

# Espiritualidade e religiosidade na prática médica em um hospital universitário

Eduarda Fileto Nogueira<sup>1</sup>, João Paulo Moreira Fernandes<sup>1</sup>, Gabriel David Camargo<sup>1</sup>, Vitor Tavares de Assis<sup>1</sup>, Luana Araújo Macedo Scalia<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia/MG, Brasil.

## Resumo

A religiosidade e a espiritualidade desempenham papéis cruciais na medicina, especialmente na abordagem centrada no paciente, melhorando a relação médico-paciente. Apesar disso, muitos médicos ainda subutilizam esses recursos, muitas vezes devido a insegurança ao lidar com a esfera pessoal da vida dos pacientes. Para abordar essa questão, conduziu-se pesquisa com 128 médicos, incluindo residentes, em um hospital universitário de Minas Gerais, entre agosto e dezembro de 2021, mediante aplicação dos questionários Inventário de Religiosidade de Duke e Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal, além de questões levantadas em estudos anteriores sobre saúde e espiritualidade. Com isso, buscou-se avaliar de que forma profissionais percebem a importância da religiosidade e da espiritualidade na prática clínica e sua relação com posturas éticas e humanistas. Os resultados revelaram correlação significativa entre as duas escalas, indicando associação positiva entre religiosidade e espiritualidade e empatia.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Empatia. Relações médico-paciente.

## Resumen

### Espiritualidad y religiosidad en la práctica médica en un hospital universitario

La religiosidad y la espiritualidad desempeñan un papel clave en la medicina, especialmente en el enfoque centrado en el paciente al mejorar la relación médico-paciente. Muchos médicos aún no utilizan este recurso, debido a la inseguridad a menudo de enfrentar la vida personal de los pacientes. En este estudio se aplicó a 128 médicos y residentes de un hospital universitario de Minas Gerais (Brasil) los cuestionarios Índice de Religiosidad de Duke y Índice de Reactividad Interpersonal Multidimensional entre agosto y diciembre de 2021, así como preguntas planteadas en estudios anteriores sobre salud y espiritualidad. Se pretendió evaluar la percepción de los profesionales sobre la importancia de la religiosidad y la espiritualidad en la práctica clínica y su relación con las actitudes éticas y humanistas. Los resultados revelaron una correlación significativa entre las dos escalas, lo que indica una asociación positiva entre la religiosidad y espiritualidad y la empatía.

**Palabras clave:** Espiritualidad. Empatía. Relaciones médico-paciente.

## Abstract

### Spirituality and religiosity in medical practice at a university hospital

Religiosity and spirituality are pivotal in medical practice, particularly in fostering a patient-centered approach that enhances the physician-patient relationship. Despite this, many physicians still underutilize these invaluable resources, often due to feelings of uncertainty when navigating the personal aspects of patients' lives. To address this challenge, a survey involving 128 physicians, including residents, was conducted at a university hospital in Minas Gerais between August and December 2021. Utilizing the Duke Religiosity Inventory and Multidimensional Interpersonal Reactivity Scale questionnaires, alongside inquiries drawn from prior studies on health and spirituality, the goal was to assess professionals' perceptions of the significance of religiosity and spirituality in clinical practice and their interplay with ethical and humanistic attitudes. The findings unveiled a significant correlation between the two scales, underscoring a positive connection between religiosity, spirituality, and empathy.

**Keywords:** Spirituality. Empathy. Physician-patient relations.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP/UFU 4.598.012

A relação entre médico e paciente comumente é estreitada quando há vulnerabilidade por parte do indivíduo assistido. Nesse sentido, a medicina centrada no paciente representa uma transformação do método clínico, a qual pretende investigar o processo saúde-doença por meio de aspectos biológicos, psíquicos e sociais, extrapolando o modelo biomédico, que foca a doença<sup>1</sup>. Assim, religiosidade e espiritualidade (R/E) são aspectos relacionados com frequência por pacientes como elementos importantes no tratamento<sup>2</sup>.

Espiritualidade, conforme Koenig<sup>3</sup>, refere-se à busca individual pela compreensão dos acontecimentos da vida e sua relação com o sagrado, e não acarreta necessariamente rituais religiosos. Já religiosidade diz respeito ao nível de envolvimento religioso do indivíduo e como isso afeta o cotidiano, os hábitos e a relação com o mundo. Ela pode ser classificada em intrínseca (a religião representa o bem maior do indivíduo) e extrínseca (a religião representa um meio para obter outros fins)<sup>4,5</sup>.

Apesar de evidências científicas apontarem os benefícios decorrentes da aplicação da R/E na relação médico-paciente, poucos profissionais da saúde usam tal ferramenta. Isso se deve, especialmente, à deficiência de preparo, nas escolas médicas, para lidar com essas questões, o que causa insegurança nos profissionais. Ademais, também é comum a ocorrência de *religiosity gap*, ou seja, diferença entre os níveis de R/E do médico e do paciente, o que dificulta a empatia do profissional em relação ao assistido<sup>2</sup>.

Em virtude da importância dessa esfera na propedêutica adotada, fazem-se necessárias mudanças na atuação dos profissionais a fim de atender às demandas do paciente. Isso porque o *coping*, processo pelo qual indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significativas de suas vidas<sup>6</sup>, pode ser positivo ou negativo quando se trata de R/E, sendo positivo se houver reavaliação religiosa benevolente e negativo quando se interpreta Deus como punitivo, por exemplo.

Tal relação pode ser medida pela escala de *coping* religioso-espiritual<sup>7</sup>. Em se tratando de atuações negativas, a equipe de saúde deve intervir para propor novas interpretações.

O nível de abertura do paciente para tratar de questões íntimas, como R/E, depende da proximidade de seu contato com o médico e do quão confortável ele se sente com a equipe que lhe presta

cuidados. Por essa razão, recomenda-se que desde o primeiro encontro se registre a história espiritual do paciente. Além disso, é importante conhecer esses dados a fim de diferenciar experiências espirituais de transtornos mentais elencados no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, como referem Tostes, Pinto e Moreira-Almeida<sup>2</sup>.

Outro ponto essencial na relação entre equipe de saúde e pacientes é a empatia, uma das habilidades interpessoais mais importantes do médico<sup>8</sup>. Na prática clínica, a empatia apresenta componentes cognitivos, emocionais e de ação, e pode ser definida como *a habilidade de observar emoções nos outros, a habilidade de sentir essas emoções e a habilidade de responder a essas emoções*<sup>9</sup>.

A empatia por parte dos médicos está relacionada a uma comunicação aberta e honesta, que permite o melhor alinhamento entre as necessidades dos pacientes e os planos terapêuticos propostos<sup>10</sup>. Desse modo, os diagnósticos tornam-se mais precisos e a taxa de aderência ao tratamento aumenta, o que eleva as taxas de sucesso terapêutico e reduz os índices de processos jurídicos<sup>11</sup>.

Segundo Lacombe<sup>8</sup>, os níveis de empatia tiveram associação positiva com a percepção de bem-estar relacionada a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais em estudantes de medicina.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a importância conferida por médicos de um hospital universitário a R/E, além de verificar a relação entre empatia e R/E na atuação do próprio profissional de saúde.

## Método

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado, de acordo com o que determinam as Resoluções 466/2012<sup>12</sup> e 510/2016<sup>13</sup>, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário no interior do Brasil cuja equipe médica é constituída por 835 profissionais, sendo 274 residentes. Em virtude da pandemia do novo coronavírus, as idas ao hospital foram reduzidas como parte do protocolo de biossegurança. Apesar disso, médicos de diferentes setores foram convidados a participar da pesquisa e responderam aos questionários autoaplicáveis em papel e caneta.

A aplicação dos questionários foi realizada de agosto a dezembro de 2021. Visando a saúde pública em razão da pandemia e considerando que o isolamento social prevê redução de contato físico não essencial, os pesquisadores utilizaram equipamentos de proteção individual (EPI) e se organizaram em turnos para evitar aglomeração nos espaços do hospital.

Dessa forma, foram entregues o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário, disponibilizando-se tempo para que os participantes respondessem no momento mais oportuno. Depois do prazo estipulado, os pesquisadores voltaram para recolher os papéis. Os instrumentos de pesquisa foram:

1. Questionário para coleta de dados sobre idade, sexo, formação, estado civil, autodeclaração de cor, tempo de formado, atuação e religião;
2. Questionário sobre a opinião quanto ao uso da R/E na prática clínica, baseado nas perguntas utilizadas nos estudos de Borges e colaboradores<sup>14</sup> e Santos e Oliveira<sup>15</sup>. Nesse segundo instrumento, foi analisada a postura ética e humanista dos profissionais e como eles interpretam assuntos relacionados a saúde e espiritualidade;
3. Inventário de Religiosidade de Duke (P-Durel), questionário breve e lacônico composto por cinco itens que mensuram três espectros religiosos do indivíduo: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI)<sup>16</sup>; e
4. Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI), questionário que analisa a empatia em uma escala multidimensional por meio de três subescalas composto por 21 questões que mensuram consideração

empática (CE), tomada de perspectiva do outro (CG) e *personal distress* (angústia pessoal - CC). Essa escala foi criada por Davis<sup>17,18</sup> e traduzida para o português, sendo validada por Koller, Camino e Ribeiro<sup>19</sup>.

Após a coleta de dados e a aplicação dos questionários, realizaram-se análises descritivas para identificar variáveis de interesse. Os dados foram armazenados e analisados utilizando o software IBM SPSS. Na análise descritiva, foram empregados métodos como frequência, porcentagem, mediana e desvio interquartil, e, para as variáveis métricas, aplicou-se o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov.

Nas comparações para duas proporções foram utilizados o teste exato de Fisher e o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ,  $\alpha=5\%$ ). O teste de significância de Pearson foi usado para avaliar os coeficientes de correlação, levando em consideração a variável sexo de forma dicotômica, sendo 0 para masculino e 1 para feminino. Adotou-se um nível de significância de 5%.

## Resultados

A amostra final foi composta por 128 médicos, dos quais 54 são residentes e 74 não residentes. A Tabela 1 mostra que 58,5% dos entrevistados são homens, 77,4% se identificam como de cor branca e 49,2% são casados. Em relação à religião, 44,5% se declaram católicos e, quanto a outras crenças e identificações religiosas, há espíritas (18,8%), indivíduos sem religião mas espiritualizados (20,3%), protestantes (10,2%) e ateus (5,4%).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, crenças religiosas medianas e desvios interquartis para as escalas P-Durel e EMRI de 128 médicos residentes e não residentes de um hospital universitário

	Residentes	Médicos não residentes	Total
	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
<b>Idade</b>	27,00±3	39,00±21	31,00±16
<b>Sexo</b>	51(100%)*	72 (100%)*	123 (100%)*
Masculino	26 (51%)	46 (63,9%)	72 (58,5%)
Feminino	25 (49%)	26 (36,1%)	51 (41,5%)

continua...

Tabela 1. Continuação

	Residentes	Médicos não residentes	Total
	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
<b>Estado civil</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Solteiro	41 (75,8%)	21 (28,4%)	62 (48,4%)
Casado	11 (20,4%)	52 (70,3%)	63 (49,2%)
Divorciado	1 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (1,6%)
Outro	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (0,8%)
<b>Cor autorreferida</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Branca	38 (70,3%)	61 (82,4%)	99 (77,4%)
Parda	11 (20,4%)	11 (14,9%)	22 (17,1%)
Preta	4 (7,4%)	1 (1,35%)	5 (3,9%)
Amarela	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Outra	0 (0%)	1 (1,35%)	1 (0,8%)
<b>Religião/crença</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Ateu	3 (5,6%)	4 (5,4%)	7 (5,4%)
Sem religião, mas espiritualizado	13 (24,1%)	13 (17,6%)	26 (20,3%)
Católico	20 (36,9%)	37 (50%)	57 (44,5%)
Protestante	9 (16,7%)	4 (5,4%)	13 (10,2%)
Espírita	8 (14,8%)	16 (21,6%)	24 (18,8%)
Outra	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (0,8%)
<b>Acredita em Deus</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sim	48 (88,9%)	65 (87,8%)	113 (88,2%)
Não	4 (7,4%)	3 (4,1%)	7 (5,5%)
Sem opinião formada	2 (3,7%)	6 (8,1%)	8 (6,3%)
<b>Depois da morte, a alma se preserva viva?</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sim	38 (70,3%)	56 (75,7%)	94 (73,4%)
Não	9 (16,7%)	12 (16,2%)	21 (16,4%)
Sem opinião formada	7 (13%)	6 (8,1%)	13 (10,2%)
<b>Acredita em reencarnação</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sim	17 (31,5%)	33 (44,6%)	50 (39,0%)
Não	27 (50%)	27 (36,5%)	54 (42,2%)
Sem opinião formada	10 (18,5%)	14 (18,9%)	24 (18,8%)
<b>O ser humano é formado por corpo e alma?</b>	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Sim	50 (92,5%)	64 (86,5%)	114 (89,1%)
Não	3 (5,6%)	8 (10,8%)	11 (8,6%)
Sem opinião formada	1 (1,9%)	2 (2,7%)	3 (2,3%)

continua...

**Tabela 1.** Continuação

	Residentes	Médicos não residentes	Total
	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
O quanto você se considera uma pessoa religiosa?	54 (100%)	73 (100%)*	127 (100%)*
Muito religioso	5 (9,3%)	10 (13,7%)	15 (11,8%)
Moderadamente religioso	27 (50%)	36 (49,3%)	63 (49,6%)
Pouco religioso	17 (31,4%)	20 (27,4%)	37 (29,1%)
Não religioso	5 (9,3%)	7 (9,6%)	12 (9,5%)
<b>P-Durel</b>			
Religiosidade organizacional	3,00±2	3,00±3	3,00±2
Religiosidade não organizacional	5,00±3	5,00±4	4,00±3
Religiosidade Intrínseca	13,00±4	13,00±4	13,00±4
<b>EMRI</b>			
Consideração empática	28,00±5	26,00±8	27,00±7
Tomada de perspectiva	25,00±5	27,00±6	26,00±5
Personal distress	18,00±5	17,00±6	17,00±5
Total	71,00±12	71,00±14	71,00±13

\*Neste item algumas respostas estavam em branco, resultando em uma variação no total de respostas para os itens assinalados

EMRI: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis; P-Durel: Inventário de Religiosidade de Duke

Notavelmente, 88,2% dos entrevistados acreditam em Deus, 73,4% acreditam que a alma permanece viva após a morte e 89,1% concordam que o ser humano é composto por corpo e alma. Houve diferença significativa apenas entre estado civil e atuação dos médicos (se são residentes ou não) (teste exato de Fischer=33,051;  $p<0,01$  - dados não demonstrados). A Tabela 1 mostra também as medianas e desvios interquartis para as escalas

de religiosidade e empatia. Os resultados indicam níveis semelhantes de religiosidade e empatia entre médicos residentes e não residentes.

Na Tabela 2 estão descritos a opinião dos médicos em relação ao tema R/E e seu impacto na prática clínica. A maioria associa espiritualidade a “Busca de sentido e significado para a vida humana”, com 51,9% dos entrevistados fazendo essa relação.

**Tabela 2.** Opinião de 128 médicos de um hospital universitário sobre religiosidade e espiritualidade e seu impacto na prática clínica

	Médicos residentes	Médicos não residentes	Total
O que entende por espiritualidade?	54 (100%)	73 (100%)*	127 (100%)*
Postura ética e humanística	16 (29,6%)	29 (39,7%)	45 (35,4%)
Busca de sentido e significado para a vida humana	28 (51,9%)	38 (52%)	66 (51,9%)
Crença e relação com Deus/religiosidade	16 (29,6%)	29 (39,7%)	45 (35,4%)
Crença em algo transcendente à matéria	23 (42,6%)	25 (34,25%)	48 (37,8%)
Crença na existência da alma e na vida após a morte	4 (7,4%)	25 (34,25%)	29 (22,8%)

continua...

Tabela 2. Continuação

	Médicos residentes	Médicos não residentes	Total
<b>O que relaciona com o assunto saúde e espiritualidade?</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Humanização da medicina	29 (53,7%)	47 (63,5%)	76 (59,3%)
Qualidade de vida	16 (29,6%)	28 (37,8%)	44 (34,3%)
Saúde total/holística	29 (53,7%)	32 (43,2%)	63 (49,2%)
Interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde	21 (38,9%)	24 (32,4%)	45 (35,1%)
Interferência do transcendente/imaterial na saúde	21 (38,9%)	18 (24,3%)	39 (30,4%)
Abordagem do viver e do morrer	25 (46,3%)	28 (37,8%)	53 (41,4%)
<b>R/E influencia na saúde dos pacientes</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Muitíssimo	20 (37%)	24 (32,4%)	44 (34,3%)
Muito	25 (46,3%)	40 (54,1%)	65 (50,8%)
Mais ou menos	8 (14,8%)	6 (8,1%)	14 (10,9%)
Pouco	0 (0%)	3 (4,1%)	3 (2,4%)
Muito pouco ou nada	1 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (1,6%)
<b>Influência da R/E é positiva ou negativa</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Geralmente positiva	41 (75,9%)	59 (79,7%)	100 (78,1%)
Geralmente negativa	2 (3,7%)	1 (1,3%)	3 (2,4%)
Igualmente positiva e negativa	11 (20,4%)	12 (16,3%)	23 (17,9%)
Não tem influência	0 (0%)	2 (2,7%)	2 (1,6%)
<b>R/E do médico interfere no entendimento do processo saúde-doença e na relação médico-paciente?</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Enorme intensidade	3 (5,6%)	13 (17,6%)	16 (12,5%)
Grande intensidade	24 (44,4%)	27 (36,4%)	51 (39,8%)
Moderada intensidade	23 (42,5%)	23 (31,1%)	46 (35,9%)
Pequena intensidade	3 (5,6%)	9 (12,2%)	12 (9,4%)
Não interfere	1 (1,9%)	2 (2,7%)	3 (2,4%)
<b>Sente vontade de abordar o tema fé e espiritualidade com os pacientes</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>73 (100%)</b>	<b>127 (100%)*</b>
Sim, raramente	16 (29,6%)	26 (35,7%)	42 (33,0%)
Sim, frequentemente	28 (51,9%)	25 (34,2%)	53 (41,7%)
Não	10 (18,5%)	22 (30,1%)	22 (17,3%)
<b>Sente-se preparado para abordar aspectos espirituais com o paciente?</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Muitíssimo preparado	0 (0%)	5 (6,8%)	5 (3,9%)
Muito preparado	4 (7,4%)	7 (9,5%)	11 (8,6%)
Moderadamente preparado	24 (44,4%)	22 (29,6%)	46 (35,9%)
Pouco preparado	23 (42,6%)	29 (39,2%)	52 (40,6%)
Nada preparado	2 (3,7%)	6 (8,1%)	8 (6,3%)
Não se aplica	1 (1,9%)	5 (6,8%)	6 (4,7%)

continua...

Tabela 2. Continuação

	Médicos residentes	Médicos não residentes	Total
<b>O quanto acha tal abordagem pertinente?</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Muitíssimo pertinente	8 (14,8%)	10 (13,5%)	18 (14,1%)
Muito pertinente	24 (44,4%)	30 (40,5%)	54 (42,1%)
Moderadamente pertinente	16 (29,6%)	22 (29,7%)	38 (29,7%)
Pouco pertinente	5 (9,3%)	7 (9,5%)	12 (9,4%)
Nada pertinente	1 (1,9%)	5 (6,8%)	6 (4,7%)
<b>Quando é apropriado para o profissional rezar com o paciente?</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>73 (100%)*</b>	<b>127 (100%)*</b>
Nunca	4 (7,4%)	11 (15,1%)	15 (11,8%)
Somente se o paciente solicitar	37 (68,5%)	53 (72,6%)	90 (70,9%)
Sempre que o profissional achar que é apropriado	13 (24,1%)	9 (12,3%)	22 (17,3%)
<b>Já perguntou sobre a R/E dos pacientes?</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Sim	42 (77,8%)	50 (67,6%)	92 (71,9%)
Não	12 (22,2%)	24 (32,4%)	36 (28,1%)
<b>Com que frequência você pergunta?</b>	<b>50 (100%)**</b>	<b>61 (100%)**</b>	<b>111 (100%)**</b>
Raramente	16 (32%)	23 (37,7%)	39 (35,2%)
Algumas vezes	22 (44%)	22 (36,1%)	44 (39,6%)
Comumente	10 (20%)	12 (19,7%)	22 (19,8%)
Sempre	2 (4%)	4 (6,5%)	6 (5,4%)
<b>Com que frequência os pacientes parecem desconfortáveis quando questionados sobre a R/E</b>	<b>50 (100%)**</b>	<b>63 (100%)**</b>	<b>113 (100%)**</b>
Nunca	15 (30%)	16 (25,4%)	31 (27,4%)
Raramente	21 (42%)	34 (54%)	55 (48,7%)
Algumas vezes	14 (28%)	12 (19%)	26 (23,0%)
Comumente	0 (0%)	1 (1,6%)	1 (0,9%)
Sempre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0,0%)
<b>Fatores que o desencorajam a discutir R/E com os pacientes</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>128 (100%)</b>
Falta de conhecimento	11 (20,4%)	14 (18,9%)	25 (19,5%)
Falta de treinamento	20 (37%)	19 (25,7%)	39 (30,4%)
Falta de tempo	28 (51,9%)	27 (36,5%)	55 (42,9%)
Desconforto com o tema	7 (13%)	14 (18,9%)	21 (16,4%)
Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes	24 (44,4%)	38 (51,4%)	62 (48,4%)
Conhecimento sobre a religião não é relevante no tratamento médico	0 (0%)	4 (5,4%)	4 (3,2%)
Não faz parte do meu trabalho	3 (5,6%)	4 (5,4%)	7 (5,4%)
Medo de ofender os pacientes	15 (27,8%)	23 (31,1%)	38 (29,6%)
Medo de que meus colegas não aprovem	3 (5,6%)	3 (4,1%)	6 (4,7%)
Outros	1 (1,9%)	7 (9,5%)	8 (6,3%)

continua...

Tabela 2. Continuação

	Médicos residentes	Médicos não residentes	Total
Ferramentas e tratamentos espirituais que poderiam ser recomendados aos pacientes	54 (100%)	74 (100%)	128 (100%)
Reza/prece	41 (75,9%)	53 (71,6%)	94 (73,4%)
Leitura religiosa	28 (51,9%)	34 (45,9%)	62 (48,4%)
Água fluidificada/água energizada/água benta	4 (7,4%)	8 (10,8%)	12 (9,3%)
Desobsessão/exorcismo/"descarrego"	2 (3,8%) <sup>g</sup>	0 (0%)	2 (1,6%)
Imposição de mãos/reiki/passe/Johrei	12 (22,2%)	9 (12,2%)	21 (16,4%)
Trabalhos de caridade em templos religiosos	17 (31,5%)	17 (23%)	34 (26,5%)
Outros	5 (9,3%)	9 (12,2%)	14 (10,9%)

\*Nesse item algumas respostas estavam em branco, resultando em uma variação no total de respostas

\*\*Esses itens foram respondidos apenas pelos participantes que assinaram "sim" na pergunta anterior

R/R: religiosidade e espiritualidade

Aproximadamente 85% dos médicos residentes e 70% dos médicos não residentes expressaram interesse em abordar o tema fé e espiritualidade com os pacientes, e 71,9% deles já abordaram R/E com seus pacientes em algum momento. A "Falta de tempo", citada por 42,9% dos entrevistados, e o "Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes", mencionado por 48,4% do total, emergem como os principais fatores que desencorajam os médicos de discutir R/E com os pacientes.

Apesar dessas barreiras, "Reza/prece" é a ferramenta espiritual mais comumente recomendada, sendo sugerida por 73,4% dos médicos. Essa recomendação reflete a importância percebida da

oração na interação médico-paciente dentro do contexto da espiritualidade.

A análise de correlação (Tabela 3) revelou associações significativas entre determinadas variáveis e os componentes da EMRI. De forma notável, houve correlação significativa entre a variável sexo e "EMRI consideração empática" ( $r=0,483^*$ ), "EMRI *personal distress*" ( $r=0,278^{**}$ ) e "EMRI total" ( $r=0,404^{**}$ ), com o sexo feminino apresentando maiores escores nesses componentes. Adicionalmente, RNO se correlacionou de maneira expressiva com "EMRI consideração empática" ( $r=0,264^{**}$ ), enquanto RI apresentou correlações significativas com "EMRI consideração empática" ( $r=0,236^{**}$ ), "EMRI tomada de perspectiva" ( $r=0,206^*$ ) e "EMRI total" ( $r=0,234^{**}$ ).

Tabela 3. Correlação de Spearman entre empatia, religiosidade, idade, sexo e tempo de formação de 128 médicos de um hospital universitário

Variável		Idade	Sexo	Tempo formado	RO	RNO	RI
EMRI consideração empática	<i>r</i>	-,001	,483*	,004	,132	,264**	,236**
EMRI tomada de perspectiva	<i>r</i>	,175	,028	,171	,010	,050	,206*
EMRI <i>personal distress</i>	<i>r</i>	-,132	,278**	-,153	,048	,088	,055
EMRI total	<i>r</i>	,055	,404**	,056	,071	,163	,234*

EMRI: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis; RO: religiosidade organizacional; RNO: religiosidade não organizacional; RI: religiosidade intrínseca; *r*: coeficiente de correlação; \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

## Discussão

Além de relatar a importância da espiritualidade na prática clínica, este estudo também evidencia a discrepância entre a valorização desse

aspecto e a preparação percebida dos médicos para abordá-lo.

Apesar do reconhecimento do impacto da R/E na saúde, 82,8% dos médicos responderam que se sentem nada, pouco ou moderadamente



preparados para abordar o tema. Os principais motivos que eles alegaram desencorajar esse tipo de discussão são falta de tempo, medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes e falta de treinamento. Isso também é relatado em outros estudos, revelando um problema comum nos cursos de medicina brasileiros<sup>20,21</sup>.

Costa e colaboradores<sup>22</sup> revelam que estudantes de medicina reconhecem a importância do tema, mas se sentem desencorajados a abordá-lo com maior frequência por causa da limitação de aprendizagem na formação acadêmica. Isso foi visto neste estudo, pois os médicos entrevistados, em sua maioria, não se sentem adequadamente preparados para abordar o tema. Essa dicotomia mostra a necessidade de aprimorar a qualificação dos estudantes para inserir a temática R/E na prática médica<sup>23,24</sup>.

A compreensão das percepções e práticas dos médicos em relação a R/E é crucial para uma prática médica holística e centrada no paciente<sup>25</sup>. Os resultados deste estudo destacam que proporção significativa de médicos reconhece a influência da R/E na saúde dos pacientes. Isso sugere a necessidade de integrar a R/E nos currículos médicos, a fim de preparar os profissionais para abordar esses temas de forma sensível e respeitosa<sup>26</sup>.

Além disso, considerando que, embora tenham expressado interesse em discutir questões de fé e espiritualidade com pacientes, muitos médicos sentem-se inseguros ou despreparados, é imperativo oferecer treinamento e recursos adequados para apoiá-los nessa jornada<sup>23</sup>. Uma abordagem informada e empática em relação a R/E pode fortalecer a relação médico-paciente, promovendo uma comunicação mais aberta e um cuidado mais personalizado<sup>8</sup>.

Houve uma correlação positiva entre empatia e sexo feminino, tendência já descrita na literatura em estudantes de medicina<sup>27</sup>. A diferença de empatia entre os gêneros é atribuída a fatores intrínsecos (características evolutivas do gênero) e extrínsecos (interpessoalidade no cuidado, socialização e expectativa relacionada ao gênero)<sup>28</sup>.

A correlação significativa entre os itens da escala P-Durel com os da escala EMRI mostra que houve associação positiva entre R/E e empatia. Logo, médicos que realizam orações, leituras espirituais e meditação com maior periodicidade, e frequentam

com mais regularidade cultos religiosos, entre outros, têm maior tendência a reconhecer e ajudar as necessidades alheias.

Essa correlação também vai ao encontro de estudos<sup>8,29</sup> que sugerem que maior envolvimento com R/E, o que implica busca por questões existenciais e atribuição de um significado transcendental à existência, poderia ser uma maneira eficaz de lidar com o sofrimento humano, ajudando o profissional a adotar uma postura empática perante o paciente.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiro, a amostra foi composta principalmente por médicos de uma região, o que pode não refletir percepções e práticas de profissionais de outras localidades. Além disso, sua abordagem é transversal, o que impede a análise de mudanças nas percepções e práticas ao longo do tempo.

Assim, estudos longitudinais devem ser desenvolvidos para examinar como atitudes e práticas de médicos evoluem ao longo do tempo, especialmente após intervenções ou treinamentos específicos. É interessante investigar a eficácia de programas de treinamento destinados a melhorar a competência dos médicos em abordar questões de R/E na prática clínica.

## Considerações finais

A R/E desempenha papel significativo na prática médica, com a maioria dos entrevistados atribuindo alta relevância ao tema e percebendo sua influência como predominantemente positiva. No entanto, há uma discrepância notável entre a importância atribuída a esses temas e a preparação percebida dos médicos para abordá-los com os pacientes. Esse descompasso sugere a necessidade de uma abordagem mais robusta e integrada desses tópicos no currículo dos cursos de medicina no Brasil.


Adicionalmente, as correlações observadas entre as escalas P-Durel e EMRI indicam que médicos com maior inclinação religiosa tendem a exibir níveis mais elevados de empatia, ressaltando a interconexão potencial entre R/E e cuidado centrado no paciente.

## Referências

1. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso 4 mar 2024];32(1):90-7. DOI: 10.1590/S0100-55022008000100012
2. Tostes JSRM, Pinto AR, Moreira-Almeida A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? *Debates em Psiquiatria* [Internet]. 2013 [acesso 4 mar 2024];3(2):20-6. DOI: 10.25118/2763-9037.2013.v3.370
3. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Li AYC, Liu JKK. Effects of intrinsic and extrinsic religiosity on well-being through meaning in life and its gender difference among adolescents in Hong Kong: a mediation study. *Curr Psychol* [Internet]. 2023 [acesso 4 mar 2024];42(9):7171-81. DOI: 10.1007/s12144-021-02006-w
5. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1967 [acesso 4 mar 2024];5(4):432-43. DOI: 10.1037/h0021212
6. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press, 1997.
7. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* [Internet]. 2000 [acesso 4 mar 2024];56(4):519-43. DOI: 10.1037/h0021212
8. Lacombe JB. *Espiritualidade dos estudantes e residentes de medicina: associações com empatia e atitude na relação médico-paciente [dissertação]* [Internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2017 [acesso 4 mar 2024]. DOI: 10.14393/ufu.di.2017.483
9. Finset A. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *Int J Integr Care* [Internet]. 2010 [acesso 4 mar 2024];10(5):53-6. p. 55. Tradução livre. DOI: 10.5334/ijic.490
10. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al*. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acesso 4 mar 2024];86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
11. Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm* [Internet]. 2009 [acesso 4 mar 2024];31(4):412-50. Disponível: <https://www.jstor.org/stable/25790741>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, n° 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 4 mar 2024]. Seção 2. Disponível: <https://tny.im/8jh8C>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016. [acesso 7 mar 2024]. Disponível em: <https://tny.im/WUzxi>
14. Borges DC, Anjos GR, Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2013 [acesso 4 mar 2024];11(1):6-11. Disponível: <https://tny.im/jkALs>
15. Santos RZ, Oliveira RA. *A espiritualidade e a religiosidade na prática pediátrica [dissertação]* [Internet]. Sorocaba: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2014 [acesso 4 mar 2024]. p. 92. Disponível: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/9474>
16. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health* [Internet]. 2012 [acesso 4 mar 2024];51(2):579-86. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5
17. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* [Internet]. 1980 [acesso 4 mar 2024]. Disponível: <https://tny.im/HLoa>
18. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1983 [acesso 4 mar 2024];44(1):113-26. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.113
19. Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol* [Internet]. 2001 [acesso 4 mar 2024];18(51):43-53. DOI: 10.1590/S0103-166X2001000300004

20. Oliveira JAC. Desafios do cuidado integral em saúde: a dimensão espiritual do médico se relaciona com sua prática na abordagem espiritual do paciente? [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018 [acesso 4 mar 2024]. DOI: 10.11606/D.5.2018.tde-28092018-083224
21. Malheiro RF, Reis MMC, Potrasio LL, Oliveira ACS, Silva RV, Passinho LS *et al.* Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2022 [acesso 4 mar 2024];15(2):e9779. DOI: 10.25248/reas.e9779.2022
22. Costa MS, Dantas RT, Alves CGS, Ferreira ER, Silva AF. Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 4 mar 2024];27(2):350-8. DOI: 10.1590/1983-80422019272319
23. Vasconcelos APSL, Lucchetti ALG, Cavalcanti APR, Conde SRSS, Gonçalves LM, Nascimento FR *et al.* Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice-the SBRAMER multicenter study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020 [acesso 4 mar 2024];35(12):3613-9. DOI: 10.1007/s11606-020-06145-x
24. Vieira AA, Maciel PH, Gomes RON, Mendonça AVPM. Espiritualidade e religiosidade: desafios e possibilidades para prática médica. *Res Soc Dev* [Internet]. 2023 [acesso 4 mar 2024];12(5). DOI: 10.1590/S0103-73312021310409
25. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Aparecida Da S, Nacif P *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2010 [acesso 4 mar 2024];8(2):154-8. Disponível: <https://tny.im/yYqao>
26. Trofa GC, Germani ACCG, Oliveira JAC, Eluf Neto J. A espiritualidade/religiosidade como desafio ao cuidado integral: aspectos regulatórios na formação médica brasileira. *Physis* [Internet]. 2021 [acesso 4 mar 2024];31(4):e310409. DOI: 10.1590/S0103-73312021310409
27. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med* [Internet]. 2009 [acesso 4 mar 2024];84(9):1192-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b180d4
28. Hojat M. *Empathy in patient care antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer; 2007.
29. Hamouda MA, Emanuel LL, Padela AI. Empathy and attending to patient religion/spirituality: findings from a national survey of Muslim physicians. *J Health Care Chaplain* [Internet]. 2021 [acesso 4 mar 2024];27(2):84-104. DOI: 10.1080/08854726.2019.1618063

Eduarda Fileto Nogueira – Graduanda – [eduarda.nogueira@ufu.br](mailto:eduarda.nogueira@ufu.br)

 0000-0003-2059-0119

João Paulo Moreira Fernandes – Graduando – [joaopaulomoreira2012@gmail.com](mailto:joaopaulomoreira2012@gmail.com)

 0000-0001-6284-9358


Gabriel David Camargo – Graduando – [gabrieldavidcamargo@gmail.com](mailto:gabrieldavidcamargo@gmail.com)

 0000-0001-6889-1709

Vitor Tavares de Assis – Graduando – [vita040501@gmail.com](mailto:vita040501@gmail.com)

 0000-0002-0100-5044

Luana Araújo Macedo Scalia – Doutora – [luanascaliam@ufu.br](mailto:luanascaliam@ufu.br)

 0000-0003-1000-8738

#### Correspondência

João Paulo Moreira Fernandes – Av. Terezina, 1840 CEP 38405-324. Uberlândia/MG, Brasil.

#### Participação dos autores

Eduarda Fileto Nogueira, João Paulo Moreira Fernandes, Gabriel David Camargo, Vitor Tavares de Assis contribuíram com desenho da pesquisa, coleta de dados e redação do artigo. Luana Araújo Macedo Scalia contribuiu com desenho da pesquisa, análise dos dados, redação e revisão do artigo.

**Recebido:** 26.10.2023

**Revisado:** 4.3.2024

**Aprovado:** 18.3.2024