

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Ana Paula Sena Lomba Vasconcelos

**Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e
implicações frente à prática clínica e à formação médica**

Juiz de Fora

2021

Ana Paula Sena Lomba Vasconcelos

Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente à prática clínica e à formação médica

Tese apresentada para a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, área de concentração: Saúde Brasileira, como requisito para a obtenção do título de Doutora.

Orientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Oscarina da Silva Ezequiel

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da
Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vasconcelos, Ana Paula Sena Lomba.

Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente à prática clínica e à formação médica /Ana Paula Sena Lomba Vasconcelos. -- 2021.

126 p.

Orientadora: Giancarlo Lucchetti

Coorientadora: Oscarina da Silva

Ezequiel

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2021.

1. Religiosidade. 2. Espiritualidade. 3. Prática Clínica.
4. Formação Médica. I. Lucchetti, Giancarlo, orient. II. Ezequiel, Oscarina da Silva, coorient. III. Título.

Ana Paula Sena Lomba Vasconcelos

Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente à prática clínica e à educação médica

Tese apresentada para a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, área de concentração: Saúde Brasileira, como requisito para a obtenção do título de Doutora.

Aprovada em: _____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Ocarina da Silva Ezequiel - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Rodrigo Guerra de Oliveira
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – SUPREMA Juiz de Fora

Prof. Dr. Rubens Lene Carvalho Tavares
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a. Dr^a. Jimilly Caputo Corrêa Veríssimo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. André Lúcio Pinto Coelho Stroppa
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

À força espiritual, incansável, que me impulsiona em todos os momentos da minha vida, indicando-me caminhos a serem percorridos do desconhecido ao autoconhecimento.

Família é tudo de melhor em nossas vidas. Ao meu marido André, companheiro, amigo e cúmplice em todos os projetos de vida que, lado a lado, encoraja os meus sonhos durante esses seis anos de estudo. As minhas amadas filhas, Andressa e Amanda, por fazer os dias mais leves e alegres, ensinaram-me a seguir em frente com simplicidade de criança. Aumenta a minha energia ouvir vocês falarem com admiração da mamãe. Vocês são muito fofas!

Ao Dr. Giancarlo Lucchetti, orientador que me conduziu ao conhecimento da Espiritualidade e Saúde, dando-me liberdade para aprender e indicando possíveis caminhos a trilhar que permitiram a excelência na orientação acadêmica. Gian, as escolhas não são ao acaso, as competências ensinadas fazem parte da minha prática profissional, obtive muito aprendizado com você, muito agradecida! À querida coorientadora, Dr^a. Oscarina da Silva Ezequiel, por ajudar-me com competência na condução detalhada e criteriosa desta pesquisa, atenta a cada detalhe. Osca, grata pelo incentivo! Aos professores doutores, Rubens Tavares, André Lúcio Stroppa, Rodrigo de Oliveira e Jimilly Veríssimo, pela honra de terem participado das bancas e contribuído para excelência do trabalho. Aos colegas da pós-graduação do NUGGER-UFJF, que comigo fizeram o mesmo trajeto de pesquisa e ensino, pela convivência harmoniosa e conhecimentos compartilhados. À professora Alessandra Lucchetti, por reforçar minha paixão pela geriatria.

À Universidade Federal de Juiz de Fora e centros universitários parceiros do Brasil, que concederam esta pesquisa de pós-graduação nos Hospitais Universitários. Em especial, aos Médicos Residentes, informantes da pesquisa, por contribuírem pela construção de conhecimento científico. Aos professores de residência médica que contribuíram direta ou indiretamente com a coleta de dados. Muito agradecida!

RESUMO

Estudos têm demonstrado que as crenças espirituais e religiosas influenciam desfechos em saúde. Entretanto, ainda existem algumas lacunas de como essas evidências podem ser utilizadas na prática clínica e na formação médica. Dessa forma, torna-se necessário compreender como profissionais em formação, por exemplo, médicos residentes, veem o tema religiosidade e espiritualidade (R/E). Objetiva-se avaliar as atitudes, conhecimento e experiências de médicos residentes brasileiros frente ao tema R/E e sua influência na prática clínica e na formação médica. Realizou-se estudo multicêntrico de caráter observacional e transversal, denominado SBRAMER (*Spirituality in Brazilian Medical Residents*). Participaram do estudo sete hospitais ou centros formadores de médicos residentes de diferentes regiões brasileiras. Foram aplicados os questionários do NERSH - *Network for Research in Spirituality and Health* (Avaliação de Religiosidade e Espiritualidade na prática clínica e formação médica) e o *Duke Religion Index*. De um total de 1642 médicos residentes elegíveis, foram incluídos 879 participantes (53,5%). Os residentes de medicina consideram importante suas crenças religiosas e espirituais, apesar de não irem, frequentemente, a serviços religiosos. A maioria dos participantes acredita que a R/E influencia de forma importante na saúde do paciente (75,2%) e que é apropriado abordar essas crenças (77,1%), no entanto, apenas 14,4% abordam de forma rotineira o tema em sua prática clínica. As principais barreiras apontadas foram manutenção da neutralidade profissional 31,4%, medo de ofender os pacientes 29,1% e tempo insuficiente 26,2%. Estiveram associados a maior abordagem e opiniões mais positivas em relação ao tema, fatores como o sexo feminino, especialidades clínicas, a existência de um treinamento formal em R/E e maiores níveis de R/E. Concluiu-se que os residentes médicos brasileiros acreditam que as crenças espirituais e religiosas podem impactar a saúde de seus pacientes e julgam apropriado o médico abordar esse assunto. Entretanto, a falta de treinamento é uma das principais responsáveis pelo receio de tal abordagem na prática clínica. Educadores devem estar atentos a esses dados para que possam conduzir intervenções e conteúdo obrigatório sobre essa temática nos programas de residência médica.

Palavras-chave: Religiosidade; Espiritualidade; Prática Clínica; Formação Médica.

ABSTRACT

Studies have shown that spiritual and religious beliefs influence health outcomes. However, there are still gaps concerning the way this evidence can be used in clinical practice. Therefore, it is crucial to understand how professionals in medical training, resident physicians for instance, approach religiosity and spirituality (R/S). The aim of this study is to evaluate the attitudes, knowledge and experiences of Brazilian resident physicians regarding R/S and its influence on clinical practice and medical training. A multicenter observational and cross-sectional study, called SBRAMER (*Spirituality in Brazilian Medical Residents*), was performed. Seven hospitals or training centers for resident physicians from different Brazilian regions participated in the study. The Network for Research Spirituality and Health (NERSH) questionnaire and the Duke Religion Index were applied. 879 participants were included (53.5%) considering 1642 total eligible resident physicians. Medical residents considered the importance of R/S, despite not regularly attending religious services. Most participants believed R/S had an important influence on patient health 75,2% and that it was appropriate to discuss these beliefs in clinical encounters with patients 77,1%, however, only 14,4% daily approach this theme in their clinical practice. The main barriers to discussing R/S were maintaining professional neutrality 31,4%, concern about offending patients 29,1% and insufficient time 26,2%. Factors such as female gender, clinical specialty as opposed to surgical specialty, having had formal training on R/S, and higher levels of R/S were associated to a broader approach and more positive opinions about R/S. The conclusion was that Brazilian resident physicians believe that religious and spiritual beliefs may affect their patients' health and consider it appropriate to develop this theme. However, lack of training is responsible to prevent this approach in clinical practice. Educators should draw on these data to conduct interventions and produce mandatory content on the subject in residency programs.

Keywords: Religiosity; Spirituality; Clinical practice; Medical training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de médicos cursando programas de residência médica em 2017, segundo grandes regiões e ano do curso (R1 a R6) - Brasil, 2018	20
Figura 2 - Evolução de registros de novos médicos entre 2000 e 2016, segundo gênero no Brasil, 2018	21
Figura 3 - Distribuição dos médicos de acordo com o sexo e idade no Brasil, 2018	22
Figura 4 - Percentual de médicos cursando programas de residência médica em 2017, segundo as grandes regiões no Brasil, 2018.....	23
Figura 5 - Densidade de RM por 100 mil habitantes em 2017, segundo as regiões brasileiras.....	24
Figura 6 - Diagrama do Currículo Oculto.....	54
Figura 7 - Efeito a longo prazo do treinamento de cuidado espiritual	56
Figura 8 - Centros Universitários e Hospitais formadores de médicos residentes de diferentes regiões brasileiras.....	67
Quadro 1 - Programa de Espiritualidade e Saúde da Universidade George Washington (GWU)	45
Quadro 2 - Número de participantes para cada centro universitário brasileiro incluído no estudo	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cursos voltados para o ensino da R/E na saúde e seus desfechos ..	49
Tabela 2 - Propostas educacionais sobre R/E para residentes de medicina	57
Tabela 3 - Achados científicos sobre R/E nos residentes de medicina.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC	Association of American Medical Colleges
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMB	Associação Médica Brasileira
AMEE	Associação Europeia de Educação Médica
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Comissão Mista de Especialidades
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
DUREL	<i>Duke Religious Index</i>
EUA	Estados Unidos da América
GMC	<i>General Medical Council</i>
GWU	<i>George Washington University</i>
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NERSH	<i>Network for Research Spirituality and Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Profissionais de Saúde
QV	Qualidade de Vida
R/E	Religiosidade/Espiritualidade
RM	Residência Médica
RSMPP	<i>Religion and Spirituality in Medicine, Perspectives of Physicians</i>
SBRAMER	<i>Spirituality in Brazilian Medical Residents</i>
SM	Saúde Mental
SPSS	Software aplicativo (programa de computador)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TGN	Técnica de Grupo Nominal
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL.....	17
2.2	RESIDÊNCIA MÉDICA E A UTILIZAÇÃO DE MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO	26
2.3	RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE.....	28
2.3.1	Religião	28
2.3.2	Religiosidade	29
2.3.3	Espiritualidade	30
2.4	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA SAÚDE FÍSICA.....	32
2.5	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA	35
2.6	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA PRÁTICA CLÍNICA	40
2.7	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA EDUCAÇÃO MÉDICA	44
2.8	ESTUDOS CIENTÍFICOS SOBRE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NOS RESIDENTES DE MEDICINA.....	52
2.8.1	R/E na formação dos Residentes de Medicina	52
2.8.2	Influência da R/E na Prática Clínica dos Residentes de Medicina.....	60
3	JUSTIFICATIVA.....	63
4	OBJETIVOS	65
4.1	OBJETIVO PRINCIPAL	65
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
5	MATERIAIS E MÉTODOS	66
5.1	DESENHO E LOCAL DO ESTUDO	66
5.2	SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	68

5.3	PROCEDIMENTOS.....	69
5.4	INSTRUMENTOS.....	69
5.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	70
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	71
6	RESULTADOS.....	72
6.1	ARTIGO 1.....	72
6.2	ARTIGO 2.....	72
7	LIMITAÇÕES.....	73
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
	ANEXO A - Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.....	90
	ANEXO B - Versão traduzida e retrotraduzida do questionário ...	96

1 INTRODUÇÃO

A interface entre espiritualidade, religiosidade e saúde possui raízes históricas que perpassam desde a Antiguidade até o momento atual com a espiritualidade baseada em evidências (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010). O número de pesquisas relativas ao assunto é grande e vem crescendo gradativamente. Em busca realizada no banco de dados PubMed na data de 08/06/2021, foram encontrados 22.651 estudos relacionados utilizando-se o termo “*spirituality*” e 71.646 estudos utilizando-se “*religion*”.

Desde o começo de 1999 até o final de 2018, o número de artigos na área tem aumentado, havendo um grande acréscimo no número de publicações, principalmente, a partir de 2007. Os Estados Unidos da América (EUA) são os maiores produtores de artigos a respeito de religiosidade/espiritualidade (R/E) no mundo, seguidos pelo Reino Unido, Canadá e Austrália. Vale a pena ressaltar que alguns países em desenvolvimento, tais como Brasil, Índia, Israel e Irã, encontram-se em posições superiores em termos de publicações nessa área se comparados à maioria dos países europeus (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

Cientificamente, para uniformização dos termos utilizados, torna-se necessária uma conceituação adequada facilitando sua compreensão e diferenciação. Segundo Harold Koenig (MCCULLOUGH; LARSON; KOENIG, 2001), religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente. Por outro lado, espiritualidade é um conceito mais amplo e remete a uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

De fato, a R/E relaciona-se, em diferentes estudos, a melhores resultados em saúde quando empregada no cuidado com o paciente e nas relações profissionais. No campo das doenças crônicas cardiovasculares, a presença da R/E correlacionou-se com menores níveis pressóricos, menores complicações pós-cirúrgicas e maior sobrevivência (LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM JR, 2011). Em relação à saúde mental (SM), estudos também demonstram associação da R/E com menores índices de depressão, ansiedade, tentativas de suicídio e uso/abuso de substâncias, além de propiciar uma melhor qualidade de vida (QV) (BORGES; ANJOS; OLIVEIRA; LEITE

et al., 2013; LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; PAIVA; PAIVA; DE CASTRO; SOUZA CDE *et al.*, 2013; PARNIYAN; KAZEMIANE; JAHROMI; POORGHOLAMI, 2016; SERINOLLI; NOVARETTI, 2017), remissão mais rápida dos sintomas depressivos, melhores desfechos psiquiátricos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014) e melhor qualidade de vida, otimismo e felicidade (VITORINO *et al.*, 2018). A R/E também possui grande importância na área dos cuidados paliativos, prevenindo e aliviando o sofrimento, além de promover melhor QV possível ao enfermo e seus familiares, independentemente do estágio da doença (PUCHALSKI; FERRELL; VIRANI; OTIS-GREEN *et al.*, 2009).

Há evidências em alguns estudos que investigaram diferentes níveis de R/E mostrando uma associação entre baixos níveis de crenças espirituais e religiosas com comprometimento da saúde mental (WEBER; LOMAX; PARGAMENT, 2017; PERES; KAMEI; TOBO; LUCCHETTI, 2018).

Metanálises sugeriram, ainda, que pessoas com um alto índice de R/E possuem uma redução de 18% a 25% em relação a taxas de mortalidade, fazendo com que essa característica seja comparável ao impacto do consumo de frutas e vegetais nos eventos cardiovasculares e ao uso de estatinas para dislipidemias (LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011). Estudos observacionais indicam que os valores religiosos dos médicos influenciam a prática clínica, conforme corroborado por metanálise recente realizada com sete países, entre esses asiáticos, europeus, além dos EUA e Brasil (KORUP; SONDERGAARD; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN *et al.*, 2019). Apesar de evidências demonstrarem que a R/E está diretamente ligada a saúde física e mental, aderência a tratamentos, tomada de decisões médicas, questões e valores éticos e até mesmo sobrevivência, a inserção desses assuntos no currículo médico brasileiro é muito pequena. Apenas 10,4% das escolas médicas apresentam cursos dedicados à área, e 40,5% possuem algum conteúdo relativo a espiritualidade e saúde. Esse fato é considerável, tendo em vista que o Brasil é uma nação na qual 83% da população considera a religião muito importante em sua vida, 37% frequentam cultos religiosos pelo menos uma vez na semana, e 95% afirmam ter vínculo com alguma denominação religiosa (LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012). Algumas possíveis explicações para esses achados seriam: o número muito pequeno de publicações dessa área em revistas médicas brasileiras antes do ano 2000; a resistência de introdução do tema no ambiente acadêmico, devido ao ponto de vista de que a medicina deve ser mantida em um modelo secular, evitando

a abordagem de temas espirituais e religiosos; poucas conferências médicas abordaram espiritualidade e religiosidade antes do ano 2000; a carência de departamentos de pesquisa de universidades para investigar o tema; e poucos programas de pós-graduação relacionados ao tema no país (LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Um estudo transversal, multicêntrico, envolvendo 12 faculdades de medicina, denominado SBAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*), foi conduzido entre junho de 2010 a setembro de 2011. Dos 5950 alunos presentes nas instituições avaliadas, 3630 (61%) participaram no estudo. A grande maioria dos estudantes afirmou acreditar que a espiritualidade possuía importante influência na saúde dos pacientes e declarou-se favorável à introdução do tema na prática clínica. Os participantes, entretanto, declararam-se despreparados para realizar esse tipo de abordagem e alegaram não receber o devido treinamento relativo a essa área em suas faculdades. Os resultados, portanto, sugerem que existe uma lacuna considerável entre as atitudes/necessidades dos alunos de medicina e o treinamento que eles estão recebendo (LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013).

Ao comparar a opinião de professores e alunos do curso de medicina, um estudo mostrou que suas opiniões convergem no reconhecimento da relevância da R/E na prática clínica e seu impacto na saúde dos pacientes. Porém, apesar de aparentemente mais preparados e experientes, os próprios docentes não se julgam completamente preparados para lidar com o tema, o que torna a situação dos discentes ainda mais delicada (BANIN; SUZART; BANIN; GUIMARAES *et al.*, 2013). De fato, o grande problema é que, apesar de a grande maioria dos médicos concordar com a importância da R/E, poucos abordam o assunto com seus pacientes durante a prática clínica (EHMAN; OTT; SHORT; CIAMPA *et al.*, 1999). Estudos sugerem que, entre os principais motivos para que essa abordagem não ocorra, os mais comuns são falta de tempo, falta de conhecimento e falta de treinamento (COOPER; BROWN; VU; FORD *et al.*, 2001; MARIOTTI; LUCCHETTI; DANTAS; BANIN *et al.*, 2011; MCCAULEY; JENCKES; TARPLEY; KOENIG *et al.*, 2005).

Profissionais da saúde em países da Europa, Ásia e Américas do Norte e Sul como o Brasil, frequentemente, trabalham suas práticas clínicas de acordo com valores pessoais (KORUP; SONDERGAARD; CHRISTENSEN; NIELSEN *et al.*, 2020; KORUP; SONDERGAARD; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN *et al.*, 2019). Para Korup e colaboradores (KORUP; SONDERGAARD; CHRISTENSEN; NIELSEN *et al.*, 2020),

a prática médica deve avançar com a influência de valores pessoais dos médicos sobre a espiritualidade, sendo sugerido um constructo com três componentes: sentido baseado na fé, enfrentamento existencial num entendimento inclusivo e aplicação clínica. Apesar disso, conforme estudos que exploraram as opiniões, atitudes ou conhecimentos sobre R/E de estudantes, residentes e médicos, os mesmos declararam que nunca haviam recebido treinamento formal sobre R/E em saúde (KORUP; CHRISTENSEN; NIELSEN; SONDERGAARD *et al.*, 2017; LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN; KARIMAH; OLIVEIRA *et al.*, 2016; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; RASSOULIAN; SEIDMAN; LOFFLER-STASTKA, 2016; ROBINSON; CHENG; HANSEN; GRAY, 2017), sendo necessário envolvimento de questões para lidar com R/E na prática clínica nos programas de treinamento de residentes médicos (BEDIAKO; LATTIMER; HAYWOOD; RATANAWONGSA *et al.*, 2011; BEST; BUTOW; OLVER, 2016; INOUE; VECINA, 2017; OSORIO; GONCALVES; POZZOBON; GASPAR JUNIOR *et al.*, 2017; PISCITELLO; MARTIN, 2020; SMOTHERS; TU; GROCHOWSKI; KOENIG, 2019).

Dentro do processo de formação médica, estudantes e docentes têm papel bem estabelecido no processo ensino-aprendizagem, enquanto o residente tem uma situação de caráter mais complexo, sendo, simultaneamente, um aprendiz e clínico responsável pelo cuidado com o doente (LOBOPRABHU; LOMAX, 2010). Considerando os poucos estudos voltados para essa população em território nacional, justifica-se, assim, buscar conhecer as opiniões dos médicos residentes sobre R/E em relação a sua prática clínica e suas atitudes, conhecimentos e experiências para lidar nas situações da prática profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Visando contextualizar nosso estudo, realizamos uma revisão da literatura, abrangendo temas relacionados a residência médica no Brasil, residência médica e utilização de mecanismos de enfrentamento, questões conceituais da R/E, influência da R/E na saúde física, saúde mental e qualidade de vida, prática clínica, educação médica e R/E. Para isso, unitermos relacionados foram consultados em bancos de artigos científicos como Pubmed, PsycINFO, Web of Science, SCOPUS, Google Acadêmico dentre outros. Os principais unitermos incluídos nessas buscas foram: (religio* OR spiritual*), (resident physicians OR residency OR “medical residency” OR medical trainee OR medical education OR medical students OR physician), (mental health OR depression OR depressive OR anxiety OR psychiatry), (“physical health” OR mortality OR hospitalization OR quality of life OR well-being). Eles foram utilizados no formato de expressões booleanas de acordo com os objetivos de cada uma dessas seções. A literatura cinzenta também foi consultada assim como as referências dos artigos.

2.1 RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

A Residência Médica (RM) surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) em 1848, visando ao aprofundamento da educação médica na perspectiva de ensino da prática clínica hospitalar. Seguindo as mesmas diretrizes, a RM foi implementada em diferentes países pela *Association of American Medical Colleges* (AAMC, 1999).

A característica primordial que define o termo residência surgiu da necessidade de o médico estar à disposição em tempo integral em um programa; para isso, o médico precisaria residir durante todo o período dentro de uma instituição hospitalar (AAMC, 1999). Com reconhecimento mundial como programa de capacitação de médicos para o exercício do serviço profissional de qualidade e no que concerne a diversas demandas em especialidades clínicas, a residência médica se propõe a atender a diversificadas áreas e abrangências no mundo (AAMC, 1999).

Historicamente, as primeiras residências no Brasil se deram em São Paulo e Rio de Janeiro, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em 1944; seguido pelo Hospital dos Servidores do Estado do

Rio de Janeiro no período de 1948 (SCHEFFER, 2018; SCHEFFER; CASSENOTE; GUILLOUX; DAL POZ, 2018; SCHEFFER; GUILLOUX; POZ; SCHRAIBER, 2016).

No que concerne à regulamentação e institucionalização da RM no Brasil, em 1977, foi definida como decreto presidencial n.º 80.281 a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com as atribuições de ensino da RM assessorando a Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SCHEFFER, 2018; SCHEFFER; CASSENOTE; GUILLOUX; DAL POZ, 2018; SCHEFFER; GUILLOUX; POZ; SCHRAIBER, 2016).

A partir do Decreto n.º 80.281, todos os programas dessa modalidade passaram a ser vinculados ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), com prerrogativas de regulamentar o ensino de pós-graduação destinado aos médicos recém-formados (SCHEFFER, 2018). A RM funciona em regime de trabalho de 60 horas semanais.

Com a finalidade de desenvolver competências, a residência médica busca capacitar o médico para uma prática clínica, voltada para o atendimento integral e de qualidade do paciente. Dessa maneira, todas as experiências clínicas são pensadas, preparadas e executadas de forma sistêmica, com critérios de elegibilidade de decisões, aumentando a qualidade do serviço profissional (SCHEFFER, 2018; SCHEFFER; CASSENOTE; GUILLOUX; DAL POZ, 2018).

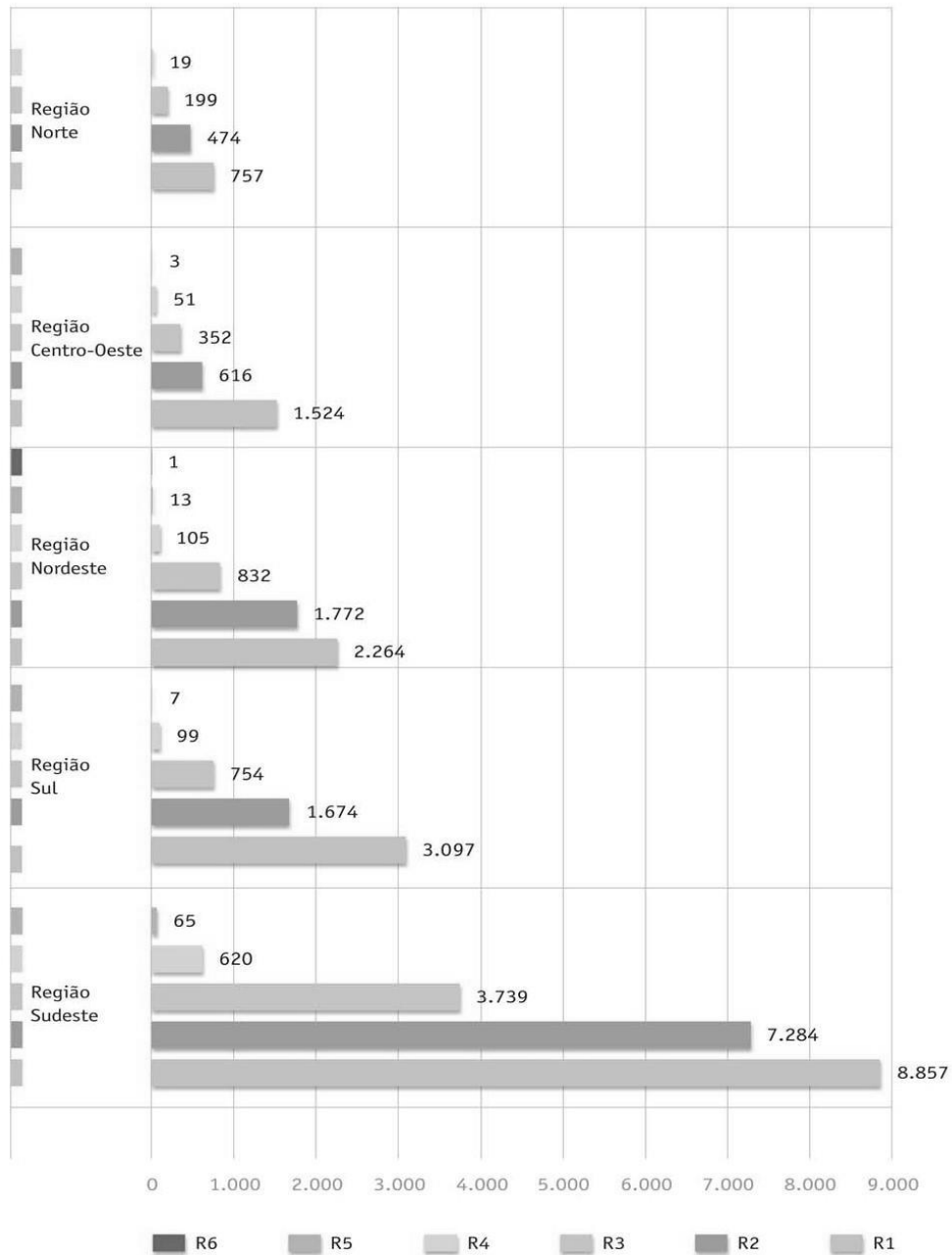
A RM no Brasil apresentou um crescimento em 2017 e conta com cerca de 35.187 médicos matriculados em 6.574 programas em 790 instituições habilitadas pela CNRM. Este panorama é resultado das políticas de expansão de especialidades médicas. Em 2017, o número de residentes ingressos era de 16.499 no primeiro ano, e 11.820, no segundo ano, mostrando um crescimento de 39,6% neste período (ANTUNES DOS SANTOS; NUNES, 2019; SCHEFFER, 2018; SCHEFFER; CASSENOTE; GUILLOUX; DAL POZ, 2018).

O programa do médico residente tem uma duração que, em sua maioria, varia de dois a cinco anos de acordo com a especialidade médica. O ingresso em programas de RM credenciados é oferecido por processos seletivos e chamamentos públicos distribuídos nas grandes cidades e capitais das diferentes regiões do país (Figura 1). Atualmente, são oferecidas 55 especialidades médicas entre as atuações reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pela CNRM, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) (ANTUNES DOS SANTOS; NUNES, 2019; SCHEFFER, 2018; SCHEFFER;

CASSENTE; GUILLOUX; DAL POZ, 2018). Entretanto, alguns aspectos chamam a atenção para a não ocupação de todas as vagas de RM ofertadas, possivelmente, justificada por fatores específicos como extensão territorial e variedades socioculturais do país. De acordo com dados documentados (SCHEFFER, 2018), o expressivo número de vagas autorizadas pela CNRM atinge cerca de 58.077, contudo as vagas preenchidas são equivalentes a 39,4% em 2017, permanecendo ociosas em diversas instituições brasileiras.

Figura 1 – Número de médicos cursando programas de residência médica em 2017, segundo grandes regiões e ano do curso (R1 a R6) - Brasil, 2018

Número de médicos cursando programas de residência médica em 2017, segundo grandes regiões e ano do curso (R1 a R6) – Brasil, 2018

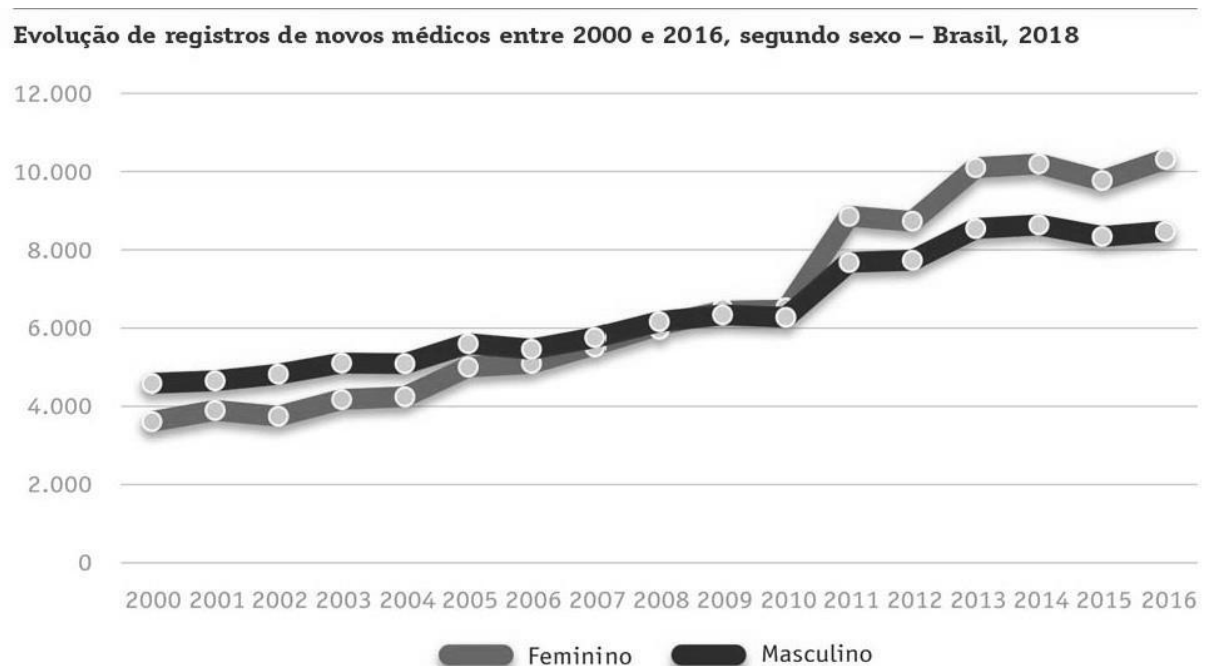


Fonte: Scheffer (2018, p. 85).

A RM é assegurada com bolsa mensal financiada por diferentes fontes, incluindo o MEC, que custeiam as bolsas dos hospitais universitários federais.

Em 2020, o Brasil tem se destacado na demografia médica com aumento expressivo do número de novos médicos, consequência de novos cursos de graduação, e com o ingresso de pessoas mais jovens com idades menores de 35 anos. É crescente a proporção do sexo feminino nessa estatística, o que aponta para uma distribuição de remuneração desigual entre os sexos e especialidades (Figura 2). No entanto, há um melhor gerenciamento da vida profissional quanto à expectativa de melhor equilíbrio em trabalho, vida pessoal e flexibilidade de jornadas (SCHEFFER, 2018).

Figura 2 – Evolução de registros de novos médicos entre 2000 e 2016, segundo gênero no Brasil, 2018

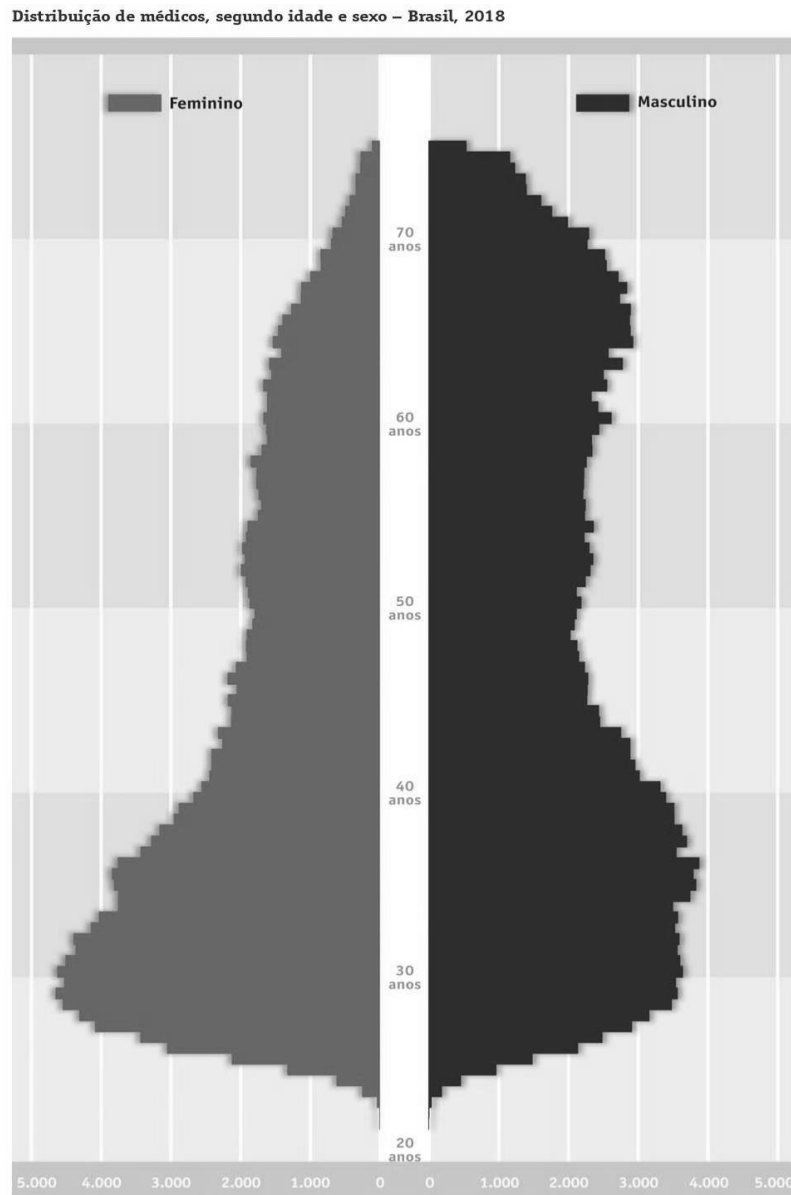


Nota: nesta análise foi usado o número de médicos.

Fonte: Scheffer (2018, p. 39).

Cabe detalhar a questão específica da distribuição relativa à variável sexo. A presença feminina se destaca em faixas etárias menores (Figura 3). Entre os médicos mais jovens, o sexo feminino é representado por 57,4%, com idade média de até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos. Na sequência, têm-se as demais faixas etárias com representação masculina de 54,8% entre 40 e 44 anos ou mais (SCHEFFER, 2018).

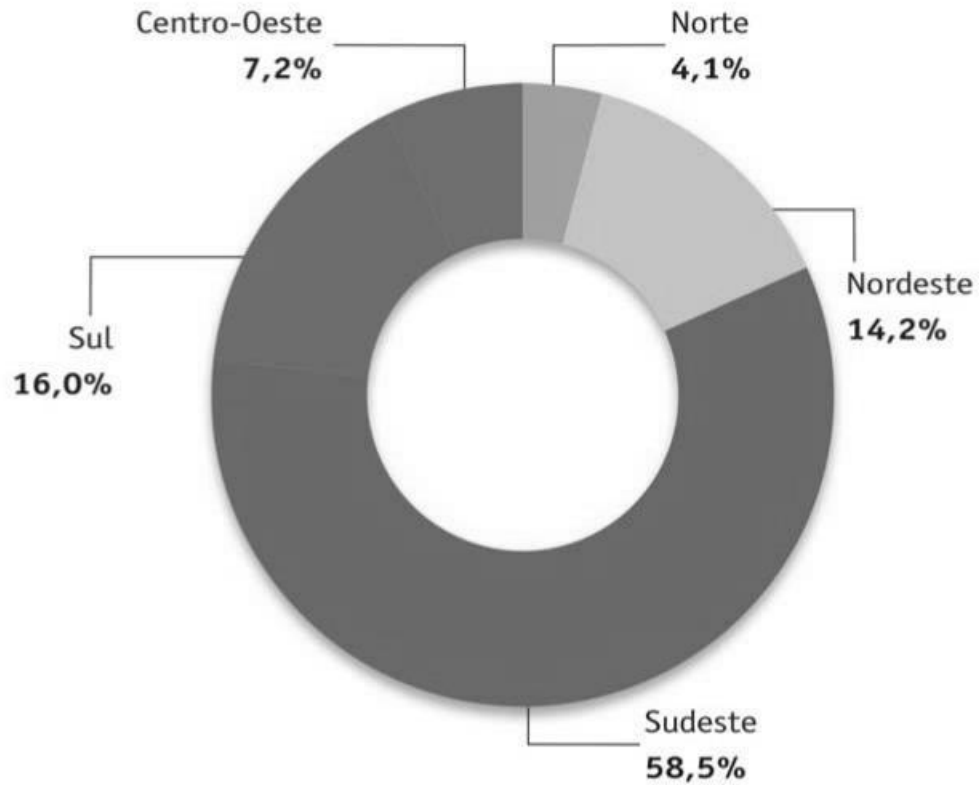
Figura 3 – Distribuição dos médicos de acordo com o sexo e idade no Brasil, 2018



Fonte: Scheffer (2018, p. 37).

A distribuição dos médicos residentes é irregular nas regiões. Em 2017, um número de 35.187 médicos cursando RM se concentraram na região Sudeste, com um percentual de 58,5%, o que representa mais da metade de todo o país, com residentes organizados em especialidades médicas e em diferentes atividades de serviço. Já a região Sul tem 16% do total do país com 5.631 residentes, seguido do Nordeste com 14,2%, o Centro-Oeste tem 7,2%, e o Norte tem o menor percentual de 4,1%, correspondente a 1.449 residentes (SCHEFFER, 2018) (Figura 4).

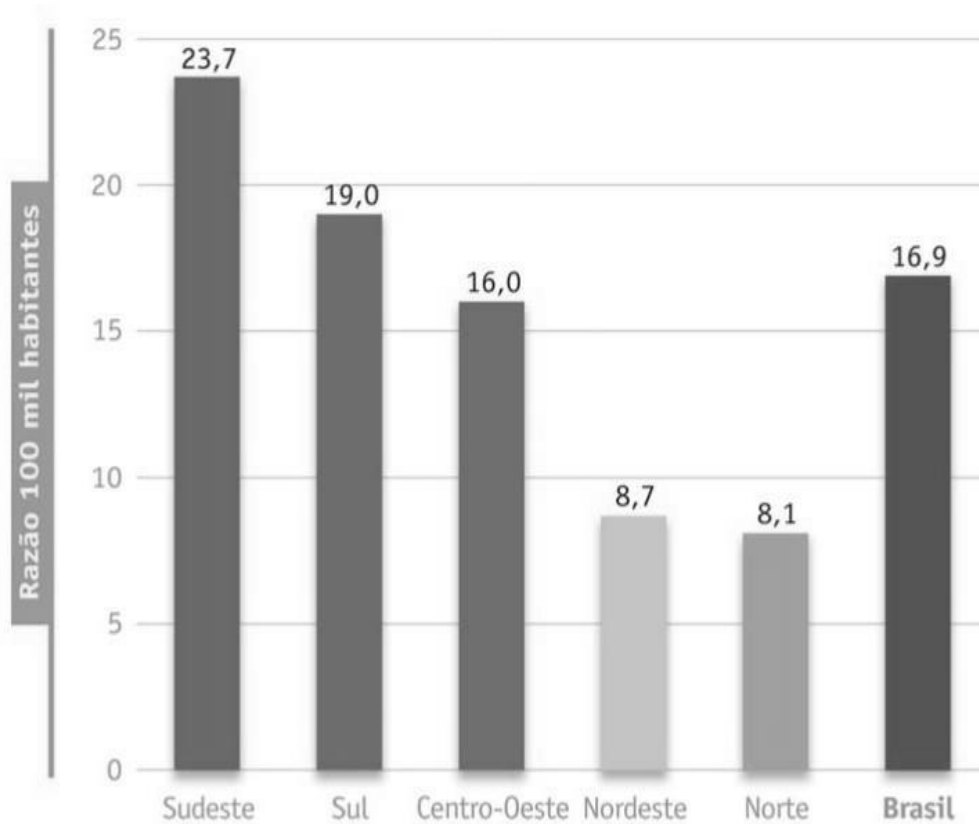
Figura 4 – Percentual de médicos cursando programas de residência médica em 2017, segundo as grandes regiões no Brasil, 2018



Fonte: Scheffer (2018, p. 84).

A densidade de médicos residentes por 100 mil habitantes apresenta um panorama de diferenças permanentes nas grandes regiões, considerando as vagas ocupadas por residentes em 100 mil habitantes (Figura 5). Para cada 100 mil habitantes, na região Sudeste, há 23,7 médicos residentes, na região Sul, 19 médicos residentes, enquanto nas regiões Norte e Nordeste observam-se 8,1 e 8,7, respectivamente, bem abaixo da média nacional, que é de 16,9 por 100 mil habitantes (SCHEFFER, 2018).

Figura 5 – Densidade de RM por 100 mil habitantes em 2017, segundo as regiões brasileiras



Fonte: Scheffer (2018, p. 86).

Considerando a distribuição do programa de RM por ano do curso, há uma concentração em São Paulo de 34,5% de todos os médicos residentes, seguindo o Rio de Janeiro, com 11,4% dos residentes; Minas Gerais, com 11%; e Rio Grande do Sul, com 7,1%. Isso significa que 64% dos médicos residentes se distribuem nas regiões Sudeste e Sul. Nesta proporção, as demais unidades federativas têm, cada uma, 1% ou menos dos médicos residentes do País. Entre os 7 estados do Norte, apenas o Pará se destaca acima do percentual, com 1,7% dos médicos residentes de todo o país (SCHEFFER, 2018).

Entretanto, levando em conta a razão entre os médicos residentes por 100 mil habitantes, a configuração se modifica, e destaca-se o Distrito Federal com 39,3, seguido por São Paulo com 26,9, o Rio de Janeiro, com 24,1 e o Rio Grande do Sul, com 21,9. Todos estão acima da média nacional, que é de 16,9 residentes médicos por 100 mil habitantes. Já no Nordeste, o contexto se modifica, apresentando razão

mais baixa que a média brasileira, enquanto Pernambuco tem razão de 15,1 e a Paraíba tem 11,0 residentes médicos por 100 mil habitantes. Acre e Roraima apresentam 12,1 e 13,2, respectivamente (SCHEFFER, 2018).

A oferta global de vagas em RM no Brasil está concentrada em quatro especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia. Cabe ressaltar a continuidade no programa de residência médica para outras 22 especialidades que têm como pré-requisito a Clínica Médica e a Cirurgia Geral (SCHEFFER, 2018).

Há destaques nos números de médicos cursando o primeiro ano (R1) de residência nas especialidades, como Medicina de Família e Comunidade, que conta com 1.043 residentes no primeiro ano, e Medicina de Emergência, com 54 residentes no primeiro ano. No entanto as especialidades com um volume maior de residentes (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Anestesiologia) somam 8.281 em R1 e 5.974 residentes em R2 (SCHEFFER, 2018).

No que concerne à complexidade entre o ensino e a política de saúde, a RM se projeta, tanto na sua importância singular para o reconhecimento de suas características e finalidades apontadas acima quanto na valorização do trabalho profissional (SCHEFFER; GUILLOUX; POZ; SCHRAIBER, 2016).

Com o crescimento de novos cursos de graduação, observou-se uma maior quantidade de residências médicas ofertada para novas gerações que imprimem marcas de feminização nos programas de RM (MAINARDI; CASSENTE; GUILLOUX; MIOTTO *et al.*, 2019; SCHEFFER, 2018).

A RM tem um potencial de importância na saúde dos pacientes, que vai além dos cuidados de saúde física e mental, sendo necessário o desenvolvimento de competências para lidar com comportamentos, crenças e diferentes culturas dos pacientes.

2.2 RESIDÊNCIA MÉDICA E A UTILIZAÇÃO DE MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO

O atendimento ao paciente parecem ser mais integral quando inclui a abordagem das crenças religiosas e espirituais, sendo estas componentes já reconhecidos por sua influência na relação médico-paciente (CURLIN; LAWRENCE; CHIN; LANTOS, 2007; KORUP; CHRISTENSEN; NIELSEN; SONDERGAARD *et al.*, 2017; LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; PISCITELLO; MARTIN, 2020; ROCHA; FLECK, 2011).

O apoio emocional e prático de uma comunidade ou as crenças religiosas pessoais costumam influenciar de forma positiva no tratamento indicado para o paciente, motivando-o a assumir responsabilidades de cuidados com sua própria saúde (CURLIN; LAWRENCE; CHIN; LANTOS, 2007).

Alguns fatores podem favorecer o enfrentamento dos desafios que o residente encontra em sua prática relacionadas a relação médico-paciente, entre eles destacamos o apoio social e a influência da R/E, favorecendo além das interrelações, a tomada de decisão (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). O estudo também demonstra que as noções dos médicos sobre a relação entre R/E e a saúde dos pacientes são fortemente associadas às características religiosas dos médicos (CURLIN; LAWRENCE; CHIN; LANTOS, 2007; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; ROCHA; FLECK, 2011).

O ingresso na RM exige mudanças, como afastamento da rotina familiar e dos sistemas de suporte social, e afeta tanto o lado profissional quanto o pessoal. Para isso, são necessários mecanismos de enfrentamento, que possam possibilitar o desempenho das competências de comunicação, liderança, atenção à saúde, à gestão administrativa, à tomada de decisões e educação permanente (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2015).

Competências como liderança, resolução de conflitos interpessoal e intrapessoal são importantes para serem ensinadas e desenvolvidas durante a formação médica, com o objetivo de melhorar sua prática profissional (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2015).

Alguns autores apontam a importância de o profissional de saúde se autoconhecer e se reconhecer nas formas de ser e agir, a fim de valorizar o cuidar de

si para poder cuidar do outro (BAMPI; BARALDI; GUILHEM; POMPEU *et al.*, 2013; BAMPI; BARALDI; GUILHEM; ARAÚJO *et al.*, 2013). Dessa maneira, o apoio psicossocial ao residente e ao médico durante o período de trabalho pode favorecer questões essenciais que desenvolvam a resiliência individual (TEMPSKI; SANTOS; MAYER; ENNS *et al.*, 2015). Esse suporte de enfrentamento ao indivíduo tem sido observado na diminuição de adoecimentos e melhora na QV, o que tem sido pesquisado junto à R/E (BORGES; ANJOS; OLIVEIRA; LEITE *et al.*, 2013; LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; PAIVA; PAIVA; DE CASTRO; SOUZA CDE *et al.*, 2013; PARNIYAN; KAZEMIANE; JAHROMI; POORGHOLAMI, 2016; SERINOLLI; NOVARETTI, 2017).

Nesse contexto, a dimensão espiritual/religiosa e valores existenciais parecem ter importância para o residente, auxiliando no enfrentamento às más notícias, ao adoecimento e a dor do paciente, e deve, portanto, ser compreendida pelos profissionais de saúde e integrada em suas práticas (KATTAN; TALWAR, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM JR, 2011; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; PISCITELLO; MARTIN, 2020).

Entende-se, assim, a necessidade de mecanismos de enfrentamento, por meio do autoconhecimento e reconhecimento da situação, com busca de formas de ação para vencer os desafios. Pacientes e médicos com maior abertura as crenças religiosas e espirituais agregam de maneira mais positiva a mudança de atitudes e as experiências de conforto e bem-estar na relação médico-paciente (KATTAN; TALWAR, 2013; BAMPI; BARALDI; GUILHEM; ARAÚJO *et al.*, 2013).

2.3 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Diversos estudos têm verificado a influência da R/E na saúde física e mental de médicos e pacientes. Sua relevância se associa ao papel do cuidado para com o paciente em um contexto clínico, com uma abordagem mais integral e humanizada (PUCHALSKI; BLATT; KOGAN; BUTLER, 2014; RASSOULIAN; SEIDMAN; LOFFLER-STASTKA, 2016; SAJJA; PUCHALSKI, 2018).

Partindo da necessidade de entendimento e compreensão da temática religiosidade/espiritualidade e saúde, optou-se por definir tais termos antes de serem apresentados mais estudos que discutem sobre seus propósitos frente à prática clínica.

Ainda não existe uma definição consensual para os termos religiosidade e espiritualidade (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012). Nesta seção, as principais definições serão apresentadas e discutidas permitindo uma melhor compreensão do objeto de estudo.

2.3.1 Religião

A religião é uma organização institucional, originando-se em uma tradição ancestral com práticas de organização comunitária ou privada e com características doutrinárias de cunho social (KOENIG, 2012). Esse termo, geralmente, é definido como um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos projetados para facilitar a proximidade do transcendente e para promover a compreensão do relacionamento e da responsabilidade para com os outros, dentro de uma comunidade (KOENIG, 2012).

O sagrado é a consagração aos ritos religiosos ou ao culto. O poder simbólico elaborado em certa representação presente nas tradições ocidentais e orientais que partem de culturas milenares designa entidades comumente chamadas de Deus, Allah, HaShem ou um Poder Superior Brahman e manifestações representadas por Buda, Dao, Verdade ou Realidade Única (KOENIG, 2012).

Para Vergheze, a religião foi definida como uma espiritualidade institucionalizada ligada a crenças e rituais da comunidade, frequentemente incorporada nas práticas culturais (VERGHESE, 2008). Dessa maneira, a crença

presente em diversos países pode vir a sofrer influência de várias religiões e suas características doutrinárias (VERGHESE, 2008).

A religião pode ser manifestada dentro de uma comunidade ou praticada em ambientes privados, seguindo rituais designados para facilitar o acesso ao sagrado. Como exemplo disso, a tradição estabelecida ao longo do tempo surge de experiências comunitárias únicas em ambas as situações públicas ou privadas (HILL; PARGAMENT, 2003; KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

O envolvimento com a religião facilita a proximidade do indivíduo com o transcendente, dessa maneira, promove uma compreensão do relacionamento e da responsabilidade de alguém em relação à vida pessoal e à convivência em comunidade seguindo as definições abaixo (HILL; PARGAMENT, 2003; KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

2.3.2 Religiosidade

A religiosidade faz referência às práticas e vivências pessoais advindas de valores, crenças e atitudes, podendo ser consideradas “organizacional”, “não organizacional”, “extrínseca” e “intrínseca/subjetiva”. Estas dimensões são compartilhadas de forma sistematizada, apesar de também poderem ser vivenciadas de forma individual (ANDERSON; HEYWOOD-EVERETT; SIDDIQI; WRIGHT *et al.*, 2015; INOUE; VECINA, 2017; KOENIG, 2009; 2012; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

A prática “organizacional” se apresenta como uma configuração pública de envolvimento em um grupo social com crenças afins, adoção de valores e rituais, com vivência dos símbolos religiosos. Cita-se como exemplo a participação em um templo religioso ou em rituais/reuniões de tradição cultural (KOENIG, 2009; 2012; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Já a prática “não organizacional” refere-se a situações introspectivas no cotidiano do indivíduo, como o modo de um indivíduo se expressar, adoração, orações, meditação e leituras religiosas/bíblicas (DALY, 2005; KOENIG, 2012; KOENIG; BÜSSING, 2010).

Outra distinção importante que deve ser feita é a dimensão de orientação de religiosidade, que deve ser extrínseca ou intrínseca conforme modelo desenvolvido

por Allport (ALLPORT; ROSS, 1967). A “religiosidade extrínseca” (ALLPORT; ROSS, 1967) pode ser considerada como utilitária, um meio para obter outros fins ou interesses e está associada com dogmas, preconceitos, medo da morte e ansiedade e outras formas de obter segurança e consolo, socialização e distração para o tempo ocioso. É uma maneira possível de aquisição de *status* e autoabsolvição de “pecados”, buscando ser servido por Deus (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Em contrapartida, a dimensão da “religiosidade intrínseca” (ALLPORT; ROSS, 1967); (KOENIG, 2012) (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006) encontra na religião o motivo principal que orienta a vida do indivíduo; o seu bem maior. A crença na religião envolve compromisso e dedicação pessoal em busca de autoconhecimento (LUCCHETTI; GRANERO, 2010). Já outras necessidades são conseqüências e teriam uma menor importância para a vida pessoal nesses indivíduos (ALLPORT; ROSS, 1967; DALY, 2005; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

2.3.3 Espiritualidade

A Espiritualidade envolve o domínio existencial e traz consigo as inquietações e transformações contemporâneas a serem observadas, como reflexões sobre o significado da vida (ALLPORT; ROSS, 1967; DALY, 2005). Sua definição vem se modificando ao longo do tempo na tentativa de identificar as manifestações e atitudes atuais.

De acordo com Koenig (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001), espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas. Neste conceito, espiritualidade é caracterizada pelo transcendente ou sagrado que se manifesta de forma individual. Entende-se o transcendente como o que está fora do alcance da ação ou do conhecimento, contudo, dentro da totalidade do ser humano (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Algumas definições de autores sobre espiritualidade observam a expansão para além da discussão da doutrina religiosa, trazendo a íntima relação com o sobrenatural ou místico, e a descoberta de caminhos que envolvem questionamentos

e crenças no sagrado (DALY, 2005; KOENIG, 2012; LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012; PARGAMENT; SAUNDERS, 2007).

Outros autores definem espiritualidade como uma orientação intuitiva de compreender pensamentos, sentimentos e comportamentos direcionados à busca pela transcendência e consequente harmonia intuitiva (DY-LIACCO; PIEDMONT; MURRAY-SWANK; RODGERSON *et al.*, 2009; HILL; PARGAMENT, 2003). Nessa visão, o indivíduo espiritualizado não precisa ser religioso para discutir sobre valores espirituais, criando uma nova categoria de indivíduos "espirituais, mas não religiosos" (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Puchalski (2002) define espiritualidade como o “aspecto da humanidade que se refere à maneira como os indivíduos buscam e expressam significado e propósito, e como eles experimentam sua conexão com o momento, com ele próprio, com os outros, com a natureza ou/e com o sagrado” (PUCHALSKI, 2002). Nesse sentido, a transcendência viria não somente da conexão com o sagrado, mas também do contato com a natureza e família.

De fato, independentemente do conceito utilizado, a espiritualidade perpassa pela busca pessoal, dentro ou fora do próprio indivíduo, além de caminhos percorridos com intimidade no sagrado, que levam à compreensão de fundamentos sobre a vida e a questões sobre o significado da existência (ANDERSON; HEYWOOD-EVERETT; SIDDIQI; WRIGHT *et al.*, 2015; BORNEMAN; FERRELL; PUCHALSKI, 2010; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Dessa forma, torna-se importante identificarmos estudos que buscam investigar as evidências científicas da associação da R/E com desfechos na saúde física e mental.

2.4 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA SAÚDE FÍSICA

O profissional de saúde que tem uma abordagem global no cuidado com o paciente pode ressignificar o enfrentamento de condições de saúde pelo paciente, utilizando as crenças e os valores espirituais destes (BEST; BUTOW; OLVER, 2016; GUCK; KAVAN, 2006; INOUE; VECINA, 2017; LUCKHAUPT; YI; MUELLER; MRUS *et al.*, 2005). De fato, a R/E tem sido associada ao processo saúde-doença, às decisões médicas tomadas no tratamento e à relação médico-paciente (CURLIN; LAWRENCE; ODELL; CHIN *et al.*, 2007; LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011). Além disso, fortaleceria o indivíduo diante das adversidades impostas pelo adoecimento, favorecendo a aderência do paciente à terapêutica e reduzindo a experiência negativa consequente da doença (LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011).

As reflexões que dizem respeito à R/E como também à saúde física buscam entender como as atividades religiosas e as crenças poderiam transformar a terapêutica e o cuidado do paciente (BERG; CROWE; BUDKE; NORMAN *et al.*, 2013; BJARNASON, 2009; JIM; PUSTEJOVSKY; PARK; DANHAUER *et al.*, 2015; LAWRENCE; CURLIN, 2009a; LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011; LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM JR, 2011; MCCULLOUGH; HOYT; LARSON; KOENIG *et al.*, 2000). As crenças espirituais e religiosas podem influenciar positivamente na saúde física, como na diminuição da percepção de dor, no aumento de bem-estar físico e emocional ao longo do tratamento e na redução das experiências negativas oriundas da terapêutica (AHRENFELDT; HVIDT; KJOLLER; MOLLER *et al.*, 2019; JIM; PUSTEJOVSKY; PARK; DANHAUER *et al.*, 2015; KORUP; SONDERGAARD; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN *et al.*, 2019; LUCCHETTI; LUCCHETTI; LEAO; PERES *et al.*, 2016; LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011; WOODS; HENSEL, 2018).

Diversos estudos tratam da importância da R/E na saúde física, incluindo as influências positivas nas doenças cardiovasculares (AVILES; WHELAN; HERNKE; WILLIAMS *et al.*, 2001; LARSON; KOENIG; KAPLAN; GREENBERG *et al.*, 1989). Em vários tipos de câncer, a R/E gera maior adaptação psicossocial positiva, como perspectiva de vida melhorada, relações interpessoais e hábitos mais saudáveis

(ANDRYKOWSKI; CURRAN; STUDTS; CUNNINGHAM *et al.*, 1996; ENSTROM, 1978; SPIEGEL; BLOOM; KRAEMER; GOTTHEIL, 1989). Em pacientes com insuficiência renal, a R/E desempenha um papel importante na relação médico-paciente, gerando bem-estar e melhor enfrentamento da doença (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010). Da mesma forma, pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, por meio da R/E identificam maneiras de manter esperança e bem-estar existencial e espiritual em pacientes (CARSON; SOEKEN; SHANTY; TERRY, 1990; RIPPENTROP; ALTMAIER; CHEN; FOUND *et al.*, 2005; WOODS; IRONSON, 1999).

Uma metanálise com 42 estudos independentes e 125.826 participantes mostrou o envolvimento da prática religiosa associado à menor taxa de risco de mortalidade para aqueles que compareciam a serviços religiosos uma vez por semana ou mais, em comparação com a população geral, impactando em todas as causas relacionadas (MCCULLOUGH; HOYT; LARSON; KOENIG *et al.*, 2000). Em outro estudo, Lucchetti e colaboradores (2011), ao avaliar três metanálises, verificaram uma redução de 18% da taxa de risco de mortalidade associada às pessoas com maior R/E. O resultado foi semelhante quando comparado à relação de consumo de frutas e vegetais, e mais expressivo que o uso de estatinas. As revisões sistemáticas analisadas sobre o assunto R/E apresentaram superioridade dos resultados sobre a intervenção na saúde física, constituindo-se um fator de proteção para alterações cardiovasculares, destacando-se a hipertensão e também menores marcadores inflamatórios (LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011).

As evidências científicas da influência da R/E sobre o sistema imunológico foram apresentadas em vários estudos (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997; LUCCHESI; KOENIG, 2013). Em pacientes HIV-positivas, a R/E foi associada a menor sintomatologia depressiva e diminuição da produção de cortisol livre (24 horas) coletado na urina (CARRICO; IRONSON; ANTONI; LECHNER *et al.*, 2006). Outro estudo mostrou a predisposição de aumento da R/E após o diagnóstico de pessoas com HIV- positivo e a predição em 4 anos de progressão da doença mais lenta em pacientes em tratamento (IRONSON; STUETZLE; FLETCHER, 2006).

Na área da oncologia, Jim e colaboradores (2015), em uma metanálise que incluiu 32.000 pacientes adultos com câncer, alguns em final de vida, mostraram associação da R/E com uma melhor saúde física relatada pelo paciente. Os achados

reforçam a necessidade de apoio religioso e espiritual aos pacientes em todas as fases do câncer, desde o diagnóstico até os cuidados terminais (JIM; PUSTEJOVSKY; PARK; DANHAUER *et al.*, 2015).

Em outro estudo não aleatorizado, avaliou-se a influência positiva da R/E sobre a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca, com potencial benefício sobre controle da pressão arterial, função imunológica, depressão e mortalidade (ALVAREZ; GOLDRAICH; NUNES; ZANDAVALLI *et al.*, 2016).

2.5 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA

Para além do impacto na saúde física, a R/E tem envolvimento também na SM (MOREIRA-ALMEIDA; SHARMA; VAN RENSBURG; VERHAGEN *et al.*, 2016), nos aspectos psicológicos, sociais e comportamentais, em diferentes populações (COIN; PERISSINOTTO; NAJJAR; GIRARDI *et al.*, 2010; DE CAMPOS; LUCCHETTI; LUCCHETTI; DA ROCHA RIBEIRO *et al.*, 2020; KOENIG, 2012; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; MOUTINHO; LUCCHETTI; EZEQUIEL; LUCCHETTI, 2019; PASQUALUCCI; DAMASO; DANILA; FATORI *et al.*, 2019).

Maiores níveis de R/E se associam a melhores resultados na SM no bem-estar, qualidade de vida e saúde física e mental de pacientes (MOREIRA-ALMEIDA; SHARMA; VAN RENSBURG; VERHAGEN *et al.*, 2016) e QV (VITORINO; CHIARADIA; LOW; CRUZ *et al.*, 2018; VITORINO; LOPES-JUNIOR; DE OLIVEIRA; TENAGLIA *et al.*, 2018). A R/E estimula emoções positivas e ajuda a neutralizar emoções negativas para lidar com adversidades externas (dificuldades ambientais circunstâncias) ou adversidades internas (predisposição genética ou vulnerabilidade a transtornos mentais) no curso da vida (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012; PARGAMENT; KOENIG; TARAKESHWAR; HAHN, 2001; PARGAMENT, 2007; VITORINO; LOPES-JUNIOR; DE OLIVEIRA; TENAGLIA *et al.*, 2018).

A literatura aponta bases sólidas de evidências para a associação entre R/E e os desfechos em SM. A influência positiva da R/E diminui os sintomas de estresse, tende a ser protetora contra a depressão e reduzir o uso de substância (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006). Embora haja evidência com desfechos positivos associados a R/E em saúde, podem ocorrer resultados negativos para causas de enfrentamento religioso, de intolerância, de recusa ao tratamento e estilo de vida (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; SHARMA; VAN RENSBURG; VERHAGEN *et al.*, 2018; MOUTINHO; LUCCHETTI; EZEQUIEL; LUCCHETTI, 2019). O atual desafio é entender melhor como se dá esta influência (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012). Para Koenig (2012), as causalidades, enfrentamentos e o processo operacional de situações adversas devem ser compreendidos, assim como a necessidade de se entender como o indivíduo reage sobre essas situações estressantes (KOENIG, 2012).

Apesar dos efeitos positivos da R/E que os pacientes geralmente vivenciam, é importante destacar que, em algumas situações, as crenças podem levar a desfechos negativos. Nesse contexto, o *coping* negativo é quando o paciente utiliza-se de estratégias disfuncionais para lidar com sua doença ou com os desafios da via, através de pensamentos de que Deus ou uma Força Maior estão lhe punindo ou lhe castigando (XU, 2016; PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000)

O sofrimento religioso/espiritual mostrou-se associado a maior mortalidade após dois anos de seguimento em uma amostra de pacientes americanos (PARGAMENT; KOENIG; TARAKESHWAR; HAHN, 2001), maior sintomatologia, estresse e pior qualidade de vida em pacientes em cuidados paliativos (DAMEN; EXLINE; PARGAMENT; YAO *et al.*, 2021), assim como pior saúde mental (maior sintomas de ansiedade, depressão, ideação paranoide, somatização e transtorno obsessivo compulsivo) em uma amostra representativa norte-americana (McCONNELL; PARGAMENT; ELLISON; FLANNELLY, 2006).

Diferentes desfechos vêm sendo amplamente discutidos na literatura sobre significado e propósito de vida, senso de controle das circunstâncias desafiadoras da vida (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; SHARMA; VAN RENSBURG; VERHAGEN *et al.*, 2016; VITORINO; CHIARADIA; LOW; CRUZ *et al.*, 2018) tais como lidar com a adversidade; nutrir emoções positivas de bem-estar, felicidade, esperança, otimismo, autoestima (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012; VITORINO; CHIARADIA; LOW; CRUZ *et al.*, 2018), além de questões adversas, como ansiedade, depressão, suicídio (FAHRENKOPF; SECTISH; BARGER; SHAREK *et al.*, 2008; MAENO; NAKAMURA; MAENO; OZAKI *et al.*, 2008; MOUTINHO; LUCCHETTI; EZEQUIEL; LUCCHETTI, 2019; ROTENSTEIN; RAMOS; TORRE; SEGAL *et al.*, 2016) e diferentes tipos de transtornos psicóticos/esquizofrenia/bipolaridade (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; STROPPA; COLUGNATI; KOENIG; MOREIRA-ALMEIDA, 2018; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013). Outros desfechos estão ligados a abuso de substâncias lícitas e ilícitas (MOUTINHO; LUCCHETTI; EZEQUIEL; LUCCHETTI, 2019; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013), problemas de relações sociais, *burnout* (DYRBYE; VARKEY; BOONE; SATELE *et al.*, 2013), delitos ou crimes e instabilidade conjugal (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Destaca-se o maior envolvimento religioso e espiritual relacionado ao bem-estar e felicidade (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013), proporcionando um estado de benevolência que expressa boa vontade em relação a outra pessoa, altruísmo e empatia (INOUE; VECINA, 2017; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013), o que Koenig e colaboradores (2012) chamam de traços de caráter positivo. Os sentimentos de autoconfiança, otimismo, adaptação, firmeza e maior aceitação fazem diferença na QV, sobrevida e tempo de internação (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012; INOUE; VECINA, 2017; SKEVINGTON; GUNSON; O'CONNELL, 2013).

Os resultados do tratamento para os problemas relacionados a SM foram positivos para a integração da R/E e os recursos de *coping* religioso e espiritual (CRE) (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013). Níveis positivos de envolvimento com questões religiosas são indicadores de bem-estar psicológico e menor depressão, comportamentos suicidas e uso/abuso de substâncias ilícitas. Uma revisão prévia concluiu que o envolvimento religioso cotidiano está associado à melhor SM e aponta para a necessidade de investimento de aplicação na prática clínica (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006). Outro estudo mostra a necessária aplicação ampliada da R/E na prática clínica e a importância da história espiritual na melhora da adesão ao tratamento, a maior satisfação do paciente com o atendimento clínico e os resultados de saúde obtidos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Associação positiva entre QV e bem-estar espiritual tem sido sugerida em populações com diferentes características culturais (PANZINI; MOSQUEIRO; ZIMPEL; BANDEIRA *et al.*, 2017). Para tanto, será necessário destacar a definição de QV na perspectiva multidimensional e transcultural envolvendo o aspecto espiritual do indivíduo (SKEVINGTON; GUNSON; O'CONNELL, 2013). QV expressa como a percepção do indivíduo sobre sua postura diante da vida, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, como também espirituais, baseados no contexto cultural e sistemas de valores associados a expectativa de vida (FLECK; BORGES; BOLOGNESI; DA ROCHA, 2003; GROUP, 1994; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006; SKEVINGTON; GUNSON; O'CONNELL, 2013).

Rocha e Fleck (2011) mostraram associação de R/E à maior QV, em pacientes internados e ambulatoriais oriundos de um hospital universitário e em indivíduos saudáveis, membros ativos de comunidades religiosas (ROCHA; FLECK, 2011).

Questões religiosas e espirituais são importantes na manutenção da saúde e na recuperação de pessoas idosas, bem como na melhora da função cognitiva em indivíduos com demência e idade avançada (AGLI; BAILLY; FERRAND, 2015; COIN; PERISSINOTTO; NAJJAR; GIRARDI *et al.*, 2010; ZHANG, 2010). Os resultados da revisão sistemática realizada por Agli, Bailly e Ferrand (2015) destacam artigos que usaram a R/E e seus propósitos por meio da fé, das práticas religiosas e da manutenção das interações sociais, observando menor declínio cognitivo ou estabilização do mesmo e o favorecimento do uso de estratégias de enfrentamento para lidar com a doença e ter uma melhor QV (AGLI; BAILLY; FERRAND, 2015). Em outra revisão sistemática, observaram-se benefícios significativos da R/E em veteranos com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (SMOTHERS; TU; GROCHOWSKI; KOENIG, 2019).

Vitorino e colaboradores (2018b) investigaram a influência do enfrentamento espiritual/religioso em pacientes em hemodiálise, analisando os desfechos associados à SM e QV, tendo observado influência positiva quando o *coping* foi positivo. Porém, consequências disfuncionais quando o *coping* foi negativo podem ser observadas, com associação a sintomas depressivos em pacientes de alto risco ou doenças terminais (CHIARADIA; LOW; CRUZ *et al.*, 2018; VITORINO; LOPES-JUNIOR; DE OLIVEIRA; TENAGLIA *et al.*, 2018b). Entre os desfechos positivos observados em estudos de R/E, temos: otimismo, felicidade, honestidade, perdão, gratidão, paciência, confiabilidade, resiliência e altruísmo (KOENIG; KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; VITORINO; CHIARADIA; LOW; CRUZ *et al.*, 2018).

O estudo de Mosqueiro e colaboradores (2015) mostrou que a religiosidade intrínseca estava associada a resiliência, QV e menores tentativas anteriores de suicídio. Estes achados podem encontrar suporte na hipótese de que características psicológicas resilientes podem ter efeitos positivos na diminuição da depressão e menores taxas de tentativas de suicídio entre os pacientes deprimidos (MOSQUEIRO; DA ROCHA; FLECK, 2015).

Dentro desse contexto, a utilização positiva da R/E costuma ter um papel protetor na prevenção da depressão, transtornos de ansiedade, uso e abuso de substâncias, reduzindo ideação suicida e melhorando a qualidade de vida. Mais evidências são necessárias para o entendimento de como e quando o indivíduo reage positivamente utilizando a dimensão religiosa/espiritual sobre essas situações

estressantes e de adoecimento da SM. Dessa maneira, faz-se importante o apoio profissional, pautado em suas crenças de R/E, buscando favorecer o bem-estar físico e emocional do paciente.

2.6 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA PRÁTICA CLÍNICA

Muitos estudos têm mostrado evidências da influência da R/E na prática clínica (CURLIN; CHIN; SELLERGREN; ROACH *et al.*, 2006; CURLIN; LAWRENCE; ODELL; CHIN *et al.*, 2007; KORUP; CHRISTENSEN; NIELSEN; SONDERGAARD *et al.*, 2017; KORUP; SONDERGAARD; CHRISTENSEN; NIELSEN *et al.*, 2020; LEE-POY; STEWART; RYAN; BROWN, 2016; LEE; BAUMANN, 2013; LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; RASSOULIAN; SEIDMAN; LOFFLER-STASTKA, 2016; SALMOIRAGO-BLOTCHER; FITCHETT; LEUNG; VOLTURO *et al.*, 2016; VANDERWEELE; BALBONI; KOH, 2017) e indicam que os valores religiosos dos médicos influenciam em suas tomadas de decisões durante o tratamento (ROBINSON; CHENG; HANSEN; GRAY, 2017; SULMASY, 2002). Também estão relacionados ao cuidado ampliado dos pacientes, pelos profissionais de saúde (PS), às questões éticas, culturais e legais emergentes da clínica e às questões conceituais (CURLIN; LAWRENCE; ODELL; CHIN *et al.*, 2007; KORUP; SONDERGAARD; CHRISTENSEN; NIELSEN *et al.*, 2020; LAWRENCE; CURLIN, 2009b; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN; KARIMAH; OLIVEIRA *et al.*, 2016; PUCHALSKI; LARSON, 1998; PUCHALSKI; VITILLO; HULL; RELLER, 2014; SULMASY, 2002).

Associações médicas renomadas, como *Australian Medical Association Code of Ethics, revised*, (2008); *Code of Medical Ethics of the American Medical Association* (2016) e *Good Medical Practice of the British General Medical Council* (GMC, 2013), têm estabelecido o direito do médico em realizar sua prática de acordo com suas crenças profundas (KORUP; SONDERGAARD; CHRISTENSEN; NIELSEN *et al.*, 2020; SULMASY, 2002). Médicos têm mostrado preocupação com a R/E de seus pacientes e suas implicações em relação à saúde (BEST; BUTOW; OLVER, 2016; LAWRENCE; CURLIN, 2009b; MICHAEL LEFFEL; OAKES MUELLER; HAM; CURLIN *et al.*, 2017), não sendo possível que valores pessoais sejam religiosos, espirituais ou ateístas os impeçam de prestar um cuidado profissional centrado no paciente (KORUP; SONDERGAARD; CHRISTENSEN; NIELSEN *et al.*, 2020; SMOTHERS; TU; GROCHOWSKI; KOENIG, 2019).

A partir do questionário “*Religion and Spirituality in Medicine, Perspectives of Physicians*” (RSMPP), organizado por Curlin e colaboradores (2007), observou-se que médicos religiosos são mais propensos a abordar questões de R/E com seus

pacientes, menos propensos a encaminhar os pacientes para a área da SM, mais propensos a considerar os efeitos positivos da R/E nos pacientes e tenderam a defender os médicos que se abstêm de práticas clínicas baseadas em objeções religiosas (CURLIN; SELLERGREN; LANTOS; CHIN, 2007).

O trabalho colaborativo acerca de Espiritualidade e Saúde (*Network for Research Spirituality and Health - NERSH*) permitiu a construção de um banco de dados e o fortalecimento do campo de pesquisa sobre R/E. Outro estudo realizado por Korup e seus colaboradores (2017) validaram uma descrição metodológica, com o NERSH, em seis continentes, incluindo o Brasil. Estabeleceram a multiplicidade de valores, atitudes R/E pessoais dos médicos e profissionais de saúde em diferentes continentes, culturas e crenças religiosas e apontaram a importância do grau de religiosidade como um parâmetro que pode influenciar as implicações de práticas clínicas (KORUP; CHRISTENSEN; NIELSEN; SONDERGAARD *et al.*, 2017).

O grau de religiosidade é um parâmetro que deve ser considerado, mas outras dimensões, como a disposição em tratar sobre R/E nos cenários clínicos, o uso de uma profissão de saúde como uma vocação religiosa e as atitudes religiosas para com tópicos éticos na medicina, são igualmente importantes. Médicos com maior nível intrínseco de religiosidade são mais prováveis de abordar e endossar diferentes questões de R/E com seus pacientes no encontro clínico, sendo que suas características religiosas influenciam nessas experiências (CURLIN; SELLERGREN; LANTOS; CHIN, 2007; SMYRE; TAK; DANG; CURLIN *et al.*, 2018). A R/E influencia no tratamento de maneira positiva na sua grande maioria (LAWRENCE; CURLIN, 2009a), quando os pacientes encontram apoio espiritual para lidar com a situação de adoecimento durante o encontro clínico (CURLIN; SELLERGREN; LANTOS; CHIN, 2007; SMYRE; TAK; DANG; CURLIN *et al.*, 2018).

Sajja e Puchalski (2018) analisaram o papel cada vez mais relevante que a espiritualidade tem assumido como um elemento essencial do cuidado e da saúde do paciente, especialmente, considerando que é bastante comum que os pacientes vivenciem um momento de profundo sofrimento espiritual e existencial durante a doença. Nesse panorama, os autores ressaltam que o cuidado e a compaixão dos médicos exercem uma contribuição essencial para que os pacientes possam encontrar consolo e cura através de suas crenças e valores espirituais (SAJJA; PUCHALSKI, 2018).

Alvarez e colaboradores (2016) destacaram a influência da espiritualidade associada à adesão em relação à medicação em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. O estudo de coorte mostrou que a combinação de R/E e crenças pessoais constitui variável consistente para mudanças na forma como os pacientes lidam com a doença/saúde (ALVAREZ; GOLDRAICH; NUNES; ZANDAVALLI *et al.*, 2016).

Médicos indianos, indonésios e brasileiros foram investigados e comparados quanto a suas atitudes em relação à influência da R/E e saúde, tendo sido observado que diferenças étnicas e culturais influenciam na forma como a espiritualidade é abordada na prática clínica (LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN; KARIMAH; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Outro estudo mostrou que a maioria dos médicos alemães relataram ter uma crença religiosa e frequentar algum serviço religioso, sendo as mulheres com maior probabilidade de abordar as questões de R/E com seus pacientes em consulta clínica (VOLTMER; BUSSING; KOENIG; AL ZABEN, 2014).

Metanálise realizada com dados de sete países da Ásia, Índia, Indonésia, Europa, bem como EUA e Brasil, avaliando os valores religiosos dos médicos, observou uma grande influência na prática clínica. Foi revelado que os europeus possuem menor influência da religiosidade em suas práticas clínicas se comparados com a prevalência dos valores religiosos dos médicos asiáticos, enquanto o Brasil e os EUA estavam no meio termo. Embora existam variações transculturais, concluiu-se que as práticas clínicas são influenciadas pela fé dos médicos (KORUP; SONDERGAARD; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN *et al.*, 2019).

Robinson e colaboradores (2017) constataram que a R/E influencia na prática de médicos das áreas de atenção primária, especialidades cirúrgicas e psiquiatria. As crenças religiosas ou espirituais inspiraram sua decisão de se tornar um médico, e os mesmos buscam decisões sobre suas práticas diárias com essa abordagem. Entretanto, alguns relataram incorporar a oração durante a prática clínica e a coleta de uma história espiritual durante a consulta (ROBINSON; CHENG; HANSEN; GRAY, 2017).

Lee-Poy *et al.* (2016) examinaram as práticas e as opiniões dos médicos sobre o nível de conforto em perguntar aos pacientes sobre suas crenças religiosas e espirituais. Verificaram que era de fato importante fazer essas indagações durante a consulta, observando, no entanto, uma falta de treinamento para sua realização (LEE-POY; STEWART; RYAN; BROWN, 2016). Outros autores mostraram que a discussão

da R/E na consulta médica é desejada pelos pacientes e conhecida por ser benéfica; mas não é frequente (BEST; BUTOW; OLVER, 2016; EHMAN; OTT; SHORT; CIAMPA *et al.*, 1999).

Pesquisas demonstram que as atitudes dos médicos religiosos em relação ao tratamento no final da vida podem diferir, substancialmente, de seus colegas não religiosos (BEST; BUTOW; OLVER, 2016; DUIVENBODE; HALL; PADELA, 2019; PUCHALSKI, 2002; SMYRE; TAK; DANG; CURLIN *et al.*, 2018). Embora existam várias perspectivas religiosas em relação ao tratamento próximo ao fim da vida, as atitudes dos médicos são diferentes e seguem seus valores culturais (PUCHALSKI, 2002). A religiosidade dos médicos muçumanos parece impactar as suas atitudes (SMYRE; TAK; DANG; CURLIN *et al.*, 2018) em relação a vários aspectos da tomada de decisão no final da vida em cuidados de saúde, consultando a literatura de bioética islâmica com maior frequência, tendo maiores chances de recomendar tratamento ativo em relação aos cuidados paliativos e maiores chances de ver a retirada do tratamento de sustentação da vida mais ética. Já os psiquiatras alemães têm perspectivas mais positivas sobre R/E e acham mais apropriado abordar as questões de religiosidade do que os médicos coreanos, podendo afetar os processos terapêuticos (LEE; BAUMANN, 2013).

As evidências científicas da R/E determinam a importância significativa para a saúde com implicações clínicas no paciente (LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012). Nesse cenário, a educação médica tem importância e responsabilidade na criação de oportunidades de ensino para abordagem da R/E na prática clínica (LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; SMOTHERS; TU; GROCHOWSKI; KOENIG, 2019).

2.7 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (R/E) NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Escolas médicas no Brasil e no exterior têm reconhecido a importância e os benefícios relacionados às questões da R/E na formação profissional (ANANDARAJAH; ROSEMAN; LEE; DHANDHANIA, 2016; BARNETT; FORTIN, 2006; COLLEGES, 1999; LUCCHETTI; GRANERO; BASSI; LATORRACA *et al.*, 2010; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; PUCHALSKI; LARSON, 1998). O reconhecimento da influência da R/E na prática clínica nos traz a necessidade de entender o processo de formação para o desenvolvimento de competências e sua utilização na relação médico-paciente (LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012; PUCHALSKI; BLATT; KOGAN; BUTLER, 2014), incluindo, entre outras recomendações, a abordagem de questões da espiritualidade na prática médica por importantes instituições tais como o *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2015), *World Health Organization*, *American College of Physicians* e a *American Medical Schools Association* (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006).

A *American Medical Schools Association*, (SAJJA; PUCHALSKI, 2018) projetou objetivos para o ensino-aprendizagem que visam melhorar o atendimento compassivo ao paciente e facilitar o crescimento profissional (Quadro 1). Tal programa implementa a capacidade de obter: história espiritual; identidade cultural do paciente, suas experiências e explicações causais relevantes a doenças/saúde de autocuidado, fatores estressantes e interpretações de representações e apoio social; compreensão e aplicação de R/E do paciente no contexto da vida e clínico apropriado (prevenção, tratamento, casos desafiadores); conhecimento de dados de pesquisa sobre o impacto da R/E e resultados; compreensão e respeito pelo papel do clero e outros líderes espirituais, curandeiros e prestadores de cuidado e comunicação com o paciente; por fim, a compreensão da sua própria espiritualidade, promoção de seu bem-estar e implicações de seu crescimento profissional para vocação como médico.

Quadro 1 - Programa de Espiritualidade e Saúde da Universidade George Washington (GWU)

Cuidados para o paciente
História espiritual
Diagnóstico e tratamento de sofrimento espiritual
Avaliação espiritual biopsicossocial e plano de tratamento
Presença compassiva ao sofrimento das pessoas
Formação de estudantes / residentes / clínicos
Foco na vida interior
Significado, propósito, chamada para servir
Autenticidade
Presença compassiva - consigo mesmo

Fonte: Adaptada dos Componentes Curricular de Espiritualidade e Saúde na GWU (SAJJA; PUCHALSKI, 2018, recurso online).

Educadores médicos reconhecem a necessidade de trazer de volta a arte do cuidado compassivo ao currículo, com diretrizes visando ao desenvolvimento de competências para esta finalidade (ANANDARAJAH; ROSEMAN; LEE; DHANDHANIA, 2016; LUCCHETTI; DAHER JR; LUCCHETTI; PRACTICE, 2019; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN; KARIMAH; OLIVEIRA *et al.*, 2016; SAJJA; PUCHALSKI, 2018). Desta forma, pensar nas competências para a abordagem da R/E na formação médica torna-se indispensável, no sentido do reconhecimento do papel da espiritualidade no contexto clínico (PUCHALSKI; FERRELL; VIRANI; OTIS-GREEN *et al.*, 2009; PUCHALSKI; BLATT; KOGAN; BUTLER, 2014; PUCHALSKI; VITILLO; HULL; RELLER, 2014).

A formação médica enfrenta um cenário desafiador, uma vez que necessita abordar uma população cada vez mais diversificada quanto a cultura, valores, fatores sociais, econômicos, emocionais e ambientais, com necessidade de ampliar as discussões curriculares sobre espiritualidade, crenças religiosas e tradições culturais (PUCHALSKI; LARSON, 1998; PUCHALSKI; VITILLO; HULL; RELLER, 2014). Claramente, a pesquisa em educação médica e desenvolvimento curricular na

temática da espiritualidade e saúde precisa ser globalmente tratada, valorizando as diferentes crenças religiosas e a sua influência na saúde de maneira ampla em sua diversidade e particularidades regionais (LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN; KARIMAH; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Uma revisão sistemática realizada em 2012 por Lucchetti e colaboradores avaliou 38 artigos com evidências científicas sobre a espiritualidade na educação médica, listando os países com maior produção científica (LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012). Entre os artigos, 81,5% foram produzidos nas universidades dos EUA; 7,8%, por escolas médicas canadenses, e 10,5%, por outros países. A revisão indica que o desenvolvimento curricular em espiritualidade e saúde ainda é insuficiente, sendo necessária sua implementação nos currículos da graduação e da residência. No Brasil, a espiritualidade e saúde tem sido abordada em 40% das escolas médicas, entretanto, o tema em questão tem abrangência de apenas 10,4% em disciplinas eletivas em doze escolas médicas (LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012). Apesar disso, outro estudo (LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013) mostrou que a maioria dos estudantes acreditavam que a espiritualidade tem impacto positivo na saúde do paciente e os estudantes gostariam de abordar R/E em sua prática clínica, aspecto raramente abordado durante o encontro clínico com o paciente. Ademais, falta um currículo padronizado em espiritualidade e saúde no Brasil (GONCALVES; OSORIO; OLIVEIRA; SIMONETTI *et al.*, 2016; LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012), dificultando, assim, o aprendizado da história espiritual (LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; PUCHALSKI; ROMER, 2000).

Existem alguns estudos mostrando resultados promissores na incorporação de cursos ou estratégias de treinamento em R/E para graduandos e pós-graduandos em medicina (GOVINDAN; KEEFER; STURZA; STEPHENS *et al.*, 2019; LUCCHETTI; DAHER JR; LUCCHETTI; PRACTICE, 2019; PUCHALSKI, 2006; PUCHALSKI, 2007; SAJJA; PUCHALSKI, 2018).

O estudo de Van Rensburg e colaboradores (2013) também enfatizou que a espiritualidade deve ser incorporada aos treinamentos na graduação, principalmente, na formação de psiquiatras, e durante a prática clínica; levando-se em conta os limites profissionais e todas as questões da R/E, tradições de fé e sistemas de crenças, para

isso sendo indispensável uma reorientação profissional docente (VAN RENSBURG; SZABO; POGGENPOEL; MYBURGH, 2013).

Em um estudo controlado randomizado, Osório e colaboradores (2017) mostraram que a intervenção educacional promoveu efeito positivo entre os estudantes da área da saúde que participaram da estratégia de ensino. Os alunos que receberam o curso de R/E foram avaliados em relação ao domínio cognitivo, à condução da história espiritual, às interações sobre crenças religiosas e espirituais com simulação de pacientes e ao reconhecimento da importância da R/E na relação médico-paciente. Tiveram pontuação mais altas com média de 14,12 pontos na avaliação quando comparados com o grupo controle, que obteve 6,17 pontos, com aumento no conhecimento, atitudes e habilidades de história espiritual (OSORIO; GONCALVES; POZZOBON; GASPAR JUNIOR *et al.*, 2017).

Smothers e colaboradores (2019) avaliaram estudantes de medicina em suas rotações clínicas onde foi incorporada à rotina uma intervenção educacional de discussão de caso sobre R/E focada na abordagem de pacientes. Foram utilizadas três normas em medicina: competência, autonomia, neutralidade e, sua relação com as preocupações de R/E, a capacidade de melhorar as atitudes e o conforto dos estudantes de medicina. O impacto foi positivo quanto à compreensão e motivação em incluir o atendimento de R/E em práticas clínicas (SMOTHERS; TU; GROCHOWSKI; KOENIG, 2019).

Se por um lado observa-se a valorização do conhecimento sobre a R/E na formação de medicina, por outro encontra-se o despreparo dos estudantes da área para abordar o cuidado espiritual, mostrando uma fragilidade no processo de treinamento das faculdades de medicina (BEST; BUTOW; OLVER, 2015; 2016). Poucas pesquisas descrevem o processo de desenvolvimento do currículo para esta abordagem, buscando integração dos valores de R/E a práticas de autocuidado, atendimento ao paciente e equipe médica visando ao bem-estar e à saúde (BALBONI; BALBONI; FITCHETT, 2015; MITCHELL; EPSTEIN-PETERSON; BANDINI; AMOBI *et al.*, 2016).

Mitchell e colaboradores (2016) propuseram um currículo de medicina em R/E de caráter longitudinal, eletivo e experimental, com conteúdo em cinco subtemas: crescimento pessoal, integração profissional dos valores de R/E, atendimento das necessidades dos pacientes, dinâmica estrutural e/ou institucional no sistema de

saúde e questões sociais (MITCHELL; EPSTEIN-PETERSON; BANDINI; AMOBI *et al.*, 2016).

Balboni e colaboradores (2015) avaliaram as experiências de R/E dos estudantes, residentes e professores da Faculdade de Medicina de Harvard e o processo de socialização profissional, envolvendo perspectivas multidisciplinares (Medicina, Sociologia e Teologia) por meio de narrativas reflexivas durante o treinamento médico. Os resultados mostraram que crenças em R/E dos estudantes e residentes de medicina melhoraram o relacionamento com a equipe de trabalho, maior equilíbrio entre vida e trabalho, redução do estresse emocional ao lidar com o sofrimento dos pacientes e fortalecimento de suas atitudes gerando estratégias de enfrentamento, como oração, fé e compaixão, para lidar com o sofrimento do paciente, durante os encontros clínicos (BALBONI; BALBONI; FITCHETT, 2015).

A revisão de Lucchetti e colaboradores (2019) apontou a espiritualidade como um tópico importante a ser incorporado ao treinamento de graduação e pós-graduação em medicina. Diferentes estudos e estratégias com iniciativas educacionais e metas curriculares da R/E foram apresentados com os objetivos, conteúdos, metodologias e competências gerais mais utilizadas nas escolas médicas (LUCCHETTI; GONÇALVES; FERREIRA; DAHER *et al.*, 2019). Os autores apresentam algumas propostas de atividades para o ensino da R/E, entre elas as “Ligas acadêmicas de Saúde e Espiritualidade” nas Faculdades de Medicina. Essa proposta consiste em desenvolver seu treinamento teórico utilizando metodologias ativas e/ou tradicionais de ensino-aprendizagem e avaliações de desempenho do acadêmico (LUCCHETTI; GONÇALVES; FERREIRA; DAHER *et al.*, 2019).

Algumas propostas educacionais e seus desfechos podem ser observados na tabela 1, oriunda do artigo de Lucchetti e colaboradores (LUCCHETTI; GONÇALVES; FERREIRA; DAHER *et al.*, 2019).

Tabela 1 – Cursos voltados para o ensino da R/E na saúde e seus desfechos

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Osorio <i>et al.</i>	2017	Brasil	49 alunos de cuidados de saúde do primeiro e segundo anos	teste aleatório com um grupo de intervenção (um curso teórico-prático em R/E) e um grupo controle (lista de espera)	O grupo de intervenção teve maiores pontuações de conhecimento, melhor atitude e demonstrou mais habilidade em obter a história espiritual de um paciente quando se comparou com o grupo controle.
Schonfeld <i>et al.</i>	2016	EUA	70 alunos do quarto ano Medicina	rotação de R/E com duração de um mês	O <i>feedback</i> dos alunos para o curso era uniformemente positivo.
Gonçalves <i>et al.</i>	2016	Brasil	50 alunos de cuidados de saúde do primeiro e segundo ano.	8 meses de treinamento teórico e prático.	os alunos se sentiram mais confortáveis e tiveram a tendência de acreditar que o paciente gostou da abordagem, se sentiu melhor e mais motivado.
Ferreira <i>et al.</i> ; de Carvalho Ferreira <i>et al.</i>	2016	Brasil	305 alunos de Medicina do primeiro ao quarto anos	"Módulo Transversal" sobre espiritualidade e saúde com base em 8 encontros com conteúdo teóricos	80% dos alunos avaliaram o módulo como 'bom' ou 'muito bom', e 96,30% relataram que aquela participação no módulo irá influenciar sua futura prática médica.
Frazier <i>et al.</i>	2015	EUA	166 alunos do primeiro ano de Medicina	3h de sessão com capelão	A maioria dos alunos (63%) escreveram que o cuidado espiritual era necessário e tinham opiniões positivas sobre R/E.

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Perechocky <i>et al.</i>	2014	EUA	21 alunos de Medicina	acompanhamento de um capelão (hospital de trauma) durante um plantão	90% dos entrevistados concordaram ou concordaram fortemente que eles aprenderam sobre o papel do capelão no hospital e que a experiência foi útil.
Talley e Magie	2014	EUA	250 alunos de Medicina	Palestras, painel, discussões, dramatização (troca de papéis) e treinamento no uso de ferramenta de avaliação de espiritualidade	Os alunos se mostraram sensíveis às necessidades espirituais dos pacientes, avaliaram os pacientes e suas próprias necessidades espirituais e apropriadamente usaram os serviços do capelão.
Ellman <i>et al.</i>	2012	EUA	217 alunos de cuidados de saúde	módulo de aprendizado baseado em casos, on-line, interativo e um workshop de simulação	Os alunos perceberam que o programa atendeu a seu objetivo de aprendizado e avaliaram positivamente o programa.
Lennon- Dearing <i>et al.</i>	2012	EUA	53 alunos de cuidados de saúde	1 dia de workshop de R/E	Os alunos puderam fazer uma história espiritual, entender o papel do clero e dos capelães e avaliaram bem o workshop.
Culliford	2009	Reino Unido	27 alunos do terceiro ano de Medicina	curso teórico de 8 semanas	Alta satisfação (78%) entre os alunos.

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Anandarajah <i>et al.</i>	2007	EUA	10 alunos do quarto ano de Medicina	17 horas eletivas em espiritualidade e cuidados para o paciente	Estudantes de Medicina avaliaram o curso eletivo positivamente, o que aumentou seu conhecimento sobre espiritualidade e Medicina.
Barnett e Fortin	2006	EUA	137 alunos de Medicina e residentes	workshops de 2 horas com palestra, discussão e dramatização	Aumentaram o consenso a respeito da adequação de perguntar sobre crenças espirituais, a competência em fazer o histórico espiritual e o conhecimento dos recursos disponíveis de cuidado pastoral.
Sandor <i>et al.</i>	2006	EUA	316 alunos de enfermagem e Medicina	curso projetado para fornecer evidência científica no campo e sobre como tomar uma história espiritual	Houve um aumento na percepção da importância da espiritualidade na prática e houve uma redução da percepção dogmática sobre o tema.
King <i>et al.</i>	2004	EUA	146 alunos do primeiro ano de Medicina	Currículo de história espiritual com teoria, prática, como tomar o histórico espiritual e cenários de paciente padronizado.	65% dos alunos foram capazes de reconhecer o paciente, a preocupação espiritual, e 94% responderam corretamente o teste.
Musick <i>et al.</i>	2003	EUA	192 alunos estagiários	dois grupos com aulas teóricas idênticas, Grupo 1 trabalhou em um caso de aprendizagem R/E com base em problemas, e o grupo 2 não	Alunos do grupo 1 avaliaram um aumento do seu conhecimento de tomar a história espiritual, no entanto, o processo de abordar a história espiritual foi semelhante.

Fonte: Adaptada de Lucchetti *et al.* (2019).

2.8 ESTUDOS CIENTÍFICOS SOBRE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NOS RESIDENTES DE MEDICINA

A influência da R/E na prática clínica, sua valorização pelos residentes, o desenvolvimento de competências e o processo ensino-aprendizagem que permite sua utilização no atendimento clínico, são de grande relevância no contexto da residência médica (PISCITELLO; MARTIN, 2020). Em consonância, faz-se necessário investigar o treinamento profissional sobre o assunto R/E (LUCCHETTI; DE OLIVEIRA; KOENIG; LEITE *et al.*, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI; ESPINHA; DE OLIVEIRA *et al.*, 2012; SMOTHERS; TU; GROCHOWSKI; KOENIG, 2019).

2.8.1 R/E na formação dos Residentes de Medicina

Puchalski e Larson (1998) fizeram a proposta de um programa de treinamento em R/E, obrigatório e integrado, para residentes de psiquiátrica dos EUA, voltado para os três atributos da competência: conhecimento, habilidades e atitudes. Foram sugeridos três módulos principais: (1) religião e espiritualidade e SM (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014); (2) entrevistas e avaliação de práticas, crenças de R/E dos pacientes e atitudes; (3) religião e espiritualidade no ser humano e desenvolvimento do ciclo da vida. Tal proposta resultou na inserção de programas de treinamentos sobre R/E nas práticas educacionais em saúde de forma articulada com os demais componentes da grade curricular geral dos cursos de graduação e pós-graduação em medicina de universidades no mundo (PUCHALSKI; LARSON, 1998).

Kelley e colaboradores (2019) mostraram em seu estudo que a maioria dos residentes de psiquiatria (75%), participantes de treinamento interdisciplinar, apresentaram maior conscientização sobre o valor da R/E na mudança de atitudes dos residentes para com os pacientes afro-americanos, maior conforto nas discussões com o paciente sobre espiritualidade; vontade de colaborar com o clero e importância da religião para a SM (KELLEY; HAAS; FELBER; TRAVIS *et al.*, 2019).

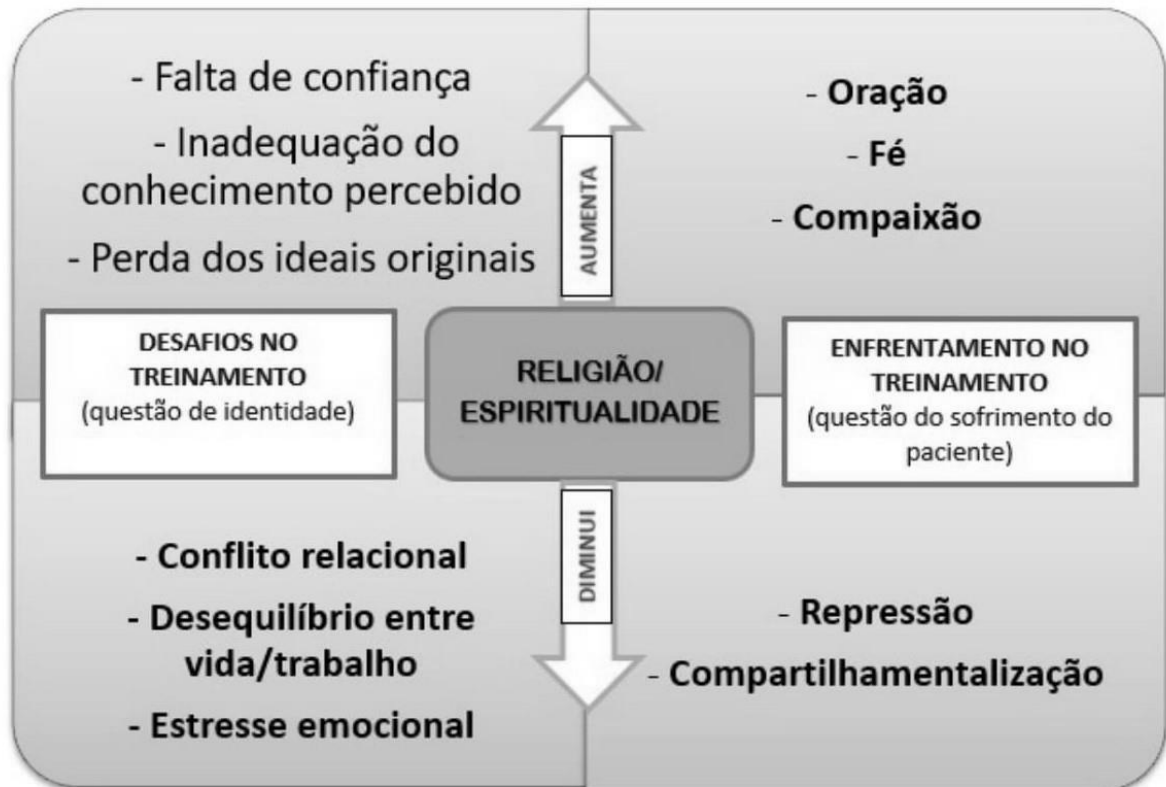
McGovern e colaboradores (2017) identificaram a influência da conscientização dos residentes e suas atitudes em relação às dimensões espirituais da prática clínica em psiquiatria, após participar de um currículo de 3 anos, sobre espiritualidade, durante a residência médica. O currículo foi útil e significativo para a

maioria dos residentes (69,2%), aumentando o reconhecimento de sua importância e apreciação sobre a abordagem da espiritualidade na prática clínica (76,9%) e melhorou o conhecimento clínico nas questões de espiritualidade (92,3%). Segundo o estudo, independentemente da origem cultural ou religiosa, os residentes consideraram a proposta curricular como uma experiência válida, que propiciou aumento da valorização da espiritualidade no cuidado holístico do paciente com condições psiquiátricas (MCGOVERN; MCMAHON; NELSON; BUNDOC-BARONIA *et al.*, 2017).

Todas estas propostas educacionais são importantes, uma vez que muitos estudos mostram a influência da R/E na prática clínica. Balboni e colaboradores (2015) revelaram que a R/E melhorou a identidade pessoal, a autoconfiança e a percepção adequada do conhecimento médico dos residentes de medicina, além de reduzir o estresse emocional decorrentes do sofrimento dos pacientes. As estratégias de enfrentamento durante o treinamento médico fortaleceram o relacionamento dentro da equipe médica e influenciaram as mudanças de atitudes na formação profissional durante o treinamento médico (BALBONI; BALBONI; FITCHETT, 2015).

A R/E influencia o ambiente e o processo de socialização dos residentes médicos durante este período de sua formação. Os domínios sociais do processo de formação, amplamente baseados na aprendizagem, trazem mudanças de atitude, com criação de estratégias de enfrentamento. A ocorrência de tensão social e de crenças entre a equipe e o paciente contrapõe-se com as posições de ideais tradicionais da profissão de médico e as relações que se estabelecem foram definidas pelo como “currículo oculto” (BALBONI; BALBONI; FITCHETT, 2015) (Figura 6).

Figura 6 – Diagrama do Currículo Oculto



Fonte: Adaptado do Diagrama do Currículo Oculto (BALBONI; BALBONI; FITCHETT, 2015, p. 513).

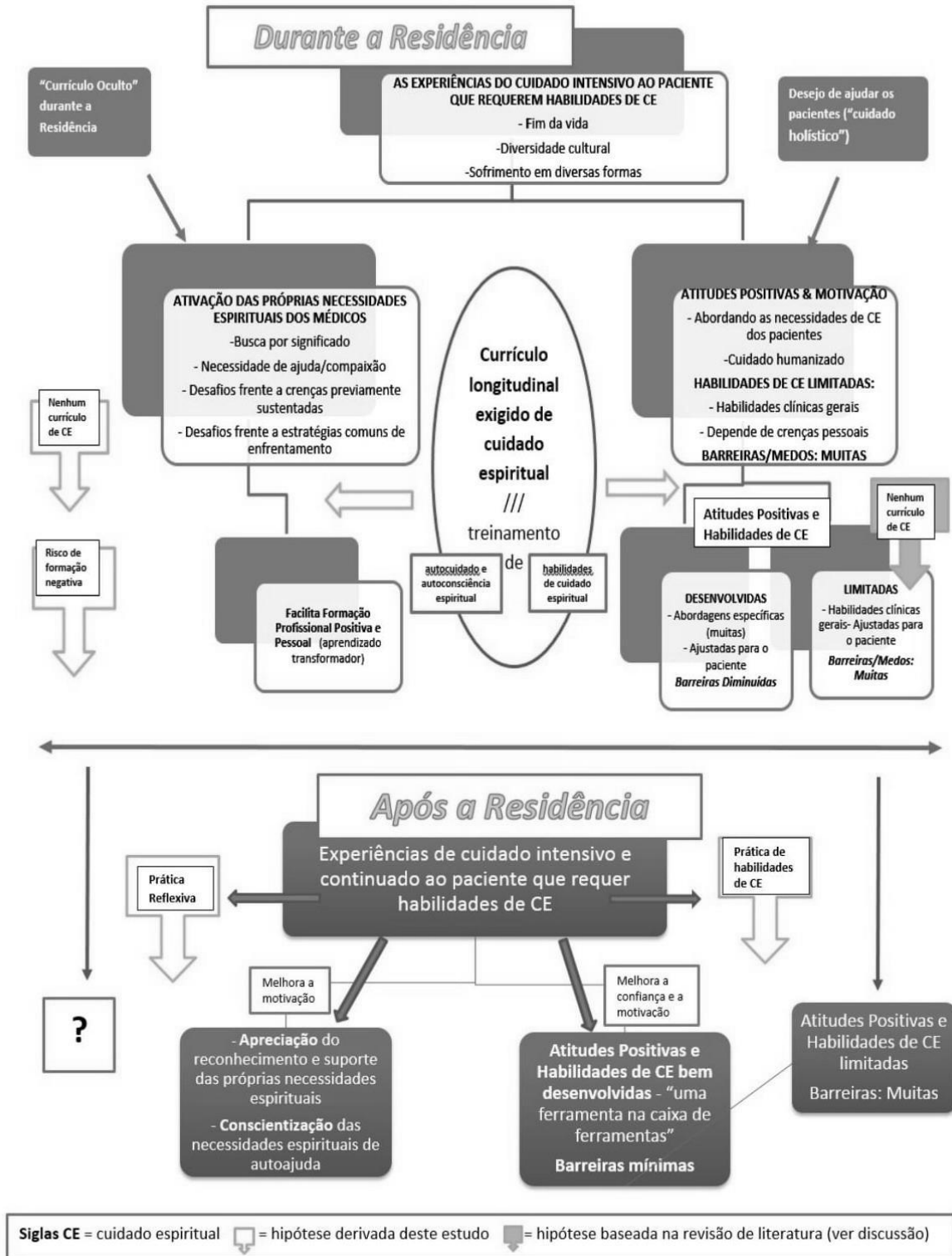
O treinamento em residência é um momento crítico para a formação profissional dos médicos. No entanto, poucas intervenções estruturadas existem para apoiar os residentes nesse processo transformador de integração de valores pessoais e profissionais, essencial à formação da identidade do médico e à preservação de valores fundamentais, como a compaixão. A R/E tem um papel importante na prática médica e é um meio facilitador para se vencer desafios, buscar estratégias de enfrentamento e mudanças no desenvolvimento do atendimento clínico (BALBONI; BALBONI; FITCHETT, 2015).

Um estudo curricular de 10 anos (ANANDARAJAH; ROSEMAN; LEE; DHANDHANIA, 2016) explorou o efeito duradouro do treinamento dos residentes médicos em R/E aplicada às habilidades clínicas. Os residentes reagiram positivamente a um aprendizado desafiador e transformador que permite a reflexão sobre crenças espirituais pessoais em relação às experiências espirituais dos pacientes em ambiente seguro e de apoio, permitindo compaixão e o cuidado do paciente. Com

base no estudo, as recomendações para a redução das barreiras no uso da R/E na prática clínica, incluem: 1) treinamento de habilidades - avaliação espiritual centrada no paciente, técnicas universais de cuidado espiritual (por exemplo, presença compassiva) e rodadas com o capelão clínico; 2) atendimento espiritual para estagiários - real expressão de compaixão por meio de apoio, oportunidades de autocuidado/reflexão espiritual e individual e em grupo sobre situações clínicas complexas; 3) breve exposição a uma estrutura multicultural de R/E, estudos de R/E em diversos sistemas de crenças religiosas/espirituais. Um currículo longitudinal de R/E incorporado na residência pode ter efeitos imediatos e duradouros na capacidade dos médicos de fornecer assistência espiritual aos pacientes. É também uma ferramenta poderosa para promover a formação de médicos nesta etapa importante de desenvolvimento pessoal e profissional (ANANDARAJAH; ROSEMAN; LEE; DHANDHANIA, 2016) (Figura 7).

A tabela 2 nos mostra algumas propostas de intervenção educacional visando desenvolver competências pedagógicas para o uso da R/E na prática clínica.

Figura 7 - Efeito a longo prazo do treinamento de cuidado espiritual



Fonte: Adaptado do Modelo teórico de relação entre experiências clínicas, assistência espiritual e impacto no currículo (ANANDARAJAH; ROSEMAN; LEE; DHANDHANIA, 2016, p. 867).

Tabela 2 - Propostas educacionais sobre R/E para residentes de medicina

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Kelley <i>et al.</i>	2019	EUA	51 residentes Psiquiatria	4 horas de oficina interdisciplinar. Pesquisa pré e pós-oficina para medir a mudança nas atitudes dos residentes e níveis de conforto associados à exposição ao workshop de competência cultural	Educação por competência cultural em <i>workshops</i> pode ser um método para melhorar o conforto do residente de psiquiatria em treinamento para abordar cuidados R/E. A religião pode servir como fator de proteção, melhorando a saúde ou facilitando a recuperação de doenças mentais.
McGovern <i>et al.</i>	2017	EUA	12 residentes Psiquiatria	3 anos. Currículo de competência: o cuidado do paciente, o conhecimento médico a melhoria e aprendizado baseado no paciente, as habilidades de comunicação e interpessoais, profissionalismo e na prática baseada em sistemas, presença compassiva	Confirmaram fortemente que currículo de R/E era útil e significativo com experiência válida. Aumentou o cuidado holístico do paciente com condições psiquiátricas.

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Mitchell <i>et al.</i>	2016	EUA	44 estudantes rodízio clínico, residentes e professores de medicina <i>Harvard Medical School e Harvard Divinity School</i> 2013.	Treinamento de capelania, rotação clínica entrevistas semiestruturadas (individuais e grupos focais de, 2 residentes e 5 graduandos) Surgiram 2 grandes temas qualitativos	Resultados qualitativos em formato curricular longitudinal, eletivo e experimental e conteúdo curricular crescimento pessoal R/E, integração profissional dos valores R/E, atendimento das necessidades dos pacientes, dinâmica estrutural e/ou institucional no sistema de saúde e questões sociais).
Anandarajah <i>et al.</i>	2016	EUA	26 residentes	10 anos, 2001 a 2011 Entrevistas dos médicos (pré, pós-intervenção e após 8 anos). 13 intervenção/ comparação sobre temas: crenças, atitudes e experiências; habilidades de atendimento espiritual; barreira ao cuidado espiritual; reflexões sobre o currículo.	Alto impacto de treinamento com avaliação espiritual centrada no paciente, rodada de capelão, oficina/ retiros espirituais de autocuidado, estrutura multicultural de cuidado espiritual. Currículo longitudinal e multifacetado de RM pode ter efeito positivo e duradouro nas habilidades profissionais e na formação profissional/pessoal dos médicos.

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Balboni <i>et al.</i>	2015	EUA	33 residentes	6 meses ago/dez 2013 Questionário de R/E autorreferido (MMRS) Entrevistas 3 categorias R/E influenciaram o processo de socialização dos estagiários médicos: desafios, estratégias de enfrentamento e mudanças no desenvolvimento	R/E como fator protetor em quatro áreas: estresse emocional, perda de compaixão, equilíbrio trabalho-vida, conflito de relacionamento, R/E desafios do treinamento e enfrentamento. R/E pode desempenhar um papel importante no processo de socialização do treinamento médico.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Apesar de alguns estudos abordarem a opinião dos médicos residentes sobre a R/E, ainda existem lacunas, sobre sua abordagem na relação com a R/E, implicações clínicas e educação médica.

2.8.2 Influência da R/E na Prática Clínica dos Residentes de Medicina

A influência da abordagem das questões da R/E pode ser fundamental para residentes de medicina e sua prática clínica (KATTAN; TALWAR, 2013; LUCCHETTI; RAMAKRISHNAN; KARIMAH; OLIVEIRA *et al.*, 2016; LUCKHAUPT; YI; MUELLER; MRUS *et al.*, 2005; PISCITELLO; MARTIN, 2020; WOODS; HENSEL, 2018).

O estudo de Piscitello e Martin (2020) avaliou, inicialmente, o conhecimento, atitudes e habilidades dos residentes de medicina interna e pediatria em relação à R/E, tendo verificado atitudes positivas dos residentes durante o treinamento específico que incluiu a contribuição da capelania, palestras, oficinas de discussões, implementados durante 4 anos de currículos de residência médica. Os autores mostraram que o efeito do ensino curricular contribuiu para aumentar o conhecimento dos residentes sobre o papel dos capelães e os cuidados médicos. A maioria dos residentes frequentavam serviços religiosos e suas crenças afetavam suas próprias vidas; ademais concordavam que suas crenças e as dos pacientes podiam afetar a saúde destes. Entretanto, descobriram a necessidade de treinamentos específicos para melhorar as habilidades autorreferidas pelos residentes e novos treinamentos para coleta da história espiritual de pacientes (PISCITELLO; MARTIN, 2020).

A maioria dos residentes em medicina interna, pediatria e medicina de família dos EUA (LUCKHAUPT; YI; MUELLER; MRUS *et al.*, 2005) concordam sobre a influência da R/E no encontro clínico, levando ao cuidado mais amplo com a saúde do paciente e melhor comunicação do residente/paciente (LUCKHAUPT; YI; MUELLER; MRUS *et al.*, 2005). Outro estudo também mostrou efeito positivo da afiliação religiosa e R/E dos residentes de pediatria na comunicação em ambiente clínico envolvendo adolescentes (WOODS; HENSEL, 2018).

Um estudo canadense (KATTAN; TALWAR, 2013) mostrou a ampla aceitação da R/E como um aspecto relevante no atendimento ao paciente em psiquiatria. A maioria dos residentes sentiu que a espiritualidade pode afetar a SM com uma atitude positiva em relação ao caso clínico. Estudos descritos na tabela 3 e seus resultados mostram a influência da R/E na prática clínica.

Tabela 3 - Achados científicos sobre R/E nos residentes de medicina

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Piscitello; Martin	2019	EUA	123 residentes 46 baseline 51 resp.	Baseline avaliação prévia dos conhecimentos, atitudes e habilidades básicas em relação a R/E, com taxa de resposta de 37,4%. Ao longo de 1 ano foram implementado um currículo baseado em palestras e discussões seguido de avaliação pós-treinamento com taxa de resposta de 41,4%.	R/E afeta o cuidado médico e tem atitudes positivas em R/E. O conhecimento e habilidades autorreferidas são baixos (insuficientes) para realizar uma história espiritual durante a prática clínica. A implementação de um currículo em espiritualidade, religião e medicina melhorou o conhecimento relatado pelos residentes.
Woods; Hensel	2018	EUA	46 residentes 364 pacientes adolescentes	Durante a rotação de medicamentos foram verificados a autoeficácia para a comunicação de R/E de residentes e o nível de habilidade de comunicação e percepção comunicação com pacientes adolescentes (1mês).	Afiliação religiosa e a religiosidade de residentes, parecem afetar a percepção do paciente em relação à autoeficácia de comunicação durante as consultas médicas de adolescentes. Permitiu aos educadores ensinar aos residentes um conjunto de habilidades apropriadas para uma visita de saúde mais completa aos adolescentes.

Autor	Ano	País	Participantes	Estratégias	Resultados
Kattan; Talwar	2013	Canadá	70 residentes 45 professores	Questionário CanMEDS, escala <i>Liket</i> , domínios: atitudes autoreferidas, experiências e influência prática, nível de conforto em abordar R/E com pacientes psiquiátricos, papéis e barreiras encontradas (1 ano)	A maioria percebeu que R/E afeta a SM positiva ou negativamente de acordo com a implicação clínica. Incerteza quanto a aceitar as práticas de auto-divulgação e oração. Interesse em aprender.
Luckhaupt <i>et al.</i>	2005	EUA	247 residentes Atenção primária 227 professores.	Questionário adp. <i>Religion and Spirituality in the Medical Encounter Study</i> . Avaliação de envolvimento R/E associada a altos níveis pessoais de enfrentamento espiritual de residentes.	Metade considera que deveria desempenhar um papel R/E do paciente. A concordância dos residentes com atividades espirituais e religiosas específicas dependia da condição do paciente e das características pessoais do residente.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

3 JUSTIFICATIVA

Muito ainda se faz necessário conhecer sobre as questões que envolvem R/E na população de residentes de medicina, sobretudo, no sentido de se atender às necessidades dos pacientes e barreiras que precisam ser superadas (BEST; BUTOW; OLVER, 2016).

Para os residentes de medicina em treinamento da prática clínica, a abordagem de R/E e suas implicações na saúde deveriam de fato ser incluídas em seus currículos, visando desenvolver competências para uma abordagem integral do paciente. Dessa maneira, durante o treinamento profissional, poder-se-ia promover a sensibilidade espiritual e emocional dos citados profissionais de saúde, trazendo melhorias significativas para o atendimento ao paciente.

Ao comparar a opinião de professores e alunos do curso de medicina, um estudo mostrou que suas opiniões convergem no reconhecimento da relevância da R/E na prática clínica e seu impacto na saúde dos pacientes. Porém, apesar de aparentemente mais preparados e experientes, os próprios docentes não se julgam completamente preparados para lidar com o tema, o que torna a situação dos discentes ainda mais delicada (BANIN; SUZART; BANIN; GUIMARAES *et al.*, 2013). De fato, o grande problema é que, apesar de a grande maioria dos médicos concordar com a importância da R/E, quase nenhum deles toca no assunto com seus pacientes durante a prática clínica (EHMAN; OTT; SHORT; CIAMPA *et al.*, 1999). Estudos sugerem que, entre os principais motivos para que essa abordagem não ocorra, os mais comuns são falta de tempo, falta de conhecimento e falta de treinamento (COOPER; BROWN; VU; FORD *et al.*, 2001; MARIOTTI; LUCCHETTI; DANTAS; BANIN *et al.*, 2011; MCCAULEY; JENCKES; TARPLEY; KOENIG *et al.*, 2005).

A espiritualidade e sua aplicabilidade nos currículos de saúde devem ser a demanda de hoje. Assim, Puchalski e colaboradores (2014) especificaram as recomendações para educação em saúde, como o desenvolvimento de padrões de competência para o treinamento em R/E na escola médica que abordam atitudes, habilidades e conhecimentos como também a criação de currículos abrangentes para R/E que impactam as implicações clínicas (PUCHALSKI; VITILLO; HULL; RELLER, 2014).

Dessa forma, poucos são os estudos sobre R/E dos médicos residentes e suas implicações práticas, não havendo nenhum em território nacional. Sendo esse

grupo representante de um espectro de transição da graduação para a vida profissional, torna-se importante a investigação do seu ponto de vista e do seu posicionamento frente às questões que tangem à R/E e prática clínica e, de que forma, são necessárias mudanças na educação médica.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Avaliar as atitudes, conhecimento e experiências de médicos residentes brasileiros frente ao tema R/E e sua influência na prática clínica e na formação médica.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar de que forma os diferentes níveis de religiosidade e espiritualidade influenciam nas opiniões dos residentes médicos em relação a questões éticas controversas.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Os materiais e métodos são compostos do desenho e local do estudo, sujeitos do estudo e critérios de elegibilidade, procedimentos, instrumentos, análise estatística e aspectos éticos.

5.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo multicêntrico de caráter observacional, transversal e de abordagem quantitativa intitulado SBRAMER (*Spirituality in Brazilian Medical Residents*), realizado entre o período de julho de 2017 a julho de 2018, envolvendo 7 centros universitários brasileiros responsáveis pela formação de residentes de medicina: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF, centro organizador), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal do Pará (UFPA).

12 centros universitários brasileiros se interessaram na pesquisa, para os quais o centro organizador da pesquisa (UFJF) enviou o projeto de estudo para os Comitês de Ética e Pesquisas (CEP). Desses, 7 centros universitários decidiram que possuíam condições de participar e submeteram o estudo para aprovação no CEP.

Figura 8 - Centros Universitários e Hospitais formadores de médicos residentes de diferentes regiões brasileiras



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O quadro 2 mostra algumas características dos centros universitários incluídos.

Quadro 2 – Número de participantes para cada centro universitário brasileiro incluído no estudo

Instituições de Ensino	Regiões do Brasil	Pública/ Privada	Tipo de Hospital	Número de Médicos Residentes incluídos
Universidade Federal de Juiz de Fora/MG (centro de liderança)	Sudeste	Pública	Acadêmico	171
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ	Sudeste	Pública	Acadêmico	119

Universidade Federal da Paraíba/PB	Nordeste	Pública	Acadêmico	96
Universidade Federal do Pará/PA	Norte	Pública	Acadêmico	101
Universidade Federal de Minas Gerais/MG	Sudeste	Pública	Acadêmico	174
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/RS	Sul	Pública	Acadêmico	156
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/MS	Centro-Oeste	Pública	Acadêmico	62
Total				879

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5.2 SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Em 2017, existiam 1642 residentes alocados em todas as vagas autorizadas pela CNRM nesses centros universitários. Foram convidados a participar do estudo todos os médicos oficialmente registrados no programa de residência médica nos centros universitários supracitados, independentemente de gênero, idade ou especialidade de formação. 879 médicos residentes, aceitaram participar do estudo, correspondendo a taxa de resposta de 53,5% distribuídas nas diferentes regiões brasileiras.

Como critério de inclusão, foram os residentes que estavam oficialmente exercendo residência médica e presente nas atividades educacionais ou de assistência nos ambientes hospitalares supracitados, e que estiveram dispostos a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critério de exclusão, foram os residentes que estavam em estágios fora da cidade da sua residência, fora do ambiente hospitalar, de férias regulares ou em trancamento por licença médica ou em afastamento justificados.

5.3 PROCEDIMENTOS

Os residentes foram abordados em seu ambiente de trabalho, durante eventuais pausas entre os procedimentos/atendimentos realizados ou ainda antes ou após a jornada de trabalho ou em sessões científicas e reuniões. A coleta de dados foi realizada por pesquisadores treinados (professores, alunos ou outros residentes) que foram orientados a convidar os residentes, esclarecer os objetivos da pesquisa e entregar o questionário autopreenchível que foi respondido de forma presencial. Eventuais dúvidas foram esclarecidas pelos pesquisadores sem que ocorresse influência no preenchimento do questionário pelo participante. O treinamento foi feito localmente pelos coordenadores locais do estudo seguindo as recomendações do centro organizador (Universidade Federal de Juiz de Fora). O questionário teve uma duração média de 20-25 minutos para ser completado.

5.4 INSTRUMENTOS

O questionário era autoaplicado e possuía duração em torno de 20 a 30 minutos para seu total preenchimento. Era composto de:

- *Network for Research Spirituality and Health* (NERSH): versão atualizada da pesquisa "*Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives*" (RSMPP) desenvolvida por Curlin *et al.* (2005) (CURLIN; LANTOS; ROACH; SELLERGREEN *et al.*, 2005). O estabelecimento da Colaboração Internacional sobre valores em Medicina NERSH e o instrumento otimizado do NERSH envolveu duas reuniões de mesa redonda com especialistas com 6 meses de intervalo através do uso do procedimento da Técnica de Grupo Nominal (TGN) em itens previamente publicados pela RSMPP; e análise de confiabilidade interna (Alfa de *Cronbach*) do questionário. O questionário NERSH possui 47 questões objetivas, divididas em três seções: A (10 questões a respeito de dados demográficos como sexo, idade, estado civil, religião e dados relacionados a residência como especialidade e ano da residência); B (19 questões a respeito da visão quanto à interface entre R/E e saúde); e C (18 questões a respeito das características religiosas/espirituais dos respondentes). A versão em português foi traduzida por profissionais de saúde pesquisadores envolvidos no presente estudo (dois médicos e um psicólogo) e retrotraduzida para inglês por um tradutor nativo britânico. Os autores originais do questionário autorizaram o uso do

mesmo e foram os responsáveis pela validação da retrotradução. O questionário apresentou propriedades psicométricas adequadas, inclusive na versão brasileira (KORUP; CHRISTENSEN; NIELSEN; SONDERGAARD *et al.*, 2017).

- Duke Religion Index (DUREL): para avaliação da religiosidade, foi aplicado também o DUREL, que é um instrumento curto composto de cinco questões e que avalia três dimensões de religiosidade (atividades religiosas): religiosidade organizacional (frequência a centros e serviços religiosos), religiosidade não organizacional (frequência que se dedica a atividades religiosas provadas como reza, leitura religiosa, meditação religiosa) e religiosidade intrínseca (*religion as an end*) com três itens (alfa de Cronbach = 0,75). Foi desenvolvido por Koenig *et al.* (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997) (KOENIG; BÜSSING, 2010) e validado para o uso no Brasil (LUCCHETTI; GRANERO LUCCHETTI; PERES; LEAO *et al.*, 2012).

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada da seguinte forma:

- Análise descritiva: estimativa populacional para cada critério perguntado (frequência, porcentagem, média e desvio-padrão), no intuito de descrever as características sociodemográficas, religiosas e espirituais e a influência dessas na prática clínica dos médicos residentes.
- Análise inferencial: Foram realizados modelos de regressão logística para avaliar quais fatores estariam associados às opiniões dos residentes frente à espiritualidade na prática clínica. Para isso, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes: gênero, idade, especialidade médica da residência (clínica versus não clínica), ano da residência, treinamento formal prévio em R/E, ter uma religião, religiosidade (dividida em alta ou baixa) e espiritualidade (dividida em alta ou baixa). Já as variáveis dependentes utilizadas foram dicotomizadas da seguinte forma: No geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade tem na saúde dos pacientes? (1 = Muita / Muita 0 = Alguma / Um pouco / Muito pouca ou nenhuma); “Em geral, é apropriado que um médico pergunte sobre a religião/espiritualidade de um paciente/parente? (1 = Sempre apropriado/Normalmente apropriado 0 = Normalmente

inadequado/Sempre inadequado)”; “Em geral, é apropriado que um médico discuta questões religiosas/espirituais quando um paciente/parente as menciona? (1 = Sempre apropriado / Normalmente apropriado 0 = Normalmente inadequado / Sempre inadequado)”; “Você já perguntou sobre questões religiosas / espirituais de pacientes / parentes? (1 = sim 0 = não)”; “Com que frequência você pergunta sobre questões religiosas / espirituais dos pacientes / parentes? (1 = Frequentemente / Sempre 0 = Nunca / Raramente / Às vezes)”; “Eu me sentiria confortável discutindo as preocupações religiosas / espirituais de um paciente / parente se o paciente / parente as mencionasse (1 = Concordo totalmente / Concordo 0 = Discordo / Totalmente discordo)”; e “Você teve algum treinamento formal sobre religião / espiritualidade em medicina? (1 = sim 0 = não)”.

Os dados foram analisados pelo programa SPSS versão 21 e foi adotado um $p < 0.05$ como significativo, tendo um intervalo de confiança de 95%.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), por tratar-se de um estudo multicêntrico, o mesmo foi inserido na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (ANEXO A), sendo aprovado sob parecer número CAAE 57905716.4.1001.5133. O estudo também foi submetido pelos Comitês de Ética e Pesquisa dos hospitais universitários participantes sendo aprovado em 7 centros. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Todas as informações obtidas foram analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum médico.

6 RESULTADOS

Esta pesquisa resultou em dois artigos que serão mostrados nas subseções abaixo.

6.1 ARTIGO 1

Os resultados do primeiro artigo (VASCONCELOS; LUCCHETTI; CAVALCANTI; DA SILVA CONDE *et al.*, 2020) foram publicados na revista *Journal of General Internal Medicine* (Impacto: 5.28), em agosto de 2020, abaixo:

VASCONCELOS; LUCCHETTI; CAVALCANTI; DA SILVA CONDE *et al.* *Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice – the SBRAMER multicenter study. Journal of General Internal Medicine.* 2020;35(12):3613–3619. Disponível em: <https://doi-org.ez25.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s11606-020-06145-x>. Online ahead of print. ISSN: 0884-8734.

6.2 ARTIGO 2

Os resultados do segundo artigo foram submetidos à publicação em revista internacional.

7 LIMITAÇÕES

O presente estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar nossos achados. Nosso estudo foi realizado no Brasil, com suas características próprias e, portanto, envolve um número maior de participantes de religiões associadas ao cristianismo (ou seja, Catolicismo, Evangélico, Protestante e Espírita). Pode ser que esses dados sejam diferentes em residentes de outros lugares como Europa (mais seculares) ou Oriente Médio (mais religiosos). Dessa forma, a replicação deste estudo em outros contextos faz-se necessária. Em segundo lugar, apesar de nossa amostra ser maior que os outros estudos que envolveram residentes médicos em relação a esta temática e nossa taxa de resposta ter sido considerada apropriada, nota-se um predomínio de mulheres na amostra (61%), o que é corroborado por dados recentes de que existe uma crescente “feminilização” da medicina no Brasil. Em terceiro, o questionário NERSH, apesar de ser utilizado em vários locais do mundo, acessa apenas percepções, atitudes e opiniões dos respondentes, sendo sujeito à deseabilidade social. Não é possível verificar se tais atitudes repetir-se-iam na prática clínica durante uma consulta médica. Finalmente, o estudo transversal impediu uma investigação mais aprofundada da relação causa-efeito.

Apesar das limitações, o presente estudo possui como ponto forte o fato de ser o primeiro estudo transversal multicêntrico brasileiro que mostrou a opinião de residentes médicos sobre R/E e sua interface com a prática clínica e o estudo das barreiras para uso em sua prática, sendo também um dos estudos com maior tamanho amostral e que envolve R/E dos residentes médicos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou a opinião e atitude dos residentes médicos brasileiros sobre a influência da R/E em sua prática clínica. Os resultados mostraram que, em geral, os médicos residentes valorizam a R/E, apesar de não frequentarem, regularmente, os serviços religiosos. A maioria acredita que a R/E tem uma influência importante na saúde do paciente e julgam apropriado abordar as crenças espirituais, embora isso não seja feito, regularmente, na prática clínica de rotina.

As principais barreiras relatadas foram a necessidade de manutenção da neutralidade profissional, preocupação em ofender os pacientes e tempo insuficiente, conforme também já haviam sido apontadas em estudos prévios com estudantes e médicos. Além disso, fatores como o sexo feminino, especialidades clínicas em detrimento da cirúrgica, ter tido um treinamento formal de R/E e níveis mais elevados de R/E foram associados a maior abordagem da R/E e opiniões mais positivas sobre o assunto. Nota-se, dessa forma, a importância da formação profissional para que o residente evite impor suas próprias crenças e aprender como e quando esses valores apoiam o cuidado profissional centrado no paciente.

O treinamento formal prévio em R/E esteve associado a acreditar ser apropriado abordar, perguntar com mais frequência e sentir-se mais confortável com essa abordagem e podendo reduzir barreiras e melhorar atitudes, conhecimentos e habilidades na prática clínica. Dessa forma, uma educação continuada sobre a temática nos programas de treinamento educacional é essencial, tanto na formação de preceptores como no ensino de residentes, uma vez que a maioria dos programas de residência ainda possuem pouco treinamento formal e sem obrigatoriedade deste tema.

No que diz respeito à prática clínica, os residentes com baixos níveis de R/E acreditam menos em sua influência na prática clínica e sentiam-se menos confortáveis abordando essa questão. Médicos com altos níveis de espiritualidade e baixos níveis de religiosidade relataram perguntar mais sobre as questões religiosas/espirituais dos pacientes, enquanto que os residentes com altos níveis de R/E foram mais favoráveis para abordar questões religiosas e espirituais durante a prática clínica e relataram poucas barreiras para abordar tais questões. Em relação a questões éticas controversas, residentes com altos níveis de R/E tiveram mais objeções do que os grupos com níveis mais baixos de religiosidade e espiritualidade.

Os resultados deste estudo enfatizam atitudes e opiniões complexas sobre a dimensão espiritual, como também as implicações centradas no paciente. Esta investigação ressalta questões de R/E em uma abordagem de cuidado holístico integrativo ao atendimento do paciente. Estes achados podem auxiliar no desenvolvimento de futuras intervenções educacionais. Como o material envolvendo esse tipo de amostra é escasso na literatura, esperamos fornecer subsídios suficientes para que mudanças sejam feitas tanto na formação médica quanto nos programas de residência, visando adequar as demandas espirituais e religiosas tanto dos pacientes quanto dos próprios médicos na prática clínica, além de encorajar a realização de estudos desse caráter. Também espera-se contribuir para a literatura científica, com futuras cooperações internacionais que permitirão a comparação transcultural de nosso estudo com outras realidades.

REFERÊNCIAS

AAMC. **Data book**: statistical information related to medical schools and teaching hospitals. [s. l.]: The Association, 1999.

AGLI, O.; BAILLY, N.; FERRAND, C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. **Int Psychogeriatr**, New York, v. 27, n. 5, p. 715-725, may 2015.

AHRENFELDT, L. J.; HVIDT, N. C.; KJOLLER, S. T.; MOLLER, S. et al. Religiousness and Diseases in Europe: Findings from SHARE. **J Relig Health**, New York, v. 58, n. 6, p. 1925-1937, dec 2019.

ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **J Pers Soc Psychol**, Washington, v. 5, n. 4, p. 432-443, apr 1967.

ALVAREZ, J. S.; GOLDRAICH, L. A.; NUNES, A. H.; ZANDEVALLI, M. C. et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 106, n. 6, p. 491-501, jun 2016.

ANANDARAJAH, G.; ROSEMAN, J.; LEE, D.; DHANDHANIA, N. A 10-Year Longitudinal Study of Effects of a Multifaceted Residency Spiritual Care Curriculum: Clinical Ability, Professional Formation, End of Life, and Culture. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 52, n. 6, p. 859-872, dec 2016.

ANDERSON, N.; HEYWOOD-EVERETT, S.; SIDDIQI, N.; WRIGHT, J. et al. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 176, p. 183-196, may 1 2015.

ANDRYKOWSKI, M. A.; CURRAN, S. L.; STUDTS, J. L.; CUNNINGHAM, L. et al. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. **J Clin Epidemiol**, Oxford, v. 49, n. 8, p. 827-834, aug 1996.

ANTUNES DOS SANTOS, R.; NUNES, M. Medical education in Brazil. **Med Teach**, London, v. 41, n. 10, p. 1106-1111, oct 2019.

AVILES, J. M.; WHELAN, S. E.; HERNKE, D. A.; WILLIAMS, B. A. et al. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. **Mayo Clin Proc**, Rochester, v. 76, n. 12, p. 1192-1198, dec 2001.

BALBONI, T. A.; BALBONI, M. J.; FITCHETT, G. Religion, Spirituality, and the Intensive Care Unit: The Sound of Silence. **JAMA Intern Med**, Chicago, v. 175, n. 10, p. 1669-1670, oct 2015.

BAMPI, L. N.; BARALDI, S.; GUILHEM, D.; POMPEU, R. B. et al. Nurse undergraduate students' perception of quality of life. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 125-132, jun 2013.

- BAMPI, L. N. D. S.; BARALDI, S.; GUILHEM, D.; ARAÚJO, M. P. D. et al. Qualidade de vida de estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. **Rev. Bras. Educ. med** [online], v. 37, n. 2, p. 217-225, 2013.
- BANIN, L. B.; SUZART, N. B.; BANIN, V. B.; GUIMARAES, F. G. et al. Spirituality: do teachers and students hold the same opinion? **Clin Teach**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 3-8, feb 2013.
- BARNETT, K. G.; FORTIN, A. H. T. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 21, n. 5, p. 481-485, may 2006.
- BEDIAKO, S. M.; LATTIMER, L.; HAYWOOD, C., JR.; RATANAWONGSA, N. et al. Religious coping and hospital admissions among adults with sickle cell disease. **J Behav Med**, New York, v. 34, n. 2, p. 120-127, apr 2011.
- BERG, G. M.; CROWE, R. E.; BUDKE, G.; NORMAN, J. et al. Kansas physician assistants' attitudes and beliefs regarding spirituality and religiosity in patient care. **J Relig Health**, New York, v. 52, n. 3, p. 864-876, sep 2013.
- BEST, M.; BUTOW, P.; OLVER, I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. **Patient Educ Couns**, Limerick, v. 98, n. 11, p. 1320-1328, nov 2015.
- BEST, M.; BUTOW, P.; OLVER, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. **Palliat Med**, Cambridge, v. 30, n. 4, p. 327-337, apr 2016.
- BJARNASON, D. Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications. **Nurs Clin North Am**, Philadelphia, v. 44, n. 4, p. 517-525, dec 2009.
- BORGES, D. C.; ANJOS, G. d.; OLIVEIRA, L. d.; LEITE, J. R. et al. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 6-11, 2013.
- BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C. M. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 40, n. 2, p. 163-173, aug 2010.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.
- CARRICO, A. W.; IRONSON, G.; ANTONI, M. H.; LECHNER, S. C. et al. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. **J Psychosom Res**, Oxford, v. 61, n. 1, p. 51-58, jul 2006. CARSON, V.; SOEKEN, K. L.; SHANTY, J.; TERRY, L. Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. **Perspect Psychiatr Care**, Hillsdale, v. 26, n. 2, p. 28-34, 1990.

- COIN, A.; PERISSINOTTO, E.; NAJJAR, M.; GIRARDI, A. et al. Does religiosity protect against cognitive and behavioral decline in Alzheimer's dementia? **Curr Alzheimer Res**, Sharjah, v. 7, n. 5, p. 445-452, aug 2010.
- COOPER, L. A.; BROWN, C.; VU, H. T.; FORD, D. E. et al. How important is intrinsic spirituality in depression care? A comparison of white and African-American primary care patients. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 16, n. 9, p. 634-638, sep 2001.
- CURLIN, F. A.; CHIN, M. H.; SELLERGREN, S. A.; ROACH, C. J. et al. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. **Med Care**, Philadelphia, v. 44, n. 5, p. 446-453, may 2006.
- CURLIN, F. A.; LANTOS, J. D.; ROACH, C. J.; SELLERGREN, S. A. et al. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 20, n. 7, p. 629-634, jul 2005.
- CURLIN, F. A.; LAWRENCE, R. E.; CHIN, M. H.; LANTOS, J. D. Religion, conscience, and controversial clinical practices. **N Engl J Med**, Boston, v. 356, n. 6, p. 593-600, feb 8 2007.
- CURLIN, F. A.; LAWRENCE, R. E.; ODELL, S.; CHIN, M. H. et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 164, n. 12, p. 1825-1831, dec 2007.
- CURLIN, F. A.; SELLERGREN, S. A.; LANTOS, J. D.; CHIN, M. H. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 167, n. 7, p. 649-654, apr 9 2007.
- DALY, C. C. Definition of terms: spirituality versus religiousness. **South Med J**, Birmingham, v. 98, n. 12, p. 1238-1239, dec 2005.
- DAMEN, A.; EXLINE, J.; PARGAMENT, K. I.; YAO, Y. et al. Prevalence, predictors and correlates of religious and spiritual struggles in palliative cancer patients. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2021.
- DE CAMPOS, R.; LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; DA ROCHA RIBEIRO, T. C. et al. The Impact of Spirituality and Religiosity on Mental Health and Quality of Life of Patients with Active Crohn's Disease. **J Relig Health**, New York, v. 59, n. 3, p. 1273-1286, jun 2020.
- DUIVENBODE, R.; HALL, S.; PADELA, A. I. Assessing Relationships Between Muslim Physicians' Religiosity and End-of-Life Health-Care Attitudes and Treatment Recommendations: An Exploratory National Survey. **Am J Hosp Palliat Care**, Weston, v. 36, n. 9, p. 780-788, sep 2019.
- DY-LIACCO, G. S.; PIEDMONT, R. L.; MURRAY-SWANK, N. A.; RODGERSON, T. E. et al. Spirituality and religiosity as cross-cultural aspects of human experience. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 1, n. 1, p. 35-52, 2009.

DYRBYE, L. N.; VARKEY, P.; BOONE, S. L.; SATELE, D. V. et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. **Mayo Clin Proc**, Rochester, v. 88, n. 12, p. 1358-1367, dec 2013.

EHMAN, J. W.; OTT, B. B.; SHORT, T. H.; CIAMPA, R. C. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Arch Intern Med**, Chicago, v. 159, n. 15, p. 1803-1806, aug 9-23 1999.

ENSTROM, J. E. Cancer and total mortality among active Mormons. **Cancer**, New York, v. 42, n. 4, p. 1943-1951, oct 1978.

FAHRENKOPF, A. M.; SECTISH, T. C.; BARGER, L. K.; SHAREK, P. J. et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. **BMJ**, London, v. 336, n. 7642, p. 488-491, mar 1 2008.

FLECK, M. P.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G.; DA ROCHA, N. S. Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, aug 2003.

GONCALVES, L. M.; OSORIO, I. H. S.; OLIVEIRA, L. L.; SIMONETTI, L. R. et al. Learning from Listening: Helping Healthcare Students to Understand Spiritual Assessment in Clinical Practice. **J Relig Health**, New York, v. 55, n. 3, p. 986-999, jun 2016.

GOVINDAN, M.; KEEFER, P.; STURZA, J.; STEPHENS, M. R. et al. Empowering Residents to Process Distressing Events: A Debriefing Workshop. **MedEdPORTAL**, [s. l.], v. 15, p. 10809, feb 27 2019.

GROUP, W. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

GUCK, T. P.; KAVAN, M. G. Medical student beliefs: spirituality's relationship to health and place in the medical school curriculum. **Med Teach**, London, v. 28, n. 8, p. 702-707, dec 2006.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev psiquiatr. clín**, Santiago, v. 34, supp. 1, p. 88-94, 2007.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. **Am Psychol**, Washington, v. 58, n. 1, p. 64, 2003.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 127-130, 2017.

IRONSON, G.; STUETZLE, R.; FLETCHER, M. A. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 21 suppl 5, p. 62-68, dec 2006.

JIM, H. S.; PUSTEJOVSKY, J. E.; PARK, C. L.; DANHAUER, S. C. et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. **Cancer**, New York, v. 121, n. 21, p. 3760-3768, nov 1 2015.

KATTAN, W.; TALWAR, V. Psychiatry residents' attitudes toward spirituality in psychiatry. **Acad Psychiatry**, Washington, v. 37, n. 5, p. 360-362, sep 2013.

KELLEY, F. R.; HAAS, G. L.; FELBER, E.; TRAVIS, M. J. et al. Religious Community Partnerships: a Novel Approach to Teaching Psychiatry Residents about Religious and Cultural Factors in the Mental Health Care of African-Americans. **Acad Psychiatry**, Washington, v. 43, n. 3, p. 300-305, jun 2019.

KOENIG, H.; KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. Oup Usa, 2012.

KOENIG, H.; PARKERSON, G. R., Jr.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **Am J Psychiatry**, Washington, v. 154, n. 6, p. 885-886, jun 1997.

KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Can J Psychiatry**, Ottawa, v. 54, n. 5, p. 283-291, may 2009.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, Washington, v. 2012, n. 1, p. 1-33, 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. J. R. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, Basel, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York, NY, US: Oxford University Press, 2001. xii, 712-xii, 712 p. (Handbook of religion and health., doi:10.1093/acprof:oso/9780195118667.001.0001.0-19-511866-9 (Hardcover).

KORUP, A. K.; CHRISTENSEN, R. d.; NIELSEN, C. T.; SONDERGAARD, J. et al. The International NERSH Data Pool—A methodological description of a data pool of religious and spiritual values of health professionals from six continents. **Religions**, Basel, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2017.

KORUP, A. K.; SONDERGAARD, J.; CHRISTENSEN, R. D.; NIELSEN, C. T. et al. Religious Values in Clinical Practice are Here to Stay. **J Relig Health**, New York, v. 59, n. 1, p. 188-194, feb 2020.

KORUP, A. K.; SONDERGAARD, J.; LUCCHETTI, G.; RAMAKRISHNAN, P. et al. Religious values of physicians affect their clinical practice: A meta-analysis of individual participant data from 7 countries. **Medicine**, Baltimore, v. 98, n. 38, p. 1-8, sep 2019.

LARSON, D. B.; KOENIG, H. G.; KAPLAN, B. H.; GREENBERG, R. S. et al. The impact of religion on men's blood pressure. **J Relig Health**, New York, v. 28, n. 4, p. 265-278, dec 1989.

LAWRENCE, R. E.; CURLIN, F. A. Autonomy, religion and clinical decisions: findings from a national physician survey. **J Med Ethics**, London, v. 35, n. 4, p. 214-218, apr 2009a.

LAWRENCE, R. E.; CURLIN, F. A. Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey. **Acad Med**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1276-1282, sep 2009b.

LEE-POY, M.; STEWART, M.; RYAN, B. L.; BROWN, J. B. Asking patients about their religious and spiritual beliefs: Cross-sectional study of family physicians. **Can Fam Physician**, Willowdale, v. 62, n. 9, p. 555-561, sep 2016.

LEE, E.; BAUMANN, K. German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. **Evid Based Complement Alternat Med**, [s. l.], v. 2013, n. 1, p. 1-8, 2013.

LOBOPRABHU, S.; LOMAX, J. The role of spirituality in medical school and psychiatry residency education. **International Journal of Applied Psychoanalytic Studies**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 180-192, 2010.

LUCCHESI, F. A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, 28, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 103-128, mar 2013.

LUCCHETTI, A. L.; LUCCHETTI, G.; LEAO, F. C.; PERES, M. F. et al. Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of Sao Paulo, Brazil. **Cult Med Psychiatry**, Dordrecht, v. 40, n. 3, p. 404-421, sep 2016.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G.; GRANERO, A. L. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 126-130, mar 2010.

LUCCHETTI, G.; DE OLIVEIRA, L. R.; KOENIG, H. G.; LEITE, J. R. et al. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. **BMC Med Educ**, London, v. 13, n. 162, p. 1-8, dec 7 2013.

LUCCHETTI, G.; GONÇALVES, L.; FERREIRA, A. G. C.; DAHER J. C.; LUCCHETTI, A. L. G. Incorporating and Teaching Spirituality into Medical Education: An Overview of the Field and Possible Educational Strategies. In: LUCCHETTI G.; PRIETO PERES, M.; DAMIANO, R. (eds) **Spirituality, Religiousness and Health. Religion, Spirituality and Health: A Social Scientific Approach**, vol 4. Springer. 2019.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L. Spirituality and health's most productive researchers: the role of primary care physicians. **Fam Med**, Kansas City, v. 42, n. 9, p. 656-657, oct 2010.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.

- LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F.; LEAO, F. C. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 579-586, jun 2012.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **Int J Psychiatry Med**, New York, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; ESPINHA, D. C.; DE OLIVEIRA, L. R. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med Educ**, London, v. 12, n. 78, p. 1-8, aug 18 2012.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore**, New York, v. 7, n. 4, p. 234-238, jul-aug 2011.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in medical education: global reality? **J Relig Health**, New York, v. 51, n. 1, p. 3-19, mar 2012.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; AVEZUM JR, A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-57, 2011.
- LUCCHETTI, G.; RAMAKRISHNAN, P.; KARIMAH, A.; OLIVEIRA, G. R. et al. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. **Int J Behav Med**, Hillsdale, v. 23, n. 1, p. 63-70, feb 2016.
- LUCKHAUPT, S. E.; YI, M. S.; MUELLER, C. V.; MRUS, J. M. et al. Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution. **Acad Med**, Philadelphia, v. 80, n. 6, p. 560-570, jun 2005.
- MAENO, T.; NAKAMURA, A.; MAENO, T.; OZAKI, M. et al. Resident stress in the new postgraduate clinical training system. **Med Educ** (Japan), v. 39, n. 3, p. 175-182, 2008.
- MAINARDI, G. M.; CASSENOTE, A. J. F.; GUILLOUX, A. G. A.; MIOTTO, B. A. et al. What explains wage differences between male and female Brazilian physicians? A cross-sectional nationwide study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1-12, may 1 2019.
- MARIOTTI, L. G.; LUCCHETTI, G.; DANTAS, M. F.; BANIN, V. B. et al. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Med Teach**, London, v. 33, n. 4, p. 339-340, 2011.
- MCCAULEY, J.; JENCKES, M. W.; TARPLEY, M. J.; KOENIG, H. G. et al. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. **J Relig Health**, New York, v. 44, n. 2, p. 137-146, 2005.
- MCCONNELL, K. M.; PARGAMENT, K. I.; ELLISON, C. G.; FLANNELLY, K. J. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. **J Clin Psychol**, London, v. 62, n. 12, p. 1469-84, dec 2006.

MCCULLOUGH, M. E.; HOYT, W. T.; LARSON, D. B.; KOENIG, H. G. et al. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. **Health Psychol**, Hillsdale, v. 19, n. 3, p. 211-222, may 2000.

MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B.; KOENIG, H. G. **Handbook of religion and health**. Oxford University Press, 2001.

MCGOVERN, T. F.; MCMAHON, T.; NELSON, J.; BUNDOC-BARONIA, R. et al. A Descriptive Study of a Spirituality Curriculum for General Psychiatry Residents. **Acad Psychiatry**, Washington, v. 41, n. 4, p. 471-476, aug 2017.

MICHAEL LEFFEL, G.; OAKES MUELLER, R. A.; HAM, S. A.; CURLIN, F. A. et al. Project on the Good Physician: A Proposal for a Moral Intuitionist Model of Virtuous Caring. **Teach Learn Med**, Mahwah, v. 29, n. 1, p. 75-84, jan-mar 2017.

MITCHELL, C. M.; EPSTEIN-PETERSON, Z. D.; BANDINI, J.; AMOBI, A. et al. Developing a Medical School Curriculum for Psychological, Moral, and Spiritual Wellness: Student and Faculty Perspectives. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 52, n. 5, p. 727-736, nov 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". **Soc Sci Med**, New York, v. 63, n. 4, p. 843-845, aug 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176-182, apr-jun 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, sep 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; SHARMA, A.; VAN RENSBERG, B. J.; VERHAGEN, P. J. et al. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. **World Psychiatry**, Milan, v. 15, n. 1, p. 87-88, feb 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; SHARMA, A.; VAN RENSBERG, B. J.; VERHAGEN, P. J. et al. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. **Actas Esp Psiquiatr**, Madrid, v. 46, n. 6, p. 242-248, nov 2018.

MOSQUEIRO, B. P.; DA ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 179, n. 1, p. 128-133, jul 1 2015.

MOUTINHO, I. L. D.; LUCCHETTI, A. L. G.; EZEQUIEL, O. D. S.; LUCCHETTI, G. Mental health and quality of life of Brazilian medical students: Incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. **Psychiatry Res**, Amsterdam, v. 274, n. 1, p. 306-312, apr 2019.

OSORIO, I. H. S.; GONCALVES, L. M.; POZZOBON, P. M.; GASPAR JUNIOR, J. J. et al. Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge,

attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. **Med Teach**, London, v. 39, n. 10, p. 1057-1064, oct 2017.

PAIVA, C. E.; PAIVA, B. S.; DE CASTRO, R. A.; SOUZA CDE, P. et al. A pilot study addressing the impact of religious practice on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. **J Relig Health**, New York, v. 52, n. 1, p. 184-193, mar 2013.

PANZINI, R. G.; MOSQUEIRO, B. P.; ZIMPEL, R. R.; BANDEIRA, D. R. et al. Quality-of-life and spirituality. **Int Rev Psychiatry**, Abingdon, v. 29, n. 3, p. 263-282, jun 2017.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 161, n. 15, p. 1881-1885, aug 2001.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. 'The many methods of religious coping: Development and initial validation of RCOPE'. **Journal of Clinical Psychology**, v. 564, n. 1, p. 519-43, 2000.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; TARAKESHWAR, N.; HAHN, J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 161, n. 15, p. 1881-1885, aug 13-27 2001.

PARGAMENT, K. I.; SAUNDERS, S. M. Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. **J Clin Psychol**, [s. l.], v. 63, n. 10, p. 903-907, oct 2007.

PARGAMENT, K. I. **Spiritually integrated psychotherapy**. 1.ed. New York: Guilford publications. 2007.

PARNIYAN, R.; KAZEMIANE, A.; JAHROMI, M. K.; POORGHOLAMI, F. A Study of the Correlation between Religious Attitudes and Quality Of Life in Students at Jahrom University of Medical Sciences in 2014. **Glob J Health Sci**, [s. l.], v. 8, n. 10, p. 43-49, oct 1 2016.

PASQUALUCCI, P. L.; DAMASO, L. L. M.; DANILA, A. H.; FATORI, D. et al. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. **BMC Med Educ**, London, v. 19, n. 1, p. 1-5, jun 11 2019.

PEREIRA-LIMA, K.; LOUREIRO, S. R. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. **Psychol Health Med**, Abingdon, v. 20, n. 3, p. 353-362, 2015.

PERES, M. F. P.; KAMEI, H. H.; TOBO, P. R.; LUCCHETTI, G. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effects on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. **Journal of religion and health**, New York, v. 57, n. 5, p. 1842-1855.

PISCITELLO, G. M.; MARTIN, S. Spirituality, Religion, and Medicine Education for Internal Medicine Residents. **Am J Hosp Palliat Care**, Weston, v. 37, n. 4, p. 272-277, apr 2020.

PUCHALSKI, C.; FERRELL, B.; VIRANI, R.; OTIS-GREEN, S. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 12, n. 10, p. 885-904, oct 2009.

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

PUCHALSKI, C. M. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 5, n. 2, p. 289-294, apr 2002.

PUCHALSKI, C. M. **A time for listening and caring: Spirituality and the care of the chronically ill and dying**. Oxford University Press, USA, 2006.

PUCHALSKI, C. M. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. **Omega**, Westport, v. 56, n. 1, p. 33-46, 2007.

PUCHALSKI, C. M.; BLATT, B.; KOGAN, M.; BUTLER, A. Spirituality and health: the development of a field. **Acad Med**, 89, n. 1, p. 10-16, Jan 2014.

PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad Med**, Philadelphia, v. 73, n. 9, p. 970-974, sep 1998.

PUCHALSKI, C. M.; VITILLO, R.; HULL, S. K.; RELLER, N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 642-656, jun 2014.

RASSOULIAN, A.; SEIDMAN, C.; LOFFLER-STASTKA, H. Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view. **Medicine**, Baltimore, v. 95, n. 38, p. 1-6, sep 2016.

RIPPENTROP, E. A.; ALTMAIER, E. M.; CHEN, J. J.; FOUND, E. M. et al. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. **Pain**, Amsterdam, v. 116, n. 3, p. 311-321, aug 2005.

ROBINSON, K. A.; CHENG, M. R.; HANSEN, P. D.; GRAY, R. J. Religious and Spiritual Beliefs of Physicians. **J Relig Health**, New York, v. 56, n. 1, p. 205-225, feb 2017.

ROCHA, N. S. d.; FLECK, M. P. d. A. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. **Rev. psiquiatr. clín.**, [online], v. 38, n.1, p.19-23, 2011.

ROTENSTEIN, L. S.; RAMOS, M. A.; TORRE, M.; SEGAL, J. B. et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students:

A Systematic Review and Meta-Analysis. **JAMA**, Chicago, v. 316, n. 21, p. 2214-2236, dec 6 2016.

SAJJA, A.; PUCHALSKI, C. Training Physicians as Healers. **AMA J Ethics**, [s. l.], v. 20, n. 7, p. 655-663, jul 1 2018.

SALMOIRAGO-BLOTCHER, E.; FITCHETT, G.; LEUNG, K.; VOLTURO, G. et al. An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. **Prev Med Rep**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 189-195, jun 2016.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F.; GUILLOUX, A. G. A.; DAL POZ, M. R. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. **Hum Resour Health**, London, v. 16, n. 1, p. 21, may 2 2018.

SCHEFFER, M. C.; GUILLOUX, A. G.; POZ, M. R.; SCHRAIBER, L. B. Reasons for choosing the profession and profile of newly qualified physicians in Brazil. **Rev Assoc Med Bras (1992)**, São Paulo, v. 62, n. 9, p. 853-861, dec 2016.

SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z. A cross-sectional study of sociodemographic factors and their influence on quality of life in medical students at Sao Paulo, Brazil. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 7, p. 1-13, 2017.

SKEVINGTON, S. M.; GUNSON, K. S.; O'CONNELL, K. A. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. **Qual Life Res**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 1073-1083, jun 2013.

SMOTHERS, Z. P. W.; TU, J. Y.; GROCHOWSKI, C.; KOENIG, H. G. Efficacy of an educational intervention on students' attitudes regarding spirituality in healthcare: a cohort study in the USA. **BMJ Open**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1-7, apr 4 2019.

SMYRE, C. L.; TAK, H. J.; DANG, A. P.; CURLIN, F. A. et al. Physicians' Opinions on Engaging Patients' Religious and Spiritual Concerns: A National Survey. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 55, n. 3, p. 897-905, mar 2018.

SPIEGEL, D.; BLOOM, J. R.; KRAEMER, H. C.; GOTTHEIL, E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. **Lancet**, London, 2, n. 8668, p. 888-891, oct 14 1989.

STROPPIA, A.; COLUGNATI, F. A.; KOENIG, H. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 238-243, jul-sep 2018.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disord**, Copenhagen, v. 15, n. 4, p. 385-393, jun 2013.

SULMASY, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. **Gerontologist**, Washington, v. 42, spec n. 3, p. 24-33, oct 2002.

TEMPSKI, P.; SANTOS, I. S.; MAYER, F. B.; ENNS, S. C. et al. Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and Quality of Life. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 6, p. 1-13, 2015.

VAN RENSBURG, B. J.; SZABO, C. P.; POGGENPOEL, M.; MYBURGH, C. Competence of medical students and residents in psychiatry regarding spirituality, at a South African school of clinical medicine. **Int J Psychiatry Med**, New York, v. 45, n. 2, p. 175-188, 2013.

VANDERWEELE, T. J.; BALBONI, T. A.; KOH, H. K. Health and Spirituality. **JAMA**, Chicago, v. 318, n. 6, p. 519-520, aug 8 2017.

VASCONCELOS, A.; LUCCHETTI, A. L. G.; CAVALCANTI, A. P. R.; DA SILVA CONDE, S. R. S. et al. Religiosity and Spirituality of Resident Physicians and Implications for Clinical Practice-the SBRAMER Multicenter Study. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 35, n. 12, p. 3613-2619, aug 19 2020.

VERGHESE, A. Spirituality and mental health. **Indian J Psychiatry**, Poona, v. 50, n. 4, p. 233-237, oct 2008.

VITORINO, L. M.; CHIARADIA, R.; LOW, G.; CRUZ, J. P. et al. Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high- and low-risk pregnant women. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 27, n. 3-4, p. 635-642, feb 2018.

VITORINO, L. M.; LOPES-JUNIOR, L. C.; DE OLIVEIRA, G. H.; TENAGLIA, M. et al. Spiritual and religious coping and depression among family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America. **Psychooncology**, Chichester, v. 27, n. 8, p. 1900-1907, aug 2018.

VOLTMER, E.; BUSSING, A.; KOENIG, H. G.; AL ZABEN, F. Religiosity/spirituality of German doctors in private practice and likelihood of addressing R/S issues with patients. **J Relig Health**, New York, v. 53, n. 6, p. 1741-1752, dec 2014.

WEBER, S. R.; LOMAX, J. W.; PARGAMENT, K. I. Healthcare Engagement as a Potential Source of Psychological Distress among People without Religious Beliefs: A Systematic Review. **Healthcare**, Basel, v. 5, n. 19, p. 1-6, 2017.

WOODS, J. L.; HENSEL, D. J. Religious Affiliation, Religiosity, and Spirituality in Pediatric Residents: Effects on Communication and Self-Efficacy with Adolescents in a Clinical Setting. **J Relig Health**, New York, v. 57, n. 2, p. 636-648, apr 2018.

WOODS, T. E.; IRONSON, G. H. Religion and Spirituality in the Face of Illness: How Cancer, Cardiac, and HIV Patients Describe their Spirituality/Religiosity. **J Health Psychol**, New York, v. 4, n. 3, p. 393-412, may 1999.

XU, J. Pargament's Theory of Religious Coping: Implications for Spiritually Sensitive Social Work Practice. **Br J Soc Work**, Oxford, v. 46, n. 5, p. 1394-1410, jul 2016.

ZHANG, W. Religious Participation, Gender Differences, and Cognitive Impairment among the Oldest-Old in China. **J Aging Res**, [s. l.], v. 2010, n. 1, p. 1-10, jun 17 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF	
---	--	---

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti - Faculdade de Medicina – UFJF - Endereço: Av. Eugênio do Nascimento s/nº - CEP: 36038-330 Juiz de Fora – MG. Fone: (32) 21026879 E-mail: g.lucchetti@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental**”. Neste estudo pretendemos **avaliar a opinião e atitude dos residentes médicos frente à influência da espiritualidade e religiosidade na prática clínica e sua influência na saúde mental**. O motivo que nos leva a desenvolver esta pesquisa é a necessidade de conhecer melhor como o médico residente lida com esse assunto, de que forma isso impacta sua vida como médico e a associação entre essas crenças com sua saúde mental.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: o Senhor(a) está sendo convidado a responder a um questionário que aborda aspectos sociodemográficos, características religiosas/espirituais, visão quanto à religiosidade/espiritualidade e saúde, bem como aspectos emocionais: estresse, depressão e ansiedade. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos relacionados ao preenchimento do questionário, como, por exemplo, constrangimento ao responder as perguntas. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de estar atentos a estes riscos. A pesquisa contribuirá para fornecer subsídios suficientes para que mudanças cabíveis sejam feitas nos programas de residência, visando adequar as demandas espirituais e religiosas tanto dos pacientes quanto dos próprios médicos à prática clínica, além de encorajar a realização de estudos de caráter semelhante em outras regiões do país e do mundo.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na **Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Av. Eugênio do Nascimento s/nº, CEP:36038-330 / Juiz de Fora – MG, Fone: (32)2102-6879** e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – HU TELEFONE: 4009-5336 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UNIDADE DOM BOSCO, SALA 297
E-MAIL: CEP.HU@UFJF.EDU.BR

ANEXO A - Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental

Pesquisador: Giancarlo Lucchetti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57905716.4.1001.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.661.657

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo multicêntrico, de caráter observacional, transversal e de abordagem quantitativa, no período de agosto de 2016 a julho de 2020, envolvendo as seguintes instituições: Universidade Federal de Juiz de Fora (na cidade de Juiz de Fora, MG), Universidade Federal da Paraíba (na cidade de João Pessoa, PB), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA, na cidade de Marília, SP), Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (na cidade do Rio de Janeiro, RJ), Universidade Federal de Minas Gerais (na cidade de Belo Horizonte, MG), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (na cidade de Porto Alegre, RS), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (na cidade de Campo Grande, MS), Santa Casa de Anápolis (na cidade de Anápolis, GO), Universidade Severino Sombra (na cidade de Vassouras, RJ), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO (na cidade do Rio de Janeiro, RJ) e Universidade Federal de Uberlândia (na cidade de Uberlândia, MG). Serão convidados a participar do estudo todos os médicos exercendo residência médica nos hospitais relacionados a essas instituições. Os residentes serão abordados em seu ambiente de trabalho, durante eventuais pausas entre os procedimentos/atendimentos realizados ou ainda antes ou após a jornada de trabalho, sendo necessários em torno de 30 minutos para o preenchimento do questionário que será aplicado. A coleta de dados será realizada por pesquisadores treinados (professores, alunos ou residentes) que serão orientados a convidar os

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.661.657

residentes, esclarecer os objetivos da pesquisa e entregar o questionário auto-preenchível que podem ser respondidos de forma presencial ou online (na plataforma online Google Docs). Dúvidas serão esclarecidas sem que ocorra influência no preenchimento do questionário pelo participante. O treinamento será feito localmente pelos coordenadores locais do estudo seguindo as recomendações do centro organizador (Universidade Federal de Juiz de Fora). Serão aplicados dois questionários: questionário elaborado pela Network for Research Spirituality and Health (NERSH) já traduzido para o português com anuência dos autores originais e o DASS 21 para avaliar depressão, estresse e ansiedade já validado para o Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo “Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental” tem como objetivos:

- Primário: Avaliar a opinião e atitude dos residentes médicos frente à influência da espiritualidade e religiosidade na prática clínica.
- Secundário: Definir o perfil sociodemográfico e a saúde mental dos residentes das instituições envolvidas. Avaliar a religiosidade e espiritualidade dos residentes médicos e sua influência na saúde mental (depressão, ansiedade e estresse) dos mesmos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador responsável pelo estudo “Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental”, seguindo as recomendações da Res CNS 466/12 destaca como possíveis riscos e benefícios relativos ao desenvolvimento desta pesquisa.

- Riscos: A presente proposta de estudo apresenta risco mínimo aos participantes, estando estes relacionados aos desconfortos provocados no ato de responder os questionários. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de estar atentos a estes riscos. Será assegurado o direito de interromper em qualquer momento a participação, bem como o direito ao sigilo acerca de suas identidades. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5 anos; e após esse tempo, serão destruídos.

- Benefícios: Pretendemos traçar um perfil dos residentes médicos em relação à R/E a partir dos

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.661.657

residentes, esclarecer os objetivos da pesquisa e entregar o questionário auto-preenchível que podem ser respondidos de forma presencial ou online (na plataforma online Google Docs). Dúvidas serão esclarecidas sem que ocorra influência no preenchimento do questionário pelo participante. O treinamento será feito localmente pelos coordenadores locais do estudo seguindo as recomendações do centro organizador (Universidade Federal de Juiz de Fora). Serão aplicados dois questionários: questionário elaborado pela Network for Research Spirituality and Health (NERSH) já traduzido para o português com anuência dos autores originais e o DASS 21 para avaliar depressão, estresse e ansiedade já validado para o Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo "Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental" tem como objetivos:

•Primário: Avaliar a opinião e atitude dos residentes médicos frente à influência da espiritualidade e religiosidade na prática clínica.

•Secundário: Definir o perfil sociodemográfico e a saúde mental dos residentes das instituições envolvidas. Avaliar a religiosidade e espiritualidade dos residentes médicos e sua influência na saúde mental (depressão, ansiedade e estresse) dos mesmos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador responsável pelo estudo "Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental", seguindo as recomendações da Res CNS 466/12 destaca como possíveis riscos e benefícios relativos ao desenvolvimento desta pesquisa.

•Riscos: A presente proposta de estudo apresenta risco mínimo aos participantes, estando estes relacionados aos desconfortos provocados no ato de responder os questionários. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de estar atentos a estes riscos. Será assegurado o direito de interromper em qualquer momento a participação, bem como o direito ao sigilo acerca de suas identidades. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5 anos; e após esse tempo, serão destruídos.

•Benefícios: Pretendemos traçar um perfil dos residentes médicos em relação à R/E a partir dos

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.661.657

dados coletados no questionário. Como o material envolvendo esse tipo de amostra é escasso na literatura, esperamos fornecer subsídios suficientes para que mudanças cabíveis sejam feitas nos programas de residência, visando adequar as demandas espirituais e religiosas tanto dos pacientes quanto dos próprios médicos à prática clínica, além de encorajar a realização de estudos de caráter semelhante em outras regiões do país e do mundo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo “Avaliação da religiosidade e espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a sua prática clínica e saúde mental” tem relevância social uma vez busca investigar como a religiosidade e espiritualidade dos residentes médicos pode ter influência na sua prática clínica e como a religiosidade e espiritualidade podem estar positivamente associada com a saúde mental desses profissionais, visando fornecer subsídios suficientes para que mudanças cabíveis sejam feitas nos programas de residência, visando adequar as demandas espirituais e religiosas tanto dos pacientes quanto dos próprios médicos à prática clínica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A presente proposta foi instruída com os seguintes termos de apresentação obrigatória, que foram analisados para a elaboração do presente parecer. Todos os documentos encaminhados ao CEP/HU/UFJF encontram-se atualizados e assinados, quando necessários, pelo pesquisador responsável.

- Declaração de concordância e infraestrutura.pdf
- Orçamento.pdf
- Declaração comissão financeira.pdf
- Carta de encaminhamento.pdf
- Comprovante registro pesquisador.pdf
- Comprovante Projeto de Pesquisa CEP.pdf
- Lattes Giancarlo.pdf
- Lattes Alessandra.pdf
- Lattes Brysa.pdf
- Lattes Guilherme.pdf
- Lattes Bernardo.pdf
- Lattes Ana Sena.pdf
- Lattes Oscarina.pdf
- Projeto Detalhado / Brochura Investigador
- Projeto Multicentrico UFJF 18jul16.docx

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.661.657

- TCLE CEP/HU/UFJF 2016 Religiosidade.docx
- Folha de Rosto .pdf
- Anexos 1 e 2 – Questionário que será aplicado – Versão original e tradução

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_677772.pdf	18/07/2016 09:53:47		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoMulticentrico.pdf	18/07/2016 09:52:58	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	lattesOscarinaatualizado.pdf	18/07/2016 09:40:31	Giancarlo Lucchetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPHUUFJF2016Religiosidade.docx	18/07/2016 09:36:13	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMulticentricoUFJF18jul16.docx	18/07/2016 09:35:51	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	LattesAnaSena.pdf	12/07/2016 16:59:53	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	LattesBernardo.pdf	12/07/2016 16:59:22	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	LattesGuilherme.pdf	12/07/2016 16:59:01	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	LattesBrysa.pdf	12/07/2016 16:58:30	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	LattesAlessandra.pdf	12/07/2016 16:58:02	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	LattesGiancarlo.pdf	12/07/2016 16:43:36	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	ComprovanteProjPesqGEP.pdf	12/07/2016 16:42:42	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	ComprovanteRegistroPesquisador.pdf	12/07/2016 16:41:58	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Outros	CartaEncaminhamento.pdf	12/07/2016 16:40:34	Giancarlo Lucchetti	Aceito

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.661.657

Outros	DeclaracaoCOmissaoFinanceira.pdf	12/07/2016 16:39:22	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	12/07/2016 16:37:56	Giancarlo Lucchetti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInfraestrutura.pdf	12/07/2016 16:32:57	Giancarlo Lucchetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 03 de Agosto de 2016

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br

ANEXO B - Versão traduzida e retrotraduzida do questionário

Questionário NERSH (*Network for Research Spirituality and Health*)

Completando este questionário, você concorda em participar desta pesquisa científica sobre o impacto dos valores nas profissões relacionadas a área de saúde. O questionário dura em torno de 20-25 minutos para ser completado. Suas respostas serão confidenciais, e seu nome não será associado a suas respostas. Se você não se sentir confortável em responder alguns itens em particular, apenas deixe-os em branco. Entretanto, se você responder todo o questionário, isso implicará maior validade do presente estudo.

We are grateful to all those involved in the optimization and further development of Farr Curlin's questionnaire and integration of other tools, leading to the present NERSH questionnaire:

K. Baumann, A. Büssing, F. Curlin, E. Frick, N.C. Hvidt, R. Lawrence, E. Lee, Ch. Randwijk, M. Tryphon, I. Wermut, A. Zahn.

Questionário NERSH (Network for Research Spirituality and Health)

Esse questionário faz parte de uma iniciativa internacional para avaliar as crenças e valores dos profissionais de saúde ao redor do mundo. No Brasil, o questionário será respondido em 07 instituições, incluindo o HU-UFJF. O questionário dura em torno de 20-25 minutos para ser completado. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não será associado a suas respostas. Por favor, procure responder a todas as perguntas, pois isso possibilitará a comparação com outros profissionais de saúde e médicos. Se você não se sentir confortável em responder alguns itens em particular, apenas deixe-os em branco.

SEÇÃO A: DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade:..... anos
2. Gênero:
 ^[1]Feminino
 ^[2]Masculino
3. Estado civil:
 ^[1]Casado(a) ^[2]Vivendo com um(a) companheiro(a)
 ^[3]Divorciado(a) ^[4]Solteiro(a) ^[5]Viúvo(a)
4. Emprego:
 ^[1] Tempo parcial
 ^[2] Tempo integral
5. Local de trabalho:
 ^[1]Hospital ^[2] Instituição de longa permanência ^[3] Ambulatório
 ^[4] "Home care" (atendimento domiciliar) ^[0] Outro.....
6. Especialidade (residência que está fazendo atualmente):
 ^[1] Clínica médica ^[2] Cirurgia ^[3]Ortopedia e traumatologia
 ^[4]Psiquiatria/Psicoterapia ^[5]Neurologia
 ^[6]Pediatria ^[7]Geriatria ^[8]Anestesiologia
 ^[9]Ginecologia/obstetrícia ^[10] Intensivismo
 ^[8]Outros(especificar).....
7. Profissão (já preenchido):
 ^[1] Medicina ^[2] Enfermagem ^[3] Capelania
 ^[4] Psicologia ^[5] other [outros].....
8. Qual ano de residência? 1 ano(R1) 2 ano(R2) 3 ano(R3) 4 ano(R4) 5 ano(R5) 6 ano(R6)
9. Religião:
 ^[1] Nenhuma ^[2] Católica romana ^[3] Católica ortodoxa ^[4] Protestante
 ^[5] Muçumana ^[6] Judia ^[7] Budista ^[8] Hinduísta ^[9] Sem filiação religiosa
 ^[10] Outra (especifique).....
10. Por favor, marque na escala abaixo em que grau sua saúde (física ou psicológica) está prejudicada no momento (0=nem um pouco, 100=fortemente).
- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

SEÇÃO B SUA VISÃO QUANTO À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

11. De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui na saúde do paciente?
 Extrema ^[1] Muita ^[2] Alguma ^[3] Pouca ^[4] Muito pouca ou nenhuma ^[5]
12. De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui no processo de cura do paciente?
 Extrema ^[1] Muita ^[2] Alguma ^[3] Pouca ^[4] Muito pouca ou nenhuma ^[5]
13. A influência da religião/espiritualidade é geralmente positiva ou negativa nas seguintes doenças?
- | | Geralmente
positiva | Geralmente
negativa | Tanto positiva
quanto negativa | Não tem
influência |
|------------------------------|---|---|---|---|
| a) Transtornos psiquiátricos | <input type="checkbox"/> ^[1] | <input type="checkbox"/> ^[2] | <input type="checkbox"/> ^[3] | <input type="checkbox"/> ^[4] |
| b) Câncer | <input type="checkbox"/> ^[1] | <input type="checkbox"/> ^[2] | <input type="checkbox"/> ^[3] | <input type="checkbox"/> ^[4] |
| c) Dor crônica | <input type="checkbox"/> ^[1] | <input type="checkbox"/> ^[2] | <input type="checkbox"/> ^[3] | <input type="checkbox"/> ^[4] |
| d) Doenças cardiovasculares | <input type="checkbox"/> ^[1] | <input type="checkbox"/> ^[2] | <input type="checkbox"/> ^[3] | <input type="checkbox"/> ^[4] |
| e) Outra:
..... | <input type="checkbox"/> ^[1] | <input type="checkbox"/> ^[2] | <input type="checkbox"/> ^[3] | <input type="checkbox"/> ^[4] |

14. De maneira geral, é apropriado para o médico abordar assuntos religiosos/espirituais quando um paciente/familiar do paciente os traz à tona?

- É sempre apropriado^[1] É costumeiramente apropriado^[2]
 É costumeiramente *inapropriado*^[3] É sempre *inapropriado*^[4]

15. De uma forma geral, é apropriado para o médico perguntar sobre a religião/espiritualidade do paciente/familiar do paciente?

- É sempre apropriado^[1] É costumeiramente apropriado^[2]
 É costumeiramente *inapropriado*^[3] Sempre *inapropriado*^[4]

16. Quando, se fosse o caso, seria apropriado para o médico conversar sobre suas próprias crenças ou experiências religiosas com um paciente/familiar do paciente?

- Nunca^[1]
 Apenas quando o paciente/familiar pedisse^[2]
 Sempre que o médico achar que é apropriado^[3]

17. Quando, se fosse o caso, seria apropriado para o médico rezar com um paciente/familiar do paciente?

- Nunca^[1]
 Apenas quando o paciente/parente pedisse^[2]
 Sempre que o médico achar que é apropriado^[3]

18. Em que medida você concorda ou discorda da seguinte afirmação?

Eu me sentiria à vontade debatendo as preocupações religiosas/espirituais do paciente/familiar se ele as trouxesse à tona.

- Concordo totalmente^[1] Concordo^[2] Discordo^[3] Discordo totalmente^[4]

19. Você já perguntou sobre assuntos religiosos/espirituais dos pacientes/parentes?

- Não^[2] Sim^[1]

19.1 Se SIM, com que frequência você pergunta?

- Raramente^[1] Algumas vezes^[2] Frequentemente^[3] Sempre^[4]

19.2 Se SIM, com que frequência os pacientes/parentes se sentem desconfortáveis quando você pergunta?

- Nunca^[1] Raramente^[2] Algumas vezes^[3] Frequentemente^[4] Sempre^[5]

20. Experiências com religiosidade/espiritualidade na prática clínica: Como são suas experiências considerando as seguintes afirmativas?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Pacientes/familiares mencionam assuntos religiosos/espirituais tipo Deus, rezas, meditação, a Bíblia, o Corão, rituais, passes, etc.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
b) A religiosidade/espiritualidade em geral influencia positivamente a saúde dos pacientes/familiares.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
c) A religiosidade/espiritualidade ajuda os pacientes a lidar e suportar as doenças e o sofrimento.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
d) A religiosidade/espiritualidade leva os pacientes a recusarem, atrasarem ou interromperem as terapias médicas indicadas.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
e) Os pacientes/familiares recebem apoio emocional ou prática da sua comunidade religiosa.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
f) A religiosidade/espiritualidade oferece aos pacientes um estado mental positivo, esperançoso.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
g) A religiosidade/espiritualidade ajuda a prevenir consequências sérias de enfermidades, ex: suicídio.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
h) Os pacientes/familiares usam a religião/espiritualidade como motivo para não assumir responsabilidade por sua própria saúde.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
i) A religião/espiritualidade é reforçada ou aprofundada através da experiência do adoecimento.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]

21. Nas seguintes situações clínicas, com que frequência você pergunta sobre assuntos

Quando um paciente/familiar... ▼

...você pergunta sobre temas religiosos/espirituais: ▼

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Apresenta uma doença ou agravo menores,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) Enfrenta um diagnóstico ou crise graves,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) Enfrenta o final da vida,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) Sofre de ansiedade ou depressão,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) Vem para uma consulta de rotina	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
f) Enfrenta um dilema ético,	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

22. Quando assuntos religiosos/espirituais surgem em conversas com pacientes/parentes, com que frequência você responde das seguintes maneiras?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Escuto de forma cuidadosa e empaticamente.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) Tento mudar de assunto, com jeito.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) Encorajo os pacientes/parentes nas suas próprias práticas e crenças religiosas/espirituais.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) Respeitosamente compartilho minhas próprias ideias e experiências religiosas.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) Rezo com o paciente/familiar.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

23. Um paciente se apresenta a você em um profundo luto após dois meses da morte de sua esposa. Se você tivesse de encaminhá-lo, a qual destes você preferiria encaminhar em primeiro lugar?

- Um capelão [1]
 Um clérigo ou outro conselheiro religioso [2]
 Um psiquiatra ou psicólogo [3]
 Outro (especifique): [4]:

24. Na sua experiência com capelães e outros profissionais pastorais, você se sentiu:

- Muito satisfeito [1] Satisfeito [2] Insatisfeito [3]
 Muito insatisfeito [4] Não tenho experiência prévia [5]

25. Alguma coisa lhe desencoraja a debater religião/espiritualidade com os pacientes/parentes dos pacientes?

- Não [2] Sim [1]
 25.1 Se SIM, qual das seguintes razões lhe desencoraja?
 (Marque todas as que se aplicarem)
 Desconforto geral quanto a debater assuntos religiosos [1]
 Conhecimento/treinamento insuficiente [2]
 Tempo insuficiente [3]
 Receio de ofender os pacientes/parentes [4]
 Receio de que meus colegas não aprovelem [5]
 Neutralidade profissional [6]
 Não é minha função [7]
 Recuso-me a falar desses assuntos no meu trabalho [8]
 Outro (especifique): [9]:

26. De maneira geral, você acha que a quantidade de tempo que você gasta com assuntos religiosos/espirituais é:

- Demais [1] Muito pouca [2] Adequada [3]

27. Você já teve algum treinamento formal sobre religião/espiritualidade em medicina?

- Não [2] Sim [1]

27.1 Se SIM, foi em algum dos seguintes?

- (Marque todas as que se aplicarem) Curso durante a graduação [1]
 Livro especializado ou educação médica continuada [2]
 Mesas-redondas ou algum tipo de conferência [3]
 Treinamento dentro da minha tradição religiosa [4]
 Outro (especifique): [5]:

28. As perguntas a seguir são sobre assuntos controversos na medicina. Marque, por favor, se você tem objeções quanto a alguma destas práticas médicas e, neste caso, se sua objeção é por razões religiosas, não-religiosas ou ambas.

	Não faço objeção	Tenho objeções religiosas	Tenho outra objeção, não-religiosa	Tenho objeção em geral
a) Suicídio assistido por médico	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
b) Sedação até levar a inconsciência em pacientes terminais	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
c) Retirada de suporte de vida artificial	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
d) Aborto por anormalidades congênitas	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
e) Aborto por falha na contracepção	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
f) Aborto em estágios avançados de gravidez para proteção da mãe	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]

29. Imagine, por favor, a seguinte situação: Um paciente pede um procedimento médico legal (ex: aborto), mas o médico responsável pelo paciente é contrário ao procedimento por razões religiosas ou morais:

	Sim	Não	Indeciso
a) O médico é obrigado a apresentar todas as opções possíveis ao paciente, incluindo informações sobre como conseguir o procedimento solicitado?	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]
b) O médico tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não tenha objeção ao procedimento?	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]
c) Seria ético para o médico dizer claramente ao paciente porque ele(a) se opõe à realização do procedimento solicitado?	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]

SESSÃO C:

SUAS CARACTERÍSTICAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS

Nota: Não importa se você se considera religioso, espiritualizado ou não; sua perspectiva é importante.

30. Independentemente de sua atitude diante de crenças religiosas específicas, em que medida você se considera uma pessoa espiritualizada? Você diria que é...

- Muito espiritualizado ^[1] Moderadamente espiritualizado ^[2]
 Levemente espiritualizado ^[3] De forma alguma espiritualizado ^[4]

31. Independentemente de pertencer ou não a um grupo religioso em particular ou assistir cerimônias religiosas, em que medida você se considera uma pessoa religiosa? Você diria que é...

- Muito religioso ^[1] Moderadamente religioso ^[2]
 Levemente religioso ^[3] Nem um pouco religioso ^[4]

32. Você acredita em Deus ou num poder superior?

- Sim ^[1] Não ^[2] Sem opinião formada ^[3]

33. Você acredita em vida após a morte?

- Sim ^[1] Não ^[2] Sem opinião formada ^[3]

34. Sua religião atual é a mesma na qual você cresceu?

- Sim ^[1] Não ^[2]

35. Você já recorreu a videntes, terreiros, mesas brancas, benzeduras, passes ou outras modalidades sobrenaturais/espirituais do tipo?

- Sim, muitas vezes ^[1] Não, nunca ^[2] Sim, algumas vezes ^[3]

36. Pense em como você tenta entender e lidar com os problemas maiores de sua vida: Você procura por Deus (ou um poder superior) em busca de força, apoio e orientação?

- Sim ^[1] Não ^[2] Sem opinião formada ^[3]

37. Você já teve uma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida?

- Não ^[2] Sim ^[1]

37.1 Se SIM, a experiência aconteceu dentro do contexto da prática médica?

- Não ^[2] Sim ^[1]

Responda, por favor, às seguintes perguntas sobre suas crenças e/ou envolvimento religioso:

38. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- Mais do que uma vez por semana ^[6] uma vez por semana ^[5]
 Duas a três vezes por mês ^[4] algumas vezes por ano ^[3]
 uma vez ao ano ou menos ^[2] nunca ^[1]

39. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

mais de uma vez ao dia ^[6] diariamente ^[5]

Duas ou mais vezes por semana ^[4] uma vez por semana ^[3]

Poucas vezes por mês ^[2] raramente ou nunca ^[1] **40. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do**

Espírito Santo)

Totalmente verdade para mim ^[4]

Em geral é verdade ^[3]

Não estou certo

Em geral não é verdade ^[2] Não é verdade ^[1]

41. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver..

Totalmente verdade para mim ^[4]

Em geral é verdade ^[3]

Não estou certo

Em geral não é verdade ^[2] Não é verdade ^[1]

42. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Totalmente verdade para mim ^[4]

Em geral é verdade ^[3]

Não estou certo

Em geral não é verdade ^[2] Não é verdade ^[1]

43.	Sabemos que existem muitas emoções, atitudes e opiniões diferentes quanto à espiritualidade. Leia, por favor, as seguintes afirmativas e indique quão verdadeira para você cada uma delas se mostra, circulando um número por linha.	Não se aplica de forma alguma	Não se aplica de certa forma	Não consigo decidir (Se sim ou não)	Aplica-se bem a mim	Aplica-se muito bem a mim
S3	Eu confio em Deus (ou Alá, Jeová, ou um poder superior) e me volto para Ele.	0	1	2	3	4
S4	Eu me sinto guiado e seguro.	0	1	2	3	4
S5	Estou convencido de que minha alma tem sua origem em uma dimensão superior.	0	1	2	3	4
S6	Estou convencido de que existem forças e seres superiores.	0	1	2	3	4
S8	Estou convencido de que há reencarnação de pessoas (ou de suas almas)	0	1	2	3	4
S10	Eu tento desenvolver a sabedoria.	0	1	2	3	4
S11	Eu me esforço para alcançar a verdade e o discernimento.	0	1	2	3	4
S12	Eu me esforço para alcançar a beleza e a bondade.	0	1	2	3	4
S13	Eu me esforço para alcançar uma consciência mais ampla	0	1	2	3	4
S14	Minha vida é um questionamento e busca por respostas.	0	1	2	3	4
S15	Estou em busca de um insight profundo no contexto da vida.	0	1	2	3	4
S16	Tento alcançar uma abertura espiritual.	0	1	2	3	4
S19	Estou convencido de que as pessoas são seres espirituais.	0	1	2	3	4
S21	Lido conscientemente comigo mesmo.	0	1	2	3	4
S22	Lido conscientemente com os outros.	0	1	2	3	4
S23	Lido conscientemente com o ambiente à minha volta.	0	1	2	3	4
S25*	Faço trabalhos voluntários para os outros.	0	1	2	3	4
S26	Tento praticar a generosidade.	0	1	2	3	4
S28	Tento desenvolver a compaixão.	0	1	2	3	4
532	Eu vivo minha vida seguindo as normas éticas					
S33	Tenho uma orientação espiritual na vida.	0	1	2	3	4
S34*	Tenho praticado a meditação.	0	1	2	3	4
S35	Rezo pelos outros.	0	1	2	3	4
S36	Rezo por mim mesmo e por meus problemas.	0	1	2	3	4
S37	Leio livros/revistas religiosos(as) ou espirituais.	0	1	2	3	4
S38	Sigo certos rituais ou atividades.	0	1	2	3	4
S39	Tento reconhecer o Divino na criação.	0	1	2	3	4
S40	Não estou só, mesmo quando ninguém está comigo.	0	1	2	3	4

44. Em que medida você concorda com as seguintes afirmativas?

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
a) Sinto um profundo senso de responsabilidade por reduzir a dor e o sofrimento no mundo.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
b) A família onde me criei realçava a importância de servir aqueles com poucos recursos financeiros.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
c) Para mim, a prática da medicina é uma vocação.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
d) Minhas crenças religiosas influenciam minha prática médica.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
e) Acho desafiador manter minha fé na minha religião em meu trabalho como médico.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
e) Minhas experiências como médico me fizeram questionar minhas crenças religiosas.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]

45. Em que medida você concorda com as seguintes afirmativas?

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
a) Existe um Deus que se preocupa com cada ser humano em particular.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
b) As pessoas podem fazer muito pouco para mudar o curso de suas vidas.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
c) Para mim, a vida só tem sentido porque Deus existe.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
d) Na minha opinião a vida não tem um propósito.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
e) A vida só tem um sentido se você mesmo lhe dá sentido.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]
f) Eu tenho meu próprio jeito de me conectar com Deus, sem interferência de igrejas ou cultos religiosos.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]

46. Abaixo você encontrará afirmativas feitas por outras pessoas. Leia-as cuidadosamente, por favor, e então indique quão verdadeira cada uma delas é para você <u>na sua situação atual</u> , circulando um número por linha.		Não se aplica de forma alguma	Não se aplica, de certa forma	Eu não sei (nem sim, nem não)	Aplica-se muito bem	Aplica-se totalmente
F4.2	Minha espiritualidade/religiosidade me ajuda a ter uma conexão mais profunda com meus vizinhos e com o mundo à minha volta.	0	1	2	3	4
F4.3	Minha espiritualidade/religiosidade me ajuda a estar ciente sobre como eu conduzo minha vida.	0	1	2	3	4
F4.4	Minha espiritualidade/religiosidade me ajuda a lidar melhor com as doenças (ex: no meu trabalho com os pacientes) ou com problemas que surgem.	0	1	2	3	4
F4.7	Estar engajado numa religião ou espiritualidade me ajuda a manter e recuperar a saúde física e mental.	0	1	2	3	4
F5.1	Atividades espirituais/religiosas geralmente me trazem uma sensação de contentamento e paz interior.	0	1	2	3	4
F5.2	No dia a dia, a espiritualidade/religiosidade promove minha força interior.	0	1	2	3	4

47.	As perguntas seguintes têm a ver com sua satisfação em várias áreas de sua vida. Escolha, por favor, a resposta mais apropriada para sua situação em cada pergunta. Se uma pergunta não refletir sua situação atual, deixe-a em branco, simplesmente. Eu descreveria minha satisfação com...:	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Um pouco insatisfeita	Tenho sentimentos ambíguos (satisfatórios ou não)	Um pouco satisfatória	Satisfatória	Muito satisfatória
H1	... minha vida familiar ...	0	1	2	3	4	5	6
H2	... minhas amizades ...	0	1	2	3	4	5	6
H3	... meu local de trabalho ...	0	1	2	3	4	5	6
H4	... mim mesmo ...	0	1	2	3	4	5	6
H5	... o lugar onde moro ...	0	1	2	3	4	5	6
H6	... a vida de forma geral ...	0	1	2	3	4	5	6
H7	... minha situação financeira ...	0	1	2	3	4	5	6
H8	... meus planos futuros ...	0	1	2	3	4	5	6
G1	...minha saúde...	0	1	2	3	4	5	6
G3	...minha habilidade para enfrentar a vida diária ...	0	1	2	3	4	5	6
G4	...minha boa forma e vitalidade	0	1	2	3	4	5	6