p. 77, 1973.

CAMARGO JR, K.R. A biomedicina. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 15, p. 177-201, 2005.

CAMP, M.E. Religion and spirituality in psychiatric practice. Current opinion in psychiatry, v. 24, n. 6, p. 507-513, 2011.

CAREGNATO, R.C.A., MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CHIBNALL, J.T.; BROOKS, C.A. Religion in the clinic: the role of physician beliefs. Southern Medical Journal, v. 94, n. 4, p. 374-379, 2001.

Clinical practice guidelines for quality palliative care. National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2013 disponível em : www.nationalconsensusproject.org (Último acesso em 28;02;2014)

COTTON, S. et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. S5, p. S5-S13, 2006.

DAALEMAN, T.P.; NEASE, D.E. Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. *The Journal of family practice*, 1994.

DAVISON, S.N.; JHANGRI, G.S. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of pain and symptom management*, v. 45, n. 2, p. 170-178, 2013.

DE CASTRO, M.G.; ANDRADE, T.M. Ramos; MULLER, M.C. Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em estudo*, v. 11, n. 1, p. 39-43, 2006.

DOBBIE, A.E., et al. "The BELIEF instrument: a preclinical teaching tool to elicit patients' health beliefs." *Fam Med* 35.5: 316-9, 2003

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas Interviews in qualitative research. *Educar em revista*, v. 24, p. 213-225, 2004.

EAKIN, E. I feel, therefore I am. *The New York Times*, April, v. 19, 2003.

EHMAN, J.W. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?. *Archives of Internal Medicine*, v. 159, n. 15, p. 1803-1806, 1999.

ELLIS, M.R. et al. What do family physicians think about spirituality in clinical practice?. *Journal of Family Practice*, v. 51, n. 3, p. 249-258, 2002.

ELLIS, M.R.; CAMPBELL, J.D. Concordant Spiritual Orientations as a Factor in Physician--Patient Spiritual Discussions: A Qualitative Study. *Journal of religion and health*, v. 44, n. 1, p. 39-53, 2005.

EUROPA, Wonca. A definição europeia de Medicina Geral de Familiar. *Wonca Europa*, p. 6-14, 2002.

FAVORETO, C.A.O.; KRd,C.J. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface*, 15(37), 473-483, 2011.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GEORGE, L.K. et al. Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of social and clinical psychology*, v. 19, n. 1, p. 102-116, 2000.

GRANT, E. et al. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliative & supportive care*, v. 2, n. 04, p. 371-378, 2004.

GREENHAIGH, T.; HURWITZ, B. Why study narrative?. *Western Journal of Medicine*, 170(6), 367, 1999.

JUNG, C.G. *Psicologia e religião*. Vozes, 1978.

KING, D.E. et al. Experiences and attitudes about faith healing among family physicians. *The Journal of family practice*, v. 35, n. 2, p. 158-162, 1992.

KING, D.E.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *The Journal of family practice*, 1994.

KING, M.B.; KOENIG, H.G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*, v. 9, n. 1, p. 116, 2009.

KOENIG, H.G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.

KOENIG, H.G. et al. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 40, n. 4, p. 391-398, 2010.

KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V.B. *Handbook of religion and health*. Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H.G. *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. L&PM, 2012.

KOENIG, H.G. *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. ISRN psychiatry, v. 2012, 2012.

KRETCHY, I.; OWUSU-DAAKU, F.; DANQUAH, S. Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients?. *BioPsychoSocial medicine*, v. 7, n. 1, p. 15, 2013.

KRISTELLER, J.L.; SHEEDY ZUMBRUN, C.; SCHILLING, R.F. 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, v. 8, n. 5, p. 451-458, 1999.

KUSHNER, R.F.; SORENSEN, K.W. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, v. 20, n. 5, p. 389-395, 2013.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459-66, 2010.

LAPLANTINE, François. Antropologia da doença. In: *Antropologia da doença*. Martins Fontes, 2010.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Structural anthropology*. Basic Books, 2008.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*, 1932.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC medical education*, v. 12, n. 1, p. 78, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. *Integrating Spirituality into Primary Care. Primary Care at a Glance-Hot Topics and New Insights*, ISBN, p. 978-953, 2012.

MACLEAN, C.D. et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *Journal of General Internal Medicine*, v. 18, n. 1, p. 38-43, 2003.

MARCEL, G. *Being and having*. University Press, 1949.

MAUGANS, T.A.; WADLAND, W.C. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *The Journal of family practice*, v. 32, n. 2, p. 210, 1991.

MAUGANS, T. A. The spiritual history. *Archives of Family Medicine*, 5(1), 11-16, 1996.

MCNICHOL, T. The new faith in medicine. *USA Weekend*, v. 4, 1996.

MCWHINNEY, I.R. A textbook of family medicine. Oxford University Press, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MILLER, L. et al. Neuroanatomical Correlates of Religiosity and Spirituality: A Study in Adults at High and Low Familial Risk for Depression. *JAMA psychiatry*, p. 1-8, 2013.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

MINAYO, M. C. D. S., DESLANDES, S. F., CRUZ NETO, O., GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. *Vozes*, 2002

MONROE, M.H. et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 22, p. 2751-2756, 2003.

MURRAY, S.A. et al. General practitioners and their possible role in providing spiritual care: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*, v. 53, n. 497, p. 957, 2003.

NEELY, D.; MINFORD, E.J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Medical education*, v. 42, n. 2, p. 176-182, 2008.

OLESEN F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Family Practice* 2003; 20: 318–323.

OLSON, M.M. et al. Mind, body, and spirit: Family physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding the integration of patient spirituality into medical care. *Journal of Religion and Health*, v. 45, n. 2, p. 234-247, 2006.

PERESTRELLO, D. A Medicina da Pessoa. Atheneu, 1974.

POLZER CASAREZ, R.L.; ENGEBRETSON, J.C. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, n. 15-16, p. 2099-2107, 2012.

PUCHALSKI, C.M.; ROMER, A.L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000.

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

PUCHALSKI, C.M.; POST, S.G.; SLOAN, R.P. Physicians and patients' spirituality. *Virtual Mentor*, v. 11, n. 10, 2009.

PUCHALSKI, C.M.; POST, S.G.; SLOAN, R.P. Physicians and patients' spirituality. *Virtual Mentor*, v. 11, n. 10, 2009.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

PUCHALSKI, C.M. et al. Formal and informal spiritual assessment. *Asian Pac J Cancer Prev*, v. 11, n. Suppl 1, p. 51-7, 2010.

PUCHALSKI, C.M. Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of oncology*, v. 23, n. suppl 3, p. 49-55, 2012.

PUCHALSKI, C.M. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, v. 123, n. 9, p. 491-497, 2013.

PUCHALSKI, C.M. et al. Spirituality and Health: The Development of a Field. *Academic Medicine*, v. 89, n. 1, p. 10-16, 2014.

SASSER, Charles G.; PUCHALSKI, Christina M. The humanistic clinician: traversing the science and art of health care. *Journal of pain and symptom management*, v. 39, n. 5, p. 936-940, 2010.

SCALA, André. Espinosa. Estação Liberdade, 2003.

SCHUSTER, M.A., et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine* 345:1507-12, 2001.

SILBERMANN, M. et al. Promoting new approaches for cancer care in the Middle East. *Annals of oncology*, v. 24, n. suppl 7, p. vii5-vii10, 2013.

SOUZA, A. N. A narrativa na transmissão da clínica. In: RIBEIRO, Branca T, COSTA LIMA, Cristina & LOPES DANTAS, Maria Tereza (org). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro. Edições IPUB-CUCA, 2001, p. 215-240.

SPINALE, J. et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clinical journal of the American society of Nephrology*, v. 3, n. 6, p. 1620-1627, 2008.

STEWART, M. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. *BMJ: British Medical Journal*, v. 322, n. 7284, p. 444, 2001.

STEWART, M. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Publishing, 2003.

STEWART, M. Continuity, care, and commitment: the course of patient-clinician relationships. *The Annals of Family Medicine*, v. 2, n. 5, p. 388-390, 2004.

SULMASY, D.P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The gerontologist*, v. 42, n. suppl 3, p. 24-33, 2002.

SULMASY, D.P. *The rebirth of the clinic: an introduction to spirituality in health care*. Georgetown University Press, 2006.

TANYI, R.A.; MCKENZIE, M.; CHAPEK, C. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, v. 21, n. 12, p. 690-697, 2009.

TUOTO, EA. Os conselhos de Esculápio, uma visão obscura e contraditória da Medicina. Disponível em : <http://historyofmedicine.blogspot.com.br/2012/12/os-conselhos-de-esculapio-uma-visao.html> (Último acesso em 02/05/2014)

VASCONCELOS, E.M. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. Hucitec, 2006.

VASCONCELLOS, M.J.S. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Papirus, 9ed., 2012

VERMANDERE, M. et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *British Journal of General Practice*, v. 61, n. 592, p. e749-e760, 2011.

VIANNA, L.A.C. *Processo saúde-doença. Curso de Especialização em Saúde da Família-UNA-SUS| UNIFESP*, 2011.

VOLICH, R.M. *Psicossomática*. Casa do Psicólogo, 2000.

ANEXO I

BELIEF

- B: *Beliefs (crenças)*
- E: *Explanation (entendimento)*
- L: *Learn from the patient (aprenda do paciente)*
- I: *Impact (impacto)*
- E: *Empathy (empatia)*
- F: *Feelings (sentimentos)*

Dobbie, A.E., et al. "The BELIEF instrument: a preclinical teaching tool to elicit patients' health beliefs." *Fam Med* 35.5: 316-9, 2003.

HOPE

- H: *Sources of hope, meaning, confort, strength, peace, love and connection (fontes de fé, significado, força, paz, amor e conexão)*
- O: *Role of organizational religion (papel da organização religiosa)*
- P: *Personal spirituality/practices (práticas e espiritualidade pessoal)*
- E: *Effects on medical care/end-of-life issues (efeitos nos cuidados médicos/questões da terminalidade)*

Anandarajah, G., & Hight, E. Spirituality and medical practice. *American family physician*, 63(1), 81-88, 2001.

FICA

- F: *Faith or beliefs (Fé ou crenças)*
- I: *Importance and Influence (importância e influência)*
- C: *Community (comunidade)*
- A: *Address (endereço)*

Puchalski, C.; Romer, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137, 2000.

SPIRIT

- S: *Spiritual belief system (Sistema de crenças espirituais)*
- P: *Personal spirituality (espiritualidade pessoal)*
- I: *Integration with spiritual community (integração com a comunidade espiritual)*
- R: *Ritualized practices and restrictions (restrições e práticas ritualizadas)*
- I: *Implications for medical care (implicações para cuidados médicos)*
- T: *Terminal events planning (planejamento para a terminalidade)*

Maugans, T. A. The spiritual history. *Archives of Family Medicine*, 5(1), 11-16, 1996.

The Open Invite

Open – open the door to conversation (abrir a porta para a conversa)

Invite – invite the patients to discuss spiritual needs (convidar os pacientes para discutir suas necessidades espirituais)

ANEXO 2

Competências: uso para espiritualidade e saúde	Comportamentos
<p>Sistemas de saúde: aplicar o conhecimento em sistemas de saúde para defender espiritualidade no cuidado do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever a importância de incorporar a assistência espiritual no sistema de saúde • Descrever e avaliar os recursos da espiritualidade em um sistema de saúde e em uma comunidade • Comparar e diferenciar os recursos da espiritualidade em sistemas de saúde diferentes • Discutir as formas em que os sistemas de saúde podem dificultar a assistência espiritual • Descrever os métodos de reembolso para a assistência espiritual, incluindo financiamento para outras disciplinas como enfermagem, capelães e conselheiros • Discutir como fatores legais, políticos e econômicos da assistência em saúde influenciam a assistência espiritual • Explicar como a assistência espiritual impacta a qualidade geral e melhorias no cuidado do paciente • Descrever como a assistência espiritual é realizada por membros de equipes interdisciplinares e recursos da comunidade • Usar habilidades de apoio para a assistência espiritual nos sistemas de saúde incluindo o sistema local, regional e nacional
<p>Conhecimento: adquirir o conhecimento de fundamentos necessários para integrar espiritualidade da assistência ao paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar e diferenciar espiritualidade (amplamente definida) de religião • Discutir as relações entre espiritualidade, crenças religiosas e tradições culturais • Descrever como a espiritualidade se inter-relaciona com medicina complementar e alternativa • Discutir as principais tradições religiosas e como elas se relacionam com a assistência do paciente • Diferenciar entre história espiritual, rastreamento espiritual e avaliação espiritual • Descrever problemas espirituais/religiosos comuns na assistência clínica • Comparar e diferenciar fontes de força e angústia espiritual • Diferenciar entre espiritualidade e fatores espirituais como luto, fé e significado • Descrever questões limitantes em prover a assistência espiritual • Esboçar os achados chave em pesquisa sobre espiritualidade e saúde • Localizar e avaliar fontes de informação de espiritualidade/religião tanto online quanto impressas • Descrever como a espiritualidade dos pacientes pode afetar o seu cuidado num contexto específico

<p>Assistência ao paciente: integrar a espiritualidade na prática clínica diária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar apropriadamente a rede e suporte espiritual dos pacientes incorporando-as • Realizar uma história espiritual detalhado quando apropriado – por exemplo, complementando a história médica quando dando más notícias • Realizar o rastreamento espiritual quando apropriado • Realizar avaliações de angústias espirituais dos pacientes • Integrar recursos e questões espirituais dos pacientes no tratamento em curso e planos de alta • Colaborar com a família, outros profissionais, assistência pastoral e outros membros da equipe para direcionar a assistência espiritual de cada paciente • Convidar pacientes a identificar e explorar sua própria espiritualidade e vida interior • Responder apropriadamente a sinais verbais e não-verbais de angústia espiritual • Fazer encaminhamento oportuno para capelão ou conselheiro espiritual • Respeitar os sistemas de crença espiritual/religioso dos pacientes
<p>Presença compassiva: estabelecer uma presença e ação compassiva com pacientes, familiares e colegas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir porque servir o paciente é um privilégio • Descrever fatores externos e pessoais que limitam a sua habilidade de estar completamente “presente” com um dado paciente • Discutir porque a experiência de adoecimento do paciente é um elemento essencial para a relação médico-paciente • Discutir como você como cuidador pode ser mudado pela sua relação com o paciente • Demonstrar a habilidade de de empenhar-se em estar totalmente “presente” com um paciente • Descrever as estratégias para estar mais presente com os pacientes
<p>Desenvolvimento pessoal e profissional: incorporar espiritualidade no desenvolvimento pessoal e profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar as razões e os motivos que o levaram a profissão médica • Explorar o papel da espiritualidade na sua vida profissional • Refletir sobre os sinais de uma crise espiritual pessoal e métodos de intervenção • Identificar seus recursos de força espiritual • Descrever como a espiritualidade funciona como uma forma de conectar-se com a equipe de saúde, família e pacientes • Identificar suas comunidades de suporte profissional e pessoal

<p>Comunicação: comunicar-se com pacientes, família e equipe de saúde sobre questões espirituais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Praticar ouvir profundamente – ouvir o que está sendo comunicado através e entre as palavras, a linguagem corporal e as emoções • Praticar a investigação curiosa - uma prática não julgamentadora de exploração sem objetivos ou expectativas • Praticar reflexões perceptivas – espelhar para o paciente o que você ouve ou percene, mas sempre checar a “verdade” do seu reflexo com o paciente • Comunicar-se profissionalmente com prestadores de cuidado espiritual e outros membros da equipe sobre as angústias espirituais ou recursos dos pacientes • Usar comportamwnros não-verbais apropriados para sinalizar interesse no paciente • Demonstrar o uso do silêncio na comunicação com o paciente
---	--

Adaptado de PUCHALSKI, C. et al. "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference." Journal of palliative medicine 12.10: 885-904, 2009. (traduzido pela autora)

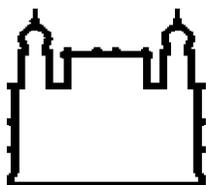
ANEXO 3

Roteiro para entrevista

Interview Guide

1. De acordo com alguns autores a espiritualidade dos pacientes e as questões relacionadas a ela, são um component do cuidado centrado na pessoa e deveriam ser abordados pelo médico de família/médico generalista. Qual a sua opinião sobre isto, de acordo com a sua prática? (importância/experiência)
According to some authors patient's spirituality and related issues is a component of patient centered care and should be approached by family physicians/general practitioners. According to your practice, what's your opinion?(importance/experience)
2. Que tipo de questões espirituais você vê na sua prática?
What kind of spiritual issues you see in your practice?
3. Como as pessoas levantam essas questões? Você poderia dar alguns exemplos da sua prática?
How patients bring up these issues? Could you give some examples from your practice?
4. Existe algum (ns) element(s) chave(s) durante a consulta que chama a sua atenção para a existência de alguma questão ou conflito espiritual associado?
Are there any key elements during the clinical encounter that brings you attention to an spiritual issue or conflict?
5. Se você percebe alguma questão espiritual você faz sua abordagem? Como?
If you notice an spiritual issue, do you approach it? How?
6. Como você lida com questões e conflitos espirituais na prática clínica?
How do you manage spiritual issues and conflicts in your clinical practice?
7. Qual seria o uso ou aplicação clínica dessas questões e da sua abordagem?
What would be the clinical application or use of this approach and issues?

ANEXO 4



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

“Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Medicina Centrada na Pessoa: o componente espiritual na abordagem pelo médico de família e comunidade”, desenvolvida por Mariana Gomes Fernandes, discente de Mestrado em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Sobre o objetivo central

O objetivo central do estudo é conhecer a existência e o tipo de abordagem da espiritualidade como parte do método clínico centrado na pessoa desenvolvido por MFC

Por que o participante está sendo convidado (critério de inclusão)

O convite a sua participação se deve à sua experiência como médico de família e comunidade no cuidado das pessoas. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Identificação do participante ao longo da pesquisa

Durante essa pesquisa, bem como na publicação dos resultados não serão utilizados quaisquer dados ou informações que possam identificar o participante

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a)”.

Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Explicitar benefícios diretos (individuais ou coletivos) ou indiretos aos participantes da pesquisa

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a compreensão da abordagem da espiritualidade pelos médicos de família e comunidade. Não serão providos quaisquer incentivos materiais.

Previsão de riscos ou desconfortos

Durante a entrevista você pode sentir-se desconfortável por ter compartilhado alguma informação pessoal ou que julgue inadequada. Nesse caso, a retirada ou não utilização do trecho em questão poderá ser solicitada

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa

Exemplo: Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Observações:

Uma cópia desse termo será fornecida ao participante. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Mariana Gomes Fernandes

Tel: (21) 99603-0493

e-mail: marianagf@globo.com

LOCAL E DATA

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

