

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MÔNICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG

CRENÇAS, ATITUDES E RELIGIOSIDADE:
ESTRATÉGIAS DE *COPING* NO ENFRENTAMENTO DE TRISTEZA, MEDO E RAIVA
NA PRÁTICA HOSPITALAR DE PROFISSIONAIS DA MEDICINA

Versão corrigida

São Paulo

2022

MÔNICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG

CRENÇAS, ATITUDES E RELIGIOSIDADE:
ESTRATÉGIAS DE *COPING* NO ENFRENTAMENTO DE TRISTEZA, MEDO E RAIVA
NA PRÁTICA HOSPITALAR DE PROFISSIONAIS DA MEDICINA

Versão corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social do
Trabalho

Linha de pesquisa: Psicologia Social de
Fenômenos Históricos- Culturais Específicos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fatima Regina Machado

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Huang, Mônica Frederigue de Castro

Crenças, atitudes e religiosidade: estratégias de *coping* no enfrentamento de
tristeza, medo e raiva na prática hospitalar de profissionais da medicina. / Mônica
Frederigue de Castro Huang; orientadora Fatima Regina Machado. -- São Paulo, 2022.
202 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Psicologia da Religião. 2. Coping Religioso. 3. Ciência e Religião. 4.
Profissional médico. 5. Emoções. I. Machado, Fatima Regina, orient. II. Título.

Nome: Mônica Frederigue de Castro Huang

Título: Crenças, atitudes e religiosidade: estratégias de *coping* no enfrentamento de tristeza, medo e raiva na prática hospitalar de profissionais da medicina.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social do Trabalho

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Fatima Regina Machado

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

“De boas palavras transborda o meu coração.

Ao Rei consagro o que compus.”

“Porque dEle e por Ele, e para Ele, são todas as coisas;
glória, pois, a Ele eternamente. Amém.”

Salmos 45:1a e Romanos 11:36

Agradecimentos

O exercício da gratidão vem sendo um tema marcante em minha vida especialmente nestes três últimos anos. É evidente que neste momento de abalo mundial pela pandemia, dor, sofrimento, desesperança de tantos e muita tristeza em todos os lugares me senti e me sinto como que incomodada, pois continuo tendo muito a agradecer. Confesso me sentir privilegiada, com uma enorme lista de agradecimentos. Com isso, não quero dizer que não me entristeci e dizer que também tive os meus dias “escuros” pessoais. Até chorei com a dor de muitos pela impotência humana ou limitação de poder acolher e ajudar as pessoas... e de repente as emoções a que me propus como tema estavam em todos os lugares e em mim mesma com toda força. Sem contar a vontade de gritar, isso mesmo, gritar bem alto que isso aqui não é tudo. Há esperança sim, há muito mais além disso tudo.

Antes de discorrer a lista de agradecimentos às pessoas que marcaram esta minha caminhada acadêmica, sem dúvida nenhuma, não há construção intelectual que se dê em *solo*, desejo em primeiro lugar colocar aqui a minha gratidão a Deus que envolve muitas direções de sua ação e controle soberano. São duas as direções que agradeço aqui. A primeira é a capacidade de sonhar, de ir além do aqui e agora, o que inclui a capacidade de planejar e agir. Sonhar sem executar não faria sentido nenhum e Ele foi perfeito como sempre. E a segunda, a capacidade humana mental e cognitiva de desenvolver a ciência, o que nos leva a vislumbrar o mistério, o funcionamento e a sustentação do mundo, ainda que a ciência se ocupe com “o como” e não com o “para quê”, que bem sabemos cabe à outra esfera de conhecimento.

Os agradecimentos não estão necessariamente em ordem de importância, pois cada uma das pessoas fez parte desta construção acadêmica. A gente só chega aqui, porque pessoas investiram na nossa vida, durante a nossa história. Quando os primeiros tijolos são colocados corretamente, a construção tem a grande chance de seguir aprumada, e os primeiros a investir em minha vida, meus pais, Darci e Léa. Desde o começo (nascimento prematuro) até agora (mais de 50 anos), sempre, não só cooperaram, incentivaram, acompanharam, torceram, como até tentaram ajudar em deficiências de formação educacional primária... obrigada por nunca desistirem de mim e me fortalecerem a seguir e: “bola pra frente”. E hoje, agradeço aos meus cinco filhos, que me dão o apoio de que preciso, cada um com sua peculiaridade, de longe ou de perto: Andrew, Nathan e Nina, Caleb e Audrey. Isso mesmo, ganhei duas filhas em plena pandemia! Como disse anteriormente, tenho muito a agradecer.

Agradeço inicialmente ao “culpado” inicial aqui na USP a me apresentar a Psicologia da Religião, por quem literalmente fui seduzida para tal campo de estudo, o Professor Geraldo. Lembro me como ontem das primeiras aulas e a minha apresentação pessoal ao final da cerimônia, na saída da celebração de 100 anos da imigração japonesa, realizada na USP. Estava emocionada por poder conhecer o pesquisador que os interesses eram os mesmos que os meus nos campos da psicologia, a intercultural e a religião.

Gratidão ao Professor Francisco Lotufo que conheci pouco depois na caminhada de pesquisadora, com um olhar distinto, mais médico, econômico nas palavras, mas com um compromisso acadêmico e uma competência e tanto, que se expressa na surpresa de encontrar seu nome em várias publicações.

À Fátima Fontes obrigada pelo apoio e produções acadêmicas. Antes de conhecê-la como pesquisadora, pude testemunhar sua dedicação ao organizar um evento de psicologia em que se empenhou de todas as formas para envolver os estudantes de psicologia e os com menos possibilidade de investimento financeiro. E quando realmente a conheci, a surpresa de estarmos debruçadas sobre o mesmo fenômeno do *coping* religioso.

Gratidão pelo Professor Esdras, que, mesmo ensinando sobre o *distress*, *eustress* temas que poderiam ser tão técnicos, secos, consegue manter o afeto, a sensibilidade durante as aulas que tocam lá no fundo do coração, levando a classe a total silêncio diante da reflexão sobre nossa humanidade, mostrando aos alunos uma realidade que muitas vezes é deixada de lado na academia, ainda que em vão. Grata também por sua participação e contribuições na banca de qualificação da tese.

Não poderia deixar de agradecer ao Professor Wellington, o W. Z., que me acolheu no percurso do mestrado e começo do doutorado, com muita paciência, muita mesmo. E à minha orientadora, Professora Fatima que pegou literalmente “o bonde andando” e que também caminhou pacientemente comigo. Fatima, você foi essencial para que acontecesse esta construção e o meu desenvolvimento como pesquisadora.

Também na USP não poderia deixar de agradecer ao PsiRel, em especial às meninas Beatriz e Raquel, e à Camila Torres mesmo que não esteja no grupo no momento. E ao InterPsi, cada um de vocês tem parte em mim como pessoa, e no meu trabalho, obrigada! Na caminhada, sou grata também pela companhia e apoio importante do Grupo de Supervisão que além das três mencionadas acima conta com Helen, Ana Maria e Erika Nakano. Obrigada, Erika, pelas trocas, conversas, alertas, “puxadas de orelhas” e abraços. É uma alegria perceber muitas vezes que nossos interesses se inter cruzam em várias áreas. E grata a Adriana Stoelben que esteve presente no mestrado e agora no doutorado.

Tive o presente de contar com o apoio dos bastidores de muitas pessoas preciosas como Simone Souza, Cláudia Sá, Deborah Balestrini, Rosana Rocumback, Elise Tong, Selma Oliveira, Ester Meah, Maria Helena João, Mary e Pastor Nathanael Fawcett. Quando conversamos sobre o desejo de fazer o doutorado a frase foi: “admiro sua coragem!”. Mas eu vejo de outra forma, covardia de parar ou voltar para trás e a única escolha era ir adiante, muitas vezes ainda que devagar.

E jamais poderia deixar de dizer da minha gratidão a cada um dos médicos que dividiram um pouco de si mesmos comigo, como também seu tempo, suas histórias. Hoje, o meu pensamento sobre o profissional médico é completamente diferente daquele de antes das entrevistas. Com suas histórias compartilhadas comigo vocês passaram a fazer parte da minha pessoa. MUITÍSSIMO obrigada, vocês tornaram possível desenvolver esta tese. Super, obrigada!!!

E por último, agradeço a pessoa de quem o apoio foi fundamental para que a minha caminhada de pesquisadora se desenvolvesse: ao meu amor “*made in Taiwan*”, Hsiung. Amo e admiro você mais hoje do que ontem. Ainda que conhecendo seus defeitos, sou uma pessoa feliz por ser a testemunha mais íntima da sua história e fazer parte dela. Sem o seu apoio presente de todas as formas jamais conseguiria chegar até aqui.

**“Pois tu formaste o meu interior, tu me teceste no seio de minha mãe.
Graças te dou, visto que por modo assombrosamente maravilhoso me formaste; as tuas
obras são admiráveis, e a minha alma o sabe muito bem.”**

(Salmos 139:13,14b, Almeida Revista Atualizada)

**“Assim como você não conhece o caminho do vento,
nem como o corpo é formado no ventre de uma mulher,
também não pode compreender as obras de Deus,
o Criador”**

(Eclesiastes 11:5, NVI)

HUANG, M. F. de C. Crenças, atitudes e religiosidade: estratégias de *coping* no enfrentamento de tristeza, medo e raiva na prática hospitalar de profissionais da medicina. 2022, 202 p. Tese (Doutorado)- Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo.

RESUMO

A pesquisa partiu da consideração da variedade dos desafios, provocadores de stress, a que o profissional médico atuante no contexto hospitalar enfrenta e o fato de o universo da profissão e de sua formação se valerem do conhecimento científico. Buscou-se verificar se e como médicos que atuam em contexto hospitalar utilizam *coping* (enfrentamento) religioso para lidar com emoções primárias de tristeza, medo e raiva suscitadas em sua prática profissional, identificar as crenças e atitudes presentes no processo e verificar suas percepções quanto à relação dos campos científico e religioso. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semidirigidas em profundidade que contaram com três momentos distintos para busca da menção espontânea do tema religioso: no primeiro momento foi pedido que relatassem uma experiência marcante onde pelo menos uma das emoções (tristeza, medo ou raiva) esteve presente na experiência profissional; no segundo momento, caso não houvesse menção do tema foi dada opções de *coping* e entre estes a religiosidade se apresentava; no terceiro momento, caso ainda não surgisse o tema da religiosidade, foi perguntado diretamente se a religiosidade fazia parte dos recursos de *coping*. A pesquisa contou com 16 sujeitos, 8 médicos e 8 médicas de especialidades hospitalares distintas e o acesso à amostra foi feito através do processo bola de neve. A base teórica utilizada para o estudo foi a teoria do *coping* de Lazarus e *coping* religioso de Pargament e a Teoria da Regulação das Emoções de Gross. Resultados: 13 médicos utilizam elementos da religião no processo de *coping*, ainda que somente 5 fizessem referência a isso no primeiro momento da entrevista. Conclusão: o elemento religioso se apresenta de formas distintas no processo de *coping* e 12 médicos relataram perceber relação de parceria entre a ciência e a religião e nenhum como campos incompatíveis. A pesquisa tem um caráter exploratório do universo pessoal do profissional de medicina e buscou contribuir e desafiar a novos trabalhos que cooperem para um cuidado mais atento a este profissional.

Palavras-chave: *Coping* Religioso; Emoções; Ciência e Religião; Crenças; Médicos(as)

HUANG, M. F. de C. Beliefs, attitudes, and religiosity: coping strategies in dealing with sadness, fear and anger in the hospital practice of medical professionals. 2022, 202 p. Thesis (Doctorate) - Psychology Institute of University of São Paulo. coping strategies with sadness, fear and anger in the hospital practice of medical professionals.

ABSTRACT

The research began with the consideration of the variety of stress causing challenges that the medical professional working in the hospital context faces and the fact that the universe of the profession and its training make use of scientific knowledge. We sought to verify whether and how physicians working in the hospital context use religious coping to deal with primary emotions of sadness, fear, and anger evoked in their professional practice, identify the beliefs and attitudes present in the process, and verify their perceptions about the relationship of scientific and religious fields. Data were obtained through in-depth semi-directed interviews that had three distinct moments to search for a spontaneous mention of the religious theme: in the first moment, they were asked to report a remarkable experience where at least one of the emotions (sadness, fear, or anger) was present in their professional experience; in the second moment, if there was no mention of the theme, coping options were given and among these, religiosity was presented; in the third moment, in case the theme of religiosity did not arise, it was asked directly if religiosity was part of the coping resources. The research included 16 subjects, eight male and eight female doctors from different hospital specialties and access to the sample was made through snowball sampling. The theoretical basis used for the study was Lazarus's theory of coping, Pargament's theory of religious coping and Gross's Theory of Regulation of Emotions. Results: 13 doctors use religion in the coping process, although only 5 mentioned religion at the first moment of the interview. Conclusion: the religious element presents itself in different ways in the coping process and 12 physicians reported realizing a partnership relationship between science and religion and none reported the fields as incompatible. The research has an exploratory character of the personal universe of the medical professional and sought to contribute and challenge new works that cooperate for a more attentive care to this professional.

Keywords: Religious Coping; Emotions; Science and Religion; Beliefs; Doctors

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definições de espiritualidade	p.24
Quadro 2: Caracterização dos entrevistados	p.65
Quadro 3: Menção à religiosidade nos três momentos da entrevista	p.68
Quadro 4: Respostas da escala DUREL	p.85
Quadro 5: APÊNDICE D - Quadro sintético dos dados encontrados	p.113

SUMÁRIO

A pesquisadora e a pesquisa	p.14
Apresentação	p.17
PARTE I – REFERENCIAIS TEÓRICOS	
Capítulo 1 – DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	p.20
1.1- Psicologia da Religião	p.20
1.2- Religião e espiritualidade e saúde	p.27
1.3- Estudos que motivaram a pesquisa	p.29
Capítulo 2 - TÓPICOS ABORDADOS	
2.1- <i>Coping</i> religioso	p.35
2.2- Emoções básicas	p.40
2.3- <i>Coping</i> e Regulação das Emoções	p.45
2.4- Religião e emoções	p.49
2.5 Crenças e atitudes	p.52
PARTE 2 – ESTRUTURA DA PESQUISA	
Capítulo 3 - DELINEAMENTO DA PESQUISA	p.56
3. Métodos e procedimentos	p.57
3.1 Problema da pesquisa	p.57
3.2 Hipótese	p.57
3.3 Objetivos	p.57
3.4 Métodos utilizado	p.58
3.5 Participantes	p.58
3.6 Instrumentos	p.58
3.7 Procedimentos e Coleta de Dados	p.59
3.8 Procedimento de análise de dados/base teórica	p.60
3.9 Aspectos éticos	p.61
3.10 Dificuldades encontradas	p.61
PARTE 3- RESULTADOS	
Capítulo 4 - Apresentação e análise dos resultados	p.64

4.1 Característica descritiva da amostra	p.64
4.2 Emoções relatadas	p.65
2º EIXO	
4.3 Entrevistas em profundidade	p.68
4.3.1 Primeiro momento da entrevista	p.69
4.3.2 Segundo momento da entrevista	p.71
4.3.3 Terceiro momento da entrevista	p.72
3º EIXO	
4.4 Preparação psicológica e religiosa durante a formação profissional	p.74
4.5 Religião e ciência	p.76
4.6 Capelania Hospitalar	p.77
4º EIXO	
4.7 Crença religiosas e a percepção quanto a profissão médica	p.78
4.8 Crença religiosa pessoal como provocadora de luta interna (<i>struggle</i>)	p.79
4.9 Crença religiosa do paciente como provocadora de <i>stress</i>	p.81
4.10 Acréscimos espontâneos após a finalização da entrevista	p.83
4.11 DUREL	p.84
Discussão dos resultados	p.86
Considerações finais	p.90
Referências	p.91
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	p.106
APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista	p.108
APÊNDICE C - Roteiro da Apresentação e Análise dos Dados	p.112
APÊNDICE D - Quadro Sintético dos Dados Encontrados	p.113
APÊNDICE E - Entrevistas Digitalizadas	p.114
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	p.200

A pesquisadora e a pesquisa

O interesse pessoal pelo tema central deste trabalho, o *coping* religioso, tem sido uma presença crescente desde minha primeira graduação em Teologia, o que inicialmente se configurava em ajudar a prover recursos aos indivíduos para enfrentar (*to cope*) melhor os *stresses* que a vida lhes impunha. E assim foram os meus primeiros passos em leituras no contexto psicológico, buscando recursos para implementar e prover este auxílio e em especial durante meu Mestrado em Aconselhamento Pastoral.

Após concluir a faculdade de psicologia tive a oportunidade de participar do grupo dedicado à Psicologia Intercultural, no Instituto de Psicologia na USP, encabeçado pela professora Silvia Duarte Dantas, que me desafiou a conhecer o campo da Psicologia da Religião. Confesso que resisti por não entender exatamente do que se tratava a área, pois como muitos estudantes da psicologia, não havia sido exposta ao tema durante a graduação. Foi quando surgiu a oportunidade de conhecer o Professor Geraldo José de Paiva na celebração de 100 anos da imigração japonesa no Brasil. Apesar de toda a sua competência e da admiração que eu já tinha por seus trabalhos que utilizei na minha pesquisa de conclusão de curso, ele se colocou com a sua simplicidade e acolhimento para me aceitar como aluna especial em sua disciplina. Cada aula era como que o desvendar de uma realidade completamente diferente dos meus preconceitos e fui a tal ponto cativada que passaram a fazer parte da minha vida e posso dizer da minha própria pessoa.

Essa primeira disciplina em Psicologia da Religião era também ministrada pelo Professor Wellington Zangari, que bondosamente ao me emprestar o livro contendo o capítulo, *A dimensão religiosa do enfrentamento (coping), desenvolvimento na teoria, pesquisa e prática*¹ (Paloutzian & Park, 2005), estaria me apresentando o tema do *coping* (enfrentamento)² religioso/espiritual. Ao ler esse material, pude perceber o quão amplo e complexo era o tema. E que no processo do *coping* religioso, a religiosidade e a espiritualidade, algo tão abstrato e subjetivo, se apresentavam com forma concreta e se faziam perceptivos. Isso me levou a

¹ Traduzido do original em inglês: “The Religious dimension of coping, advances in theory, research and practice”.

² *Coping* é o termo em inglês para enfrentamento, no sentido de como o sujeito lida ou enfrenta o desequilíbrio provocado por um estímulo *stressor* . O termo será explicado com maior detalhe na delimitação teórica da tese.

escolhê-lo como tema central em meu Mestrado combinado com os estudos da Psicologia Intercultural.

Ao finalizar minha Dissertação de Mestrado sobre o *coping* religioso/espiritual em mulheres de origem taiwanesa chinesa e brasileira, percebi como as emoções cumpriam um papel essencial no processo e novas perguntas surgiram, porém não mais quanto a promotores de stress gerais (externos), mas sim quando o estímulo do mundo interno individual, em seu próprio corpo, as emoções se tornam o desencadeador do stress retirando o equilíbrio do indivíduo. Como as pessoas enfrentam, lidam (*cope*) religiosamente com situações mais específicas, como doenças, morte, sofrimento ou perdas durante a vida. A palavra que melhor descreve essas situações que deflagam a impotência humana, seus limites, frente aos desafios da vida e, frente a essa impotência, os recursos internos de que se dispõe para enfrentar esses desafios.

Muitas vezes as pessoas lançam mão da religiosidade para abrandar as emoções que surgem desse *stress*. Outras vezes o meio social, a comunidade em que vive o indivíduo exige as emoções “adequadas”, como por exemplo, dizendo: “Você precisa estar alegre” ou “Tristeza desagrada a Deus”, entre outras preciosidades. Soma-se a esse fato as exigências autoimpostas muitas vezes pelo indivíduo a partir das ideias compartilhadas no grupo religioso ou mesmo como fruto do desejo de agradar a entidades ou seres superiores.

Meu crescente e constante interesse somou-se à oportunidade, inicialmente, de realizar minha pesquisa de Doutorado em um hospital específico e ao começar me preparar para tal, percebi que seria o momento de investigar situações de maior exposição às emoções de medo, tristeza e raiva. A possibilidade de vincular minha pesquisa ao contexto de cuidado na saúde encontrava ressonância com o sonho antigo do período de faculdade quando pensava em atuar profissionalmente como psicóloga hospitalar. Ainda em tempo de gerir e decidir quem faria parte da minha amostra para a tese aqui apresentada (em um primeiro momento planejava incluir todos os envolvidos no cuidado do paciente no hospital infantil), uma experiência pessoal me impulsionou ou quase impôs a minha opção. Aconteceu que acompanhada de minha família, ao visitar uma cidade do interior, onde o Rio São Francisco passava, os anfitriões nos levaram para vermos o rio, lugar lindíssimo. Eles prontamente nos advertiram do perigo do rio, com os olhares tristes, e contaram que há poucos dias um médico da cidade havia suicidado ali. De repente algo que inicialmente conhecia através de noticiários se colocava tão próximo

da minha realidade pessoal, alguém que se dedicou à promoção da saúde profissionalmente, em prol da vida, tomar uma decisão como essa.

Ainda que algumas pessoas tenham tentado me desanimar e apresentaram as muitas dificuldades de aproximar de médicos para obtenção de dados, a escolha estava feita. A impressão de que os médicos me evitariam e complicariam para reservar um tempo para as entrevistas, e reenviar o TCLE caiu por terra, ao contrário houve muito empenho e cooperação por parte dos profissionais.

Eu realmente creio que, nos encontros humanos verdadeiros a troca é inevitável. Eu fico com um pedacinho do outro e o outro leva um pedacinho meu, mas sem prejuízos, só acréscimos de ambos os lados. Cada entrevista foi valiosa indo muito além de uma entrevista de doutorado. Tive a oportunidade de conhecer pessoas.

Apresentação

Constantemente passamos por situações que exigem reações de ajuste e adaptação (*coping*), um enfrentamento, quando buscamos em nossos recursos a melhor forma de resposta. Porém há momentos que a demanda vai além dos recursos que possuímos, quando possivelmente a religiosidade passa a ser um recurso de que muitos lançam mão. Foi a partir disso que o contexto hospitalar foi escolhido como o evocador das emoções de tristeza, medo e raiva, quando os sujeitos estão em situações desafiadoras aos limites da vida humana, para o desenvolvimento da tese.

E nesse contexto, ainda que todos os sujeitos estejam enfrentando um bombardeio de demandas de enfrentamento, o sujeito exposto a maior parte delas é o médico³. É na pessoa do médico que as expectativas se concentram para a busca de soluções, respostas e muitas vezes o consolo, em especial por este dominar o conhecimento científico. Mas faria parte do enfrentamento desses médicos a religiosidade? Como o médico que conhece tão bem o funcionamento do corpo humano percebe a realidade religiosa?

Dessa forma, sob a ótica da Psicologia Social, a partir das próprias vozes dos médicos. Buscou-se verificar se há a presença do aspecto religioso no enfrentamento a essas emoções e como a religião é vista por esses médicos.

Para tal, dividi esta tese em três partes. Na primeira parte busquei apresentar os referenciais teóricos, divididos em dois capítulos. O primeiro delimitando o campo de estudo em que a pesquisa se encontra, Psicologia da Religião e seus conceitos de base, religião, religiosidade e espiritualidade, mostrando a opção conceitual adotada para a operacionalização e desenvolvimento da tese. Ao fim desse primeiro capítulo também expus os estudos que foram inspiradores à pesquisa.

³ Ciente das discussões atuais referentes às distintas formas de tratamento dos gêneros, para maior fluidez do texto no transcorrer da tese, opto pelo uso do termo “médico” ou “médicos” abrangendo os profissionais da área em geral.

Ainda na primeira parte, o segundo capítulo é dedicado a fundamentar teoricamente a pesquisa realizada, focando nos termos concernentes ao presente estudo da Psicologia Social, como: *coping* religioso, emoções básicas, regulação das emoções, crenças e atitudes.

Na segunda parte, capítulo 3, apresentei o estudo em si: como a pesquisa foi delineada, seus problemas, hipóteses, objetivos, o método utilizado e procedimento da coleta dos dados. No capítulo 4, foram descritos e analisados os dados obtidos buscando articular com os referenciais teóricos apresentados nos capítulos 1 e 2, para então fazer as considerações finais retomando as hipóteses a fim de verificar se foram confirmadas ou rejeitadas pela pesquisa. E por fim as considerações finais, onde aponto limitações da pesquisa e desafio a futuros caminhos de estudos.

Em seguida às considerações finais, estão a lista das referências utilizadas e os Apêndices da pesquisa: Apêndice A, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Apêndice B, com o Roteiro da Entrevista, o Apêndice C, contendo o roteiro da apresentação e análise dos dados e as entrevistas digitalizadas na íntegra, no Apêndice D, com as devidas modificações para preservação da identidade dos médicos entrevistados. E por fim o Anexo do parecer do Comitê de Ética em pesquisa.

PARTE I
REFERENCIAIS TEÓRICOS

Capítulo 1

DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

1.1 Psicologia da Religião

A presente pesquisa está inserida na área de estudo da Psicologia da Religião, para a qual o fazer científico se ocupa com o comportamento religioso e não com a religião em si e não visa à avaliação da veracidade de seus postulados e nem averigua se há ou não a existência de um ser transcendente. O foco central do trabalho é o comportamento religioso do *coping* (enfrentamento) que será descrito em maiores detalhes no capítulo a seguir. A Psicologia da Religião diz respeito, ou se dedica, a entender o humano e as implicações que a religião acarreta, seja em seu comportamento, experiências, identidade, saúde ou doenças físicas e ou mentais. Dessa forma a Psicologia da Religião, como atividade acadêmica, toma por objeto o humano na religião e faz uma avaliação secular do comportamento religioso (Paiva, 1999, 2007, 2018 e 2021; Zangari & Machado, 2018; Freitas, 2017; Paloutzian & Park, 2021).

Para melhor delimitação dos termos religião, religiosidade e espiritualidade empregados no desenvolvimento da presente tese, cabe apontar as suas distinções, ainda que operacionalmente a tese tenha como foco a busca da presença da religiosidade no *coping* dos médicos hospitalares. São termos que se apresentaram nas falas dos médicos entrevistados, especialmente por terem se tornado populares, em particular o termo espiritualidade, porém com significados diversos como veremos nas análises das entrevistas.

Na tese, religião é tomada como sistema ou doutrina de respostas vinculadas a uma instituição, definição que diante do olhar não metucioso aparenta simplicidade, mas que de fato é amplo por se tratar de um conceito construído culturalmente. Já a religiosidade diz respeito à(s) prática(s) e elaboração subjetiva e intersubjetiva e são respostas compartilhadas e referentes ao transcendente, mas não necessariamente vinculadas a tradições religiosas. São, na verdade, expressões religiosas que variam histórica, étnica, temporal e culturalmente.

A religiosidade se refere a um fenômeno complexo, multifacetado e de difícil compreensão, além de muitas vezes ser usado de forma obscura quanto a sua distinção do fenômeno da espiritualidade. A religiosidade reflete crenças, comportamentos, afetos,

relacionamentos e cognição vinculados, mas distintos da religião (Paloutzian & Park, 2021). Esta seria uma das razões para Paloutzian e Park (2021) desafiar os acadêmicos em Psicologia da Religião a contarem com a colaboração de pesquisadores de outras áreas do saber humano, como antropologia, filosofia, acadêmicos religiosos e psicólogos de outras culturas, para alcançarem um entendimento adequado do processo de sistema de significado (MS), e os significados que provêm desse sistema.

A religiosidade e a espiritualidade fazem parte integral da construção subjetiva do sujeito e tal é a sua importância que a Associação Americana de Psicologia (APA) nos EUA dedica sua divisão 36 à *Psicologia da Religião*⁴. Vale pontuar ainda o acréscimo do termo “espiritualidade” na Divisão 36 agora intitulada *Psicologia da Religião e da Espiritualidade*⁵ (Freitas, 2017). O sentido adotado pela APA, para o termo espiritualidade diz respeito à sensibilidade a coisas espirituais, experiências religiosas (ligadas ou não a uma religião específica) e o estado imaterial do indivíduo.

Por muito tempo o termo espiritualidade esteve ligado à religião e não seria possível pensar em um indivíduo ser espiritual sem ter conexão com uma instituição religiosa ou um sistema de crenças vinculado a um corpo de doutrinas. Ser espiritual significava ser dirigido por e ter como ponto central da vida, suas crenças religiosas. O adjetivo espiritual era normalmente utilizado para se referir a líderes religiosos, monges e pessoas dedicadas a trabalhos religiosos ligados a instituições específicas. Os desdobramentos do conceito de espiritualidade são relatados no artigo do estudioso tcheco Pavel Rican (2004).

A popularização do termo é descrita por Wixwat e Saucier (2021) em revisão de literatura sobre a autodescrição utilizada por muitos ocidentais “ser espiritual, mas não religioso”⁶ (SBNR). O artigo é dedicado a apontar as várias formas, ambiguidades e motivações dos indivíduos ao fazerem uso dessa autodescrição que em geral diz respeito a experiências subjetivas das pessoas, com uma grande variedade de razões.

O conceito de espiritualidade hoje, tomado de uma forma mais ampla, refere-se ao que dá sentido à vida, o porquê ou pelo que vale a pena viver, o que pode ou não estar ligado à religiosidade. Koenig (2012), Pargament (2007) e Zangari e Machado (2018, p.15) estão em

⁴Traduzido do original em inglês: “Psychology of Religion”.

⁵Traduzido do original em inglês: “Psychology of Religion and Spirituality”

⁶ Traduzido do original em inglês: “Being spiritual but not religious”.

acordo de que a espiritualidade pode estar ou não vinculada a algo religioso podendo vir de outra fonte que não exatamente religiosa. Enquanto Freitas (2017), a partir de uma visão orgânica, propõe a espiritualidade como demanda de sentido por parte do sujeito.

Um dos empenhos de acadêmicos para reflexões sobre a espiritualidade no Brasil, ocorreu no V Seminário de *Psicologia do Senso Religioso*, cujo tema central foi a espiritualidade, realizado em 2005. A publicação de tais reflexões está no livro *Psicologia e Espiritualidade* (Amatuzzi, 2008). Os capítulos percorrem as várias abordagens de estudo com respeito a espiritualidade, como a filosófica e a sociológica. Em um dos capítulos Paiva, apresenta as mudanças históricas do conceito da espiritualidade, como também os aspectos culturais no entendimento do conceito. Em sua reflexão, Paiva opta pelo uso da religião como substantiva e propõe uma psicologia que se dedique à espiritualidade, aspecto funcional, que se acomoda em uma experiência individual. Tal conceito foi desenvolvido por Larry Culliford (2015), apresentado no livro *A psicologia da espiritualidade, o estudo do equilíbrio entre mente e espírito*.

Espiritualidade é um construto que sofreu mudanças no decorrer da história e inevitavelmente depende da perspectiva adotada pelo pesquisador. As dificuldades que fazem parte da polêmica da distinção entre religiosidade e espiritualidade por parte dos acadêmicos, foram elucidadas pelo psiquiatra Harold G. Koenig ao abordar tais conceitos e suas implicações para as pesquisas relacionadas à religiosidade e saúde mental (Koenig, 2012, 2018; Freitas, 2017). É necessário lembrar que não há consenso sobre essas definições, o que leva à necessidade de o pesquisador delinear operacionalmente a definição que se propõe a usar em seu trabalho, o que pretendo fazer nesta etapa da tese.

Segundo Koenig (2018), a definição atual, mais abrangente do termo *espiritualidade*, cabe no momento contemporâneo por existirem a facilidade de conhecimento e contato com as inúmeras diferentes religiões no mundo. Porém, Koenig também aponta o fato problemático de que ao tratar a *espiritualidade* dessa forma expandida ou ampliada - com a possibilidade de desconexão com a religião institucionalizada - pode comprometer os dados empíricos nas pesquisas que abordam sua conexão com saúde mental. Pode confundir os dados referentes à saúde com os dados da espiritualidade secular incorrendo em erro tautológico, ou seja, quando sua concepção secular passa a ser definida por suas próprias consequências (estados psicológicos positivos). Os autores da escala ARES de Atitudes Relacionadas a Espiritualidade (Braghetta, Gorenstein, Wang, Martins, Leão, Peres, Lucchetti & Vallada, 2021) publicado

recentemente se dedicaram a fazer distinção entre espiritualidade e emoções positivas, seguindo o alerta feito por Koenig. ARES é formada por 11 itens, com respostas em escala *likert* de cinco pontos.

A partir desse entendimento da postura de Koenig (2018) fica clara a razão do título de seu livro em que apresenta essa reflexão: *Religião e Saúde Mental (Religion and Mental Health)* (Koenig, 2018), enquanto em outra obra dedicada aos cuidadores de pacientes de diferentes campos (enfermeiras, capelães, assistentes sociais e médicos), em um aspecto de maior abrangência, Koenig (2013) a intitula *Espiritualidade em cuidado de pacientes*⁷.

Do mesmo modo Pargament, ao desenvolver a Escala do *Coping Religioso (CRE)*, tem como foco a religiosidade e a relação com o transcendente; e, em trabalho posterior, dedicado à clínica, com maior abrangência, portanto, utiliza o título *Psicoterapia Espiritualmente Integrada*⁸ (2007) e no título do treinamento oferecido por ele próprio e Michelle Pearce, *Treinamento em Competência Espiritual em Saúde Mental*⁹.

Para melhor entendimento sobre o que está envolvido na definição de espiritualidade apresentada por Pargament, é necessário mencionar um terceiro construto: o *sagrado*. Para ele o termo *sagrado* une a religião e a espiritualidade. Toma-se por *sagrado* o que é valorizado pelo sujeito, como objeto de afeição e desejo e possui alto valor pessoal. Elementos do *sagrado* podem ter pouca ou nenhuma conexão com um ser ou algo transcendente, podendo ser as finanças, um hobby, família, um time de futebol (Hill & Pargament 2003; Zangari & Machado, 2018). Como descreve Pargament (Pargament, 2013; Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson & Zinnbauer, 2000), objetos psicológicos, sociais e físicos podem ser percebidos como *sagrado* pelo indivíduo ainda que não estejam circunscritos em contexto de um determinado grupo religioso ou se submetam a rituais ou regras de comportamentos instituídos.

Aparentemente o caminho conceitual de Pargament, centralizando o termo *sagrado* para a compreensão da espiritualidade, parece satisfatório, porém concordo com as críticas feitas por Paiva (2005) e Aletti (2012). Primeiro, o ponto de referência do conceito *sagrado*

⁷ Traduzido do original em inglês: “Spirituality in patient care.”

⁸ Traduzido do original em inglês: “Spiritually Integrated Psychotherapy, understanding and addressing the sacred.”

⁹ Traduzido do original em inglês: “Spiritual Competency Training in Mental Health.”

adotado tem como fonte a cosmovisão judaico-cristã da cultura americana, e diz respeito à atribuição de um significado particular (Paloutzian & Park, 2021). Em segundo, o sagrado não faz parte dos temas com que se ocupa a psicologia da religião, mas sim o funcionamento psíquico envolvido na religião, o sujeito na religião, correndo dessa forma o perigo de extrapolar o escopo do que cabe à psicologia da religião.

A fim de ilustrar de forma sintética a complexidade da definição (ou das definições) do termo espiritualidade, apresento um quadro com citações de trabalhos de pesquisadores de maior relevância para o presente estudo. Contudo ainda que houvesse a intenção de citar definições adotadas pelos respectivos autores, algumas das citações estão circunscritas em trabalhos com foco específico e a definição é delimitada de forma a operacionalizar o construto para a pesquisa específica.

Quadro 1: Definições de espiritualidade

Acadêmicos	Citações em publicações:
Paiva	“Espiritualidade” é um conceito que conserva a riqueza, mas também a ambiguidade da caracterização do espírito: afirma-se como sutil, insinuante, portador de liberdade, mas como o vento, sopra onde quer e muitas vezes não se sabe de onde vem nem para onde vai...” (todo o capítulo é dedicado a percorrer aspectos da espiritualidade em correspondência com a qualidade de vida) (Paiva, 2005, p.125)
Freitas	“... a religiosidade e a religião implicam, ambas, necessariamente a referência ao transcendente, sendo que na segunda, a resposta é compartilhada e institucionalizada[...]. Enquanto isso, a espiritualidade implica referência à busca de sentido, o que pode coincidir ou não com a busca religiosa, existindo a possibilidade de que a resposta para esta demanda existencial venha de outra fonte, considerada e vivida pela pessoa como arreligiosa.” (Freitas 2017, p.101)
Moreira-Almeida	“Para este artigo adotaremos as seguintes definições (5; 6): espiritualidade: relação com o sagrado, o transcendente (Deus, poder superior, realidade última). Referente ao domínio do espírito, à dimensão não material ou extrafísica da existência (Deus ou deuses, almas, anjos, demônios); religião: sistema organizado de crenças e práticas desenvolvidos para facilitar a proximidade com o transcendente. É o aspecto institucional da espiritualidade. Religiões são instituições organizadas em torno da ideia de espírito” (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016).

<p>Cartilha Virtual “Psicologia & Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos” (InterPsi – IP USP)</p>	<p>“Com as mudanças na sociedade contemporânea, têm surgido novas formas de religiosidade e de relação com o que se define como sagrado ou transcendente. Isto inclui pessoas sem uma religião definida, mas que se consideram, no entanto, como “espirituais”, ou seja, pessoas que assumem que há algo transcendente, algo sobrenatural, algo sagrado, mas que não encontram essa sacralidade em nenhuma religião. Viu-se, assim, que não era mais possível estudar o tema da religiosidade sem relacioná-lo também ao da espiritualidade, compreendida como a dimensão do que dá sentido à vida e que não necessariamente é religioso nem de ordem sobrenatural”. (Zangari & Machado, 2018, p. 11)</p>
<p>Lotufo Neto</p>	<p>“espiritualidade trata da busca humana por uma vida satisfatória e com sentido, descobrindo a natureza essencial de si mesmo e seu relacionamento com o universo”. Seria ainda o “Processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou, pelo menos, alguma dependência a um poder superior, ou espírito”. Envolveria um “processo pessoal dirigido a relacionar o si próprio com o poder superior essencial”. Deus, um espírito vivo, pessoal e invisível, criador da vida e o modelo perfeito que deve ser procurado.” (1997, p.9).</p> <p>“Inúmeras palavras são utilizadas para expressar esta complexa dimensão da experiência humana: religião, fé, teologia, crença e espiritualidade. Muitas vezes os modos como cada uma dessas palavras são utilizadas se sobrepõem, com um determinado autor usando o termo religião no mesmo sentido em que outro usa fé ou espiritualidade “(1997, p.13)</p>
<p>Pargament</p>	<p>“Eu defini espiritualidade como busca do sagrado” (Pargament, 1997, p.39).</p> <p>“Os dois termos-chave nesta definição são “sagrados” e “busca”. A palavra sagrado não se refere apenas a ideias de poderes superiores, Deus, e realidade transcendente, mas também a outros objetos significativos que assumem caráter espiritual e significado em virtude de sua associação com o divino”¹⁰ (Pargament & Mahoney, 2005, p.181).</p> <p>“Quando imbuído de caráter espiritual, praticamente qualquer aspecto da vida pode ser percebido como sagrado, incluindo objetos psicológicos (por exemplo, virtudes), objetos sociais (por exemplo, casamento) e objetos físicos (por exemplo)”¹¹ (Pargament, 2013, p.171).</p>
<p>Koenig</p>	<p>“A espiritualidade se distingue de todas as outras coisas—humanismo, valores, moral e saúde mental - por sua conexão para o que é sagrado, o transcendente. O transcendente é o que está fora de si, mas também dentro de si - e nas tradições ocidentais é chamado de Deus, Allah, HaShem ou um Poder Superior, e nas tradições orientais pode ser chamado de Brahman, manifestações de Brahman, Buda, Dao, ou verdade/realidade final. Espiritualidade é intimamente conectada ao sobrenatural, o místico e religião organizada, embora também se estenda além da religião organizada (e começa antes dele)”¹² (Koenig, 2012, p.3).</p>
<p>Dicionário da Associação Americana de Psicologia (APA)</p>	<p>espiritualidade¹³ 1. “Espiritualidade n. 1. uma preocupação ou sensibilidade às coisas do espírito ou da alma, especialmente em oposição às preocupações materialistas; 2. mais especificamente, uma preocupação com Deus e uma sensibilidade para a experiência religiosa, que pode incluir a prática de uma religião particular, mas também pode existir sem tal prática; 3. o fato ou estado de ser imaterial”.</p>

¹⁰ Traduzido do original em inglês: “There are two key concepts in this definition: the search for significance and the sacred. Underlying this definition is the assumption that people are proactive, goal directed beings searching for whatever they hold to be of value in life.”

¹¹ Traduzido do original em inglês: “When imbued with spiritual character, virtually any aspect of life can be perceived as sacred, including psychological objects (e.g., virtues), social objects (e.g., marriage), and physical objects (e.g., the environment).”

¹² Traduzido do original em inglês: “Spirituality is distinguished from all other things— humanism, values, morals, and mental health—by its connection to that which is sacred, the transcendent. The transcendent is that which is outside of the self, and yet also within the self—and in Western traditions is called God, Allah, HaShem, or a Higher Power, and in Eastern traditions may be called Brahman, manifestations of Brahman, Buddha, Dao, or ultimate truth/reality. Spirituality is intimately connected to the supernatural, the mystical, and to organized religion, although also extends beyond organized religion (and begins before it).”

¹³ Traduzido do original em inglês: “spirituality n. 1. a concern for or sensitivity to things of the spirit or soul, especially as opposed to materialistic concerns. 2. more specifically, a concern for God and a

Artigo publicado em 2021, buscou investigar a definição de espiritualidade em publicações no campo da saúde. Foram analisados 166 artigos e foram encontradas 24 dimensões diferentes de espiritualidade. Concluíram que a espiritualidade trata de algo pessoal, individual e é dinâmico; se expressa através de crenças, pensamentos na busca por conexão com algo que promova significado e crescimento pessoal; e também promove o desenvolvimento de valores e sentimentos positivos. (Sena, Damiano, Lucchetti, & Peres, 2021).

Diante da complexa realidade conceitual teórica sobre o termo espiritualidade, também fica evidente o uso diversificado do termo espiritualidade nos relatos dos profissionais médicos que se apresentarão nas análises dos resultados da tese.

Dito isso, importante delimitar o termo utilizado operacionalmente na tese aqui apresentada, onde tomo a espiritualidade como a demanda de sentido para algo além do puramente material, aquilo que transcendente e que é circunscrito em uma experiência pessoal (funcional) não necessariamente ligada a uma instituição religiosa e seus dogmas, mas a realidade última (Aletti, 2012). A opção feita é devido à intenção de tornar o objeto central buscado como recurso no *coping* dos médicos, a religiosidade, mais evidenciada. Reafirmo aqui que por religiosidade como recurso de *coping* apresentado nas entrevistas dos médicos, tomo as crenças, comportamentos, afetos, relacionamentos e cognição vinculados de alguma forma a religião (sistema ou doutrina de respostas vinculadas a uma instituição).

Quando se fala em *coping*, convém lembrar a colocação feita por Paiva pontuando como os estudos sobre esse processo têm envolvido outras disciplinas:

Como ciência moderna, a Psicologia tem estabelecido como seu objeto os fenômenos que ocorrem na faixa da realidade humana situada entre o puramente lógico e o puramente biológico, ou seja, o psíquico, e tem avançado no entendimento desse objeto com conceitos, modelos e métodos próprios. No caso do enfrentamento, a psicologia tem buscado interagir com disciplinas biológicas, como a fisiologia e a psiconeuroimunologia, e com disciplinas sociais, como a antropologia (Paiva, 2007).

sensitivity to religious experience, which may include the practice of a particular religion but may also exist without such practice. 3. the fact or state of being incorporeal.”

A importância de ampliar a abrangência dos estudos em Psicologia da Religião também é incentivada por Emmons e Paulotzian (2003) que cunharam o termo Paradigma Multidisciplinar Interdisciplinar¹⁴ (MIP), desafiando os acadêmicos a operacionalizar seus dados com as áreas distintas da psicologia e com outros campos de pesquisas a fim de que a Psicologia da Religião seja mais efetiva e robusta em seus achados.

A Psicologia da Religião, ao focar os efeitos benéficos e maléficos da religião na saúde, adentra um campo de pesquisa de intersecção com a área médica, quando essa se dedica ao mesmo tema, especialmente por ambos os profissionais envolvidos, o psicólogo e o médico, possuírem o mesmo objetivo final em seu desempenho profissional: a promoção da saúde do paciente. O profissional médico ao abordar a religião a toma como recurso terapêutico enquanto o psicólogo busca a compreensão da presença da religião na construção da subjetividade do paciente. Sendo assim, a religião é fonte de dados dos processos psíquicos do indivíduo a ser levada em conta na psicoterapia para o psicólogo.

1.2 Religião, espiritualidade e saúde

Pesquisas realizadas sobre os efeitos da religiosidade na saúde física e mental têm trazido dados substanciais quanto à manifestação de aspectos positivos, ainda que também haja aspectos negativos.

Com o objetivo de refletir sobre a presença da religião no enfrentamento e cura na perspectiva psicológica, Paiva (2007) cita a apresentação introdutória de Ellison, ao *Simpósio de Religião Saúde e bem-estar*, e menciona várias consequências desejáveis à saúde mental e física. Paiva apresenta então possíveis justificativas psicológicas para esses resultados encontrados em diferentes autores, como: apoio obtido pelos atos religiosos sociais compartilhados; promoção de comportamentos saudáveis e restrição de comportamentos nocivos; intensificação dos sentimentos de autoestima e de autoeficácia; enfrentamento ao stress num quadro de referência religioso e possivelmente alterações fisiológicas no sistema imunológico.

No livro dedicado ao tema *Influência da Religião sobre a saúde Mental*, Lotufo, Lotufo e Martins (2009) apresentam várias pesquisas que mostram as formas positivas e negativas em que os sistemas de crenças influenciam a saúde. Entre as formas negativas, os autores

¹⁴Traduzido do original em inglês: “Multilevel Interdisciplinary Paradigm.”

apresentam a visão psicanalítica na qual o indivíduo com necessidades neuróticas faz da religião um veículo de expressão. Explicam também como o modo histérico, o modo obsessivo e o modo depressivo-masoquista, bem como doutrinas rígidas, legalistas da religião prejudicam o indivíduo. Ainda no mesmo livro Lotufo aborda o fanatismo, no qual a religião toma a função de preencher uma estrutura interna incompleta, inconsistente, caótica e fraca em uma tentativa de ordenar o caos. (Lotufo et al. 2009, p106).

O pesquisador Harold G. Koenig, psiquiatra americano especialista no campo da religião na saúde, autor de vários livros e artigos sobre o tema, é autor principal das duas edições do Manual da Religião e Saúde¹⁵. Em um de seus artigos intitulado *Religião, Espiritualidade e Medicina: dados pesquisados e implicações na prática clínica*¹⁶, (Koenig, 2004) apresentado como CME (Educação Médica Continuada¹⁷) Koenig aborda pontos que precisam se tornar conhecidos pelo público profissional médico para uma maior efetividade na clínica, como por exemplo, o levantamento da história pessoal religiosa do paciente na anamnese.

No artigo, a partir de vários levantamentos de pesquisas anteriores, Koenig (2004) apresenta as associações positivas da religião com a saúde: menores índices de suicídio, menor ansiedade, menor adição em drogas, menor incidência de depressão e recuperação mais rápida da depressão; melhor bem-estar, esperança e otimismo; mais propósito e significado na vida; maior suporte social e melhor satisfação no casamento. Entre várias sugestões dadas de como superar as barreiras que impedem de abordar a religiosidade na prática clínica médica, uma se destaca: perguntar ao paciente uma breve história de sua religiosidade. Esse conhecimento, entre outras vantagens, poderá ser mais um recurso para o enfrentamento (*coping*) do paciente, além de esclarecer se ele se beneficiará com a presença de um capelão, para uma ajuda mais efetiva na recuperação.

Koenig (2004) ainda enfatiza as implicações que a religião pode trazer à prática clínica: decisões médicas, conflito no cuidado médico por parte do paciente, conflito interno espiritual do paciente.

Vale mencionar outro artigo de revisão de estudos quantitativos sobre a relação entre depressão e sintomas depressivos e religiosidade/espiritualidade, entre os anos de 1962 e 2011. Nessa revisão os termos buscados nos periódicos foram religiosidade e espiritualidade. De 444

¹⁵ Traduzido do original em inglês: “Handbook of Religion and Health”.

¹⁶ Traduzido do original em inglês: “Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice”.

¹⁷ Traduzido do original em inglês: “Continuing Medical Education”.

estudos, 60% apresentaram menor depressão e rápida remissão ou redução da severidade em resposta à intervenção religiosa. E dentre 178 estudos com alto rigor metodológico, 67% (119) encontraram relação inversa entre religiosidade e depressão (Bonelli, Dew, Rachel, Koenig, Rosmarin, Vasegh, 2012).

Em revisão sistemática de pesquisas empíricas sobre a religiosidade e espiritualidade na saúde física e mental, Harold Koenig (2012) apresenta influências positivas e negativas da religiosidade, demonstrando grande relação destas variáveis na saúde. O autor deixa claro que usará os termos religiosidade e espiritualidade de modo intercambiável, já que as definições, propostas por ele próprio em seu Handbook, são muito próximas. Entre os vários levantamentos, Koenig identifica 554 estudos sobre *coping* com adversidades e descreve como a religiosidade ajudou tais pessoas a enfrentarem diferentes doenças e situações estressantes.

Há também artigos de autores brasileiros que apontam para esta direção positiva da ação da religiosidade, realizados por médicos. Entre eles a revisão sistemática sobre o impacto da espiritualidade e religiosidade na saúde física de Guimarães e Avezum (2007) onde apareceram as atividades imunológicas, saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade, como beneficiadas pela religiosidade. Outro trabalho de autores brasileiros Lucchetti, Lucchetti e Avezum (2011), por exemplo, apresentam várias pesquisas sobre os efeitos positivos da religiosidade no campo cardiovascular e desafia os médicos a abordarem a religiosidade com seus pacientes devido aos seus benefícios.

Diante desse cenário das pesquisas que aponta a influência da religiosidade na saúde física e mental, resta a questão central da pesquisa aqui desenvolvida: os médicos profissionais imbuídos da responsabilidade de promover a saúde de outros, fazem uso desses recursos ao lidarem com seu mundo interno (suas emoções) em sua experiência profissional? O que realmente se sabe sobre o que se passa com os médicos? A partir dessa colocação, apresentaremos trabalhos que foram impulsionadores de toda a tese, por tratarem de uma realidade muitas vezes despercebida com respeito àqueles de quem se espera a solução para os sofrimentos da vida.

1.3 Estudos que motivaram a pesquisa

O levantamento de estudos pertinentes à pesquisa foi realizado através de revisão de literatura de conveniência (Grant & Broth, 2009) alistada entre os quatorze tipos de revisões, na qual elenquei o conjunto de trabalhos científicos que julguei pertinente para o tratamento da temática (Galvão & Ricarte, 2020) como veremos a seguir.

Um dos estudos iniciais sobre as formas de *coping* em médicos em hospitais foi realizado no Reino Unido (Tattersall, Bennett e Stirling, 1999). Os dados apresentaram aumento de *stress* com aumento de trabalho e gerenciamento de problemas e problemas referentes ao diagnóstico. O nível de stress estava associado à estratégia de distração emocional (dirigir o pensamento para outra direção) de *stressores* ao contrário de ativamente lidar com eles. “São muito limitadas as informações avaliando as estratégias de *coping* usadas por médicos frente suas adversidades”¹⁸ é o que afirma McCain e colegas (McCain, McKinley, Dempster, Campbell, & Kirk, 2018, p.43) ao se dedicar ao estudo da resiliência, *burnout* e estratégias de *coping* em médicos, também no Reino Unido.

Desenvolvido por Voltemer e colegas (Voltemer, Büssing, Koenig, & Zaben, 2014), ainda que no âmbito do atendimento clínico particular um outro estudo dedicado ao médico e sua própria religiosidade e espiritualidade, utilizando os conceitos de Koenig (como descritos anteriormente), buscando como estes aspectos se relacionavam às suas práticas clínicas, somou-se à construção da pesquisa. Nesse estudo, os médicos não tocavam em assuntos sobre religiosidade e espiritualidade em sua maioria, ainda que a amostra tenha sido composta por médicos religiosos. Os autores dessa pesquisa desafiam a formação profissional médica, já que os pacientes se beneficiariam se seus médicos tocassem neste tema.

Outro trabalho que vale ressaltar refere-se a um levantamento feito por Armbruster e colegas (2003), que foi realizado com pediatras (profissionais e residentes) buscando identificar suas crenças na religiosidade e espiritualidade e o quanto estas se relacionam à sua prática clínica. Os pesquisadores delimitaram os termos utilizados: religiosidade como expressão de crenças institucionalizadas, valores, doutrinas compartilhadas e espiritualidade como crença e experiência de um ser ou estado, não necessariamente deísta, mas que transcende a realidade física. Porém os autores afirmam que a distinção entre religiosidade (R) e espiritualidade (S) em termos práticos em suas experiências “são incômodas e desnecessárias no contexto prático” (Armbruster, Chibnall, & Legett, 2003, p.228) e optam pelo uso da sigla “SR” no texto do artigo. Cabe lembrar que em seu levantamento sobre pesquisas na área, no início da apresentação do artigo, os autores ressaltam a escassez de pesquisas sobre a investigação da religiosidade e espiritualidade em pediatras.

Os resultados de Armbruster et al. (2003) apontaram para o fato de que mesmo acreditando nos benefícios advindos da religiosidade e da espiritualidade na saúde, os pediatras

¹⁸ Traduzido do original em inglês: “Very limited information is available on coping strategies employed by doctors encountering adversity.”

não se sentem preparados e seguros para tocarem nos temas. Os médicos não residentes perguntavam mais sobre religiosidade e espiritualidade dos pacientes, comparados aos residentes que normalmente direcionavam os pacientes a orarem em tempos de crise na saúde. O estudo apontou para a necessidade de maior preparo dos médicos nesses temas.

Apesar de a pesquisa acima citada mostrar o fato de os pediatras representados em sua amostra acreditarem na implicação benéfica da religiosidade e espiritualidade na medicina, não mostrou referência à religiosidade e espiritualidade no *coping* desses pediatras, e fato é que poucos estudos têm se voltado para esta perspectiva.

Outro trabalho que nos chama a atenção por se tratar da formação médica, foi realizado com estudantes de medicina e professores na Universidade de Harvard com o objetivo de explorar a interseção entre a medicina e a religiosidade e espiritualidade, em seu período de estudos e treino médico profissional. Os autores não deixam claros as definições assumidas no trabalho, usando no texto “religiosidade/espiritualidade”. O foco da análise foi a socialização dos médicos frente ao sofrimento do paciente, já que muitas vezes recebem críticas quanto à sua desumanização na relação médico-paciente. Concluiu-se que a religiosidade e espiritualidade têm grande papel nas relações sociais do médico, mesmo que seja um tema pouco estudado (Balboni et al, 2015).

As pesquisas relacionadas ao médico em suas necessidades pessoais, emocionais e individuais frente aos desafios que o exercício profissional lhe impõe têm se voltado à Síndrome do *Burnout*, que acomete em maior número os profissionais que trabalham em áreas que demandam relação interpessoal. No Brasil ela é reconhecida como doença do trabalho pela Lei n.3048/99 como Síndrome do Esgotamento Profissional (Bortoletti, Vasconcellos & Sebastiani, 2017). Caracteriza-se por três dimensões: esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização.

Ressalto aqui o trabalho de autoria de Maria Julia Kovács *Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador*. Chama a atenção quando a autora menciona as emoções, ao falar que na “mentalidade da morte interdita não se autoriza a expressão de emoções e dor, levando ao adoecimento e aumento dos casos de depressão, aumentando a incidência da *Síndrome de Burnout* entre profissionais” (Kovács, 2010, p.420). Os médicos são levados a sofrer com sua própria finitude, muitas vezes com intenso stress e um luto não reconhecido. Eles podem “se sentir derrotados quando seus pacientes morrem, sendo a morte vista como decorrente de um erro e não parte fundamental da existência humana” fruto da visão da morte no século XXI segundo a autora (Kovács, 2021, p.83).

Kovács é atual coordenadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM) na Universidade de São Paulo e, nesse artigo, o grupo em foco são os profissionais envolvidos nos cuidados paliativos. Desta forma gostaria de dar ênfase para o fato de o cuidador não ter permissão de demonstrar suas emoções no contexto de trabalho, o que não se limita a contextos de pacientes terminais, mas inclui todos os outros envolvidos no cuidado do paciente. Como a própria autora afirma “O profissional de saúde, em seu cotidiano lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente” (Kovacs, 2010, p. 424).

Em consonância com esta realidade do profissional da saúde, em pesquisa realizada na Grécia por Liakopoulou e colegas (2008), com o objetivo de comparar a presença de indícios de *burnout* entre 58 indivíduos de dois grupos, pessoal da pediatria oncológica e pediatras de outras especialidades, não foi possível encontrar significância estatística nos dados obtidos.

Ainda que se tratasse de uma realidade na Inglaterra, o editorial da *British Journal of General Practice*, em abril de 2018, (Gerada, 2018) dedicado ao tema do suicídio em médicos, curiosamente aponta para o maior número de médicas mulheres que cometem suicídio, diferentemente de dados obtidos com a população em geral, em que o número de suicídios ocorre com maior incidência em grupo do sexo masculino. Dados que também encontram ressonância em revisão sistemática e meta-análise publicada recentemente (Duarte, El-Hagrassy, Couto, Gurgel, Fregni & Correa, 2020).

A autora Clare Gerada (2018) também médica, fala sobre as dificuldades do contexto do profissional médico que testemunha o sofrimento de pacientes, ouve suas confidências e se depara com sua própria impotência. Além disso, não possuem um lugar seguro para falarem de suas emoções, o que pode levá-los ao *distress* além consultório, o que os deixa vulneráveis e os coloca em risco de depressão, uso indevido de substâncias e até suicídio (Gerada, 2018).

Artigos referentes à saúde de médicos, como a revisão de literatura sobre suicídios na população médica e de estudantes de medicina (Santana, Nathalia Della; Cantilino, Amaury, 2016; Gold & Scwenk, 2020; Palhares-Alves, Palhares, Laranjeira, Nogueira-Martins & Sanchez, 2015) ou ainda artigo sobre a saúde mental do profissional médico (Gracino, Zitte, Mangili & Massuda, 2016) entre outros artigos, observam em suas avaliações a necessidade de medidas profiláticas na formação do médico e a necessidade de desenvolvimento das habilidades sociais e emocionais por parte dos profissionais. Porém, não há menção à religiosidade e espiritualidade por parte desses profissionais, no manuseio dos desafios a que são expostos.

A espiritualidade se mostra como um dos recursos para o *coping* no trabalho de médicos, como na pesquisa realizada em um hospital no Mato Grosso (Barros & Honório,

2015) com médicos que atendem na emergência. Porém os autores não detalham qual a concepção do termo *espiritualidade* utilizada. Em suas formas de enfrentar as dificuldades do trabalho, apresentaram: a inteligência, o uso da espiritualidade, o individualismo e o isolamento como mecanismos mais utilizados pelos profissionais para a mediação do sofrimento no trabalho hospitalar.

Situado o nosso campo de pesquisa, fica claro como o contexto profissional hospitalar é um lugar deflagrador inquestionável de emoções e, em especial, as emoções primárias que dizem respeito a respostas imediatas às ameaças da vida. E a pessoa que arca com a maior parte da responsabilidade nesse contexto é o médico, para quem as expectativas são elevadas, tanto por parte da equipe como de familiares do paciente e do próprio paciente. É ele quem possui em suas mãos a responsabilidade das decisões a serem tomadas, além de outras demandas, como administrar relacionamentos das equipes e lidar com infraestruturas limitadas, falta de insumos etc.

As pesquisas apresentadas trazem luz sobre a realidade desafiadora vivida pelos médicos que atuam no contexto hospitalar e evidenciam a importância e a necessidade de um olhar mais atento a esses sujeitos.

Outro estudo, não menos importante, que motivou o desenvolvimento deste trabalho foi o realizado para apresentação da tese de livre docência do Professor Geraldo José de Paiva (2000), na Universidade de São Paulo e publicado em livro com o título *A religião dos cientistas, uma leitura psicológica*. Paiva (2000) através de entrevistas semidirigidas tomou como ponto central a religião e a ciência no espaço de vida dos entrevistados. Todos que fizeram parte da amostra possuíam o título de doutores e eram dedicados em tempo integral à docência e à pesquisa. O total da amostra participante foi de 26 entrevistados e das áreas de conhecimento das ciências exatas, biológicas e humanas.

Os entrevistados em geral apresentaram a religião em seus espaços de vida (com exceção de 3 entrevistados). Os conflitos, quando apresentados eram mais no que diz respeito a religião “dogmática, de encomenda, estreita, não como religião ampliada” (Paiva, 2000, p.126).

Duas importantes observações a serem levada em conta feitas por Paiva (2000), foram: o fato de o conceito da ciência ser mais amplamente compartilhado (ainda que diversos) enquanto a religião possui maiores variações; e o fato de vários entrevistados, no decorrer da entrevista, demonstraram estar elaborando o conceito da religião e sua relação com a ciência.

Com o objetivo de apresentar os dados obtidos nas entrevistas de forma sintética Paiva (2000) organizou arranjo esquemático em 4 grupos . O primeiro, não apresenta a religião no

espaço de vida e não demonstram conflito entre os campos já que a religião não possui potencialidade epistêmica. A religião é apresentada como presente nos outros grupos e tomada como ao lado da ciência, com ação psicológica ou psicossocial de consolo e valores sociais compartilhados. Um segundo grupo que possui a religião em seu espaço vital, mas não a veem bem como uma dimensão relevante. Estes dois primeiros grupos foram formados por entrevistados da área de física e história.

Para o terceiro grupo, formado por maior parte de pesquisadores da área biológica, a religião e a ciência coexistem no espaço de vida, mas sem comunicação entre elas. O quarto grupo, formado por entrevistados da história, as áreas da ciência e da religião são tomadas como ligadas e permeáveis, tornando-se complementares.

Na maioria dos entrevistados, Paiva (2000) encontrou disposição em discorrer sobre o tema religioso. Afirmaram também que não haviam refletido sobre a relação entre religião e ciência, por provavelmente não se tratar de um tema central de preocupação pessoal. A religião foi tomada como algo de foro íntimo ou de consciência individual e não houve reconhecimento da religião como valor de conhecimento colocando-a no domínio afetivo.

A pesquisa de Paiva, apresentou entre seus principais achados a inexistência de conflito epistemológico e psicológico entre ciência e religião no plano consciente e conflitos no plano psicológico inconsciente. Também apontou processo de secularização em desenvolvimento apresentado na desfiliação à instituição religiosa, mas sem a rejeição do religioso.

A seguir, no Capítulo 2, serão apresentados os tópicos teóricos básicos utilizados na tese, que são contemplados em estudos da Psicologia Social como as crenças, atitudes que estão entre seus temas clássicos. Os temas da Psicologia Cognitiva da Religião, área em pleno desenvolvimento e de grandes desafios em terreno brasileiro (Esperandio, Zangari, Freitas & Ladd, 2019) que se utiliza de teorias da área das ciências cognitivas para o estudo dos processos envolvidos nos comportamentos religiosos. A presente tese enfoca processos mentais conscientes, mediadores entre estímulo e resposta, envolvidos no *coping* religioso (Paiva, 2007; Barrett, 2007), além de aspectos psicossociais.

Capítulo 2

TÓPICOS ABORDADOS

Neste capítulo serão tratados os tópicos da Psicologia Social e da Psicologia Cognitiva que serviram de base para a construção e análises feitas nesta tese: *coping*, emoções, crenças e atitudes, com vistas ao entendimento de como médicos lidam com suas emoções em seu contexto de trabalho hospitalar.

2.1 *Coping* Religioso

O termo *coping*, foco central do trabalho como mencionado anteriormente, em português pode ser traduzido por “enfrentamento”, “manejo” ou “lidar com” o stress. Porém esses termos não expressam a complexidade que a palavra em inglês *coping* abarca, pois esta envolve também a atitude de fuga, evitação ou negação do estressor (Panzini, 2007), razão pela qual permaneceremos utilizando o termo em inglês.

Antes de adentrarmos propriamente no tópico *coping*, é importante fazermos a observação salientada por Vasconcellos (1992) sobre a necessidade de uma definição clara de stress que não se acomoda ao uso popular do termo, para então passarmos ao seu enfrentamento ou manuseio, o *coping* propriamente dito.

Ao apresentar o modelo *psiconeuroendócrino* de stress, Vasconcellos (1992) aponta para um importante esclarecimento sobre o termo usado de forma tão indiscriminada, retomando a distinção dos termos *distress* e *eustress* defendida por Hans Selye, médico endocrinologista que introduziu o conceito de stress na área de saúde.

Os organismos apresentam reação ao estímulo *stressor*, um estado alterado como reação, e mesmo que seja uma ativação exagerada a “reação é normal e o comportamento é adaptativo natural em qualquer organismo vivo” (Vasconcellos, 1992, p. 148). Nesse caso se trata de uma reação positiva ao *stressor*, saudável e natural, o organismo retorna a sua homeostase processo denominado *eustress* o “stress bom” (do grego “eu” que significa “bom”).

Por outro lado, o *distress*, o “mau stress” (do grego “dis” que significa “mau”) ocorre quando o estado de alerta perdura por certo tempo e não há a capacidade de voltar ao repouso para a recarga de energia, levando o organismo a alterações de suas atividades orgânicas e a patologias (Vasconcellos, 2017).

Outro ponto importante a ressaltar citado por Vasconcellos (1992) e pertinente ao desenvolvimento da pesquisa é o fato de o fenômeno psicofisiológico do *stress* “ocorrer não apenas quando o organismo é exposto ou solicitado por um *stressor* exógeno, mas também por *stressores* endógenos como traumas, conflitos, ideias, lembranças, fobias, neuroses, sentimentos, pensamentos, pulsões, necessidades afetivas” (Vasconcellos, 1992, p. 147).

O principal estudioso que vem se ocupando com o tema do *coping* religioso frente ao *stress* é Kenneth Pargament (1997), autor de um livro totalmente dedicado ao tema, intitulado *A Psicologia da Religião e Coping, teoria, pesquisa e prática*¹⁹ (1997), que toma como ponto de partida a teoria do *stress* e *coping* desenvolvida por Lazarus e Folkman (1984).

Em uma perspectiva cognitiva comportamental, Richard Lazarus e Suzan Folkman, autores do livro *Stress avaliação e coping*²⁰ (1984), estão entre os pioneiros do estudo do *coping* não religioso. Ambos definem o processo de *coping* como “a mudança constante tanto cognitiva, quanto comportamental, empenhada para lidar especificamente com demandas internas e/ou externas que são avaliadas como impostas ou que excedem os recursos da pessoa” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141).²¹

Levando-se em conta essa definição, o artigo recente de revisão de literatura (Dias & Pais-Ribeiro, 2019) sobre o modelo de *coping* de Lazarus e Folkman, no qual os autores afirmam em sua conclusão de que a proposta apresentada pelos pesquisadores ainda é uma ferramenta atual importante para entender as implicações do *coping* e atentar a possíveis intervenções para auxílio dos indivíduos a lidarem com o *stress*.

O processo do *coping* segundo Lazarus e Folkman (1984, p. 53) envolve duas formas de avaliação: primária e secundária. Primária é a avaliação feita no primeiro contato com a situação, realizando juízo se esta é irrelevante, benigna ou estressante, podendo ser prejuízo (perda) ou desafio. É importante lembrar que essa avaliação provoca emoções juntamente com a percepção.

A avaliação secundária envolve os processos que levam em consideração o que há de disponível ao indivíduo, o que pode e deve ser feito, ou seja, quais as opções de enfrentamento. Na avaliação secundária o indivíduo elege qual a forma de *coping* a ser usada a partir dos estudos de Bandura (1997) sobre expectativas da autoeficácia. Lazarus e Folkman (1984)

¹⁹ Traduzido do original em inglês: “The Psychology of Religion and Coping, theory, research, practice”

²⁰ Traduzido do original em inglês: “Stress, appraisal e coping”

²¹ Traduzido do original em inglês: “We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.” (Lazarus & Folkman, 1984).

afirmam que tais expectativas são parte da avaliação secundária, que além de incluir a avaliação de opções de alternativas de *coping*, influenciam a emoção e o *coping*.

Outro elemento importante a se considerar na teoria desenvolvida por Lazarus e Folkman (1987) é que se trata do “modelo transicional” de *stress* e *coping*, que “apresenta a avaliação cognitiva do estímulo *stressor* como mediador da relação entre variáveis individuais e estratégias de *coping* utilizadas, que por sua vez influencia vários resultados”²² (Newton, McIntosh, 2010, p. 39). É, pois, um processo ativo, dinâmico, processo de relação entre o indivíduo e o ambiente e que se modifica ao longo do tempo envolvendo então avaliações cognitivas que são intermediárias entre crenças e estratégias de *coping*. A avaliação cognitiva não deve ser confundida com a simples percepção, pois envolve importantes aspectos influenciadores do indivíduo como descritos a seguir.

Os aspectos influenciadores individuais na avaliação pessoal do *coping* descritos por Lazarus e Folkman (1984) são o compromisso e as crenças. O primeiro - compromisso (*commitment*) - está na base das decisões do indivíduo e expressa o que de fato é importante para ele, o que lhe dá significado e justifica o uso do termo compromisso (*commitment*) por este demonstrar uma ordem mais alta de processos cognitivos e sociais enfatizados na teoria da avaliação cognitiva, e isto envolve uma qualidade persistente de motivação. O compromisso possui qualidade motivacional-emocional.

As crenças (*beliefs*), o segundo aspecto influenciador na avaliação do *coping*, são noções pré-existentes sobre a realidade e servem como lentes perceptuais que são formadas individualmente, cognitivamente e culturalmente compartilhadas. As crenças são afetivamente neutras, elas não necessariamente contêm componentes emocionais, mas podem eventualmente conter emoções ou regular as emoções. Folkman deixa evidente a importância das crenças em dois trabalhos: ao apresentar as emoções positivas no processo de *coping* (Folkman, 2008), e ao tratar os paralelos existentes entre *coping* e esperança (Folkman, 2010).

Lazarus e Folkman (1984) também enfatizam a importância da crença do controle pessoal sobre o *stressor*, que é formada principalmente por um fator pessoal ou pelas contingências da situação e exerce um papel muito importante no quanto a pessoa se sente ameaçada. A crença do indivíduo em sua própria habilidade de controlar o evento é ponto extremamente importante, ainda que seja específico, realista ou até ilusório e influencia no

22 Traduzido do original em inglês: “It features cognitive appraisals of a stressor as mediators of the relations between individual difference variables and coping strategies used; these strategies then influence various outcomes” (Newton, McIntosh, 2010, p. 39).

modo como o evento é avaliado e qual será a ação de *coping*. Retomarei a crença como tema importante na psicologia cognitiva um pouco mais à frente ainda neste capítulo no trabalho.

Pargament (1997) acrescenta a avaliação terciária às duas primeiras referidas por Lazarus e Folkman, envolvendo coração e mente, pois para entender como o indivíduo irá lidar com situações difíceis é necessário conhecer não somente a situação, mas o sistema de significados e recursos do indivíduo que influenciarão a tomada de decisão, ou seja, a avaliação terciária envolve a interação das diversas forças presentes no *coping*.

As decisões no processo de *coping*, segundo Pargament (1997), são feitas com alguma medida de análise e intuição, lógica e emoção, incluindo também processos conscientes e inconscientes, e entre eles, a religião. Ao especificar o mecanismo do *coping* religioso e as formas de conservar e transformar significados para o indivíduo, Pargament questiona que se trata de observações também aplicáveis ao *coping* não religioso e descreve sua posição sobre a contribuição distinta da religião: “Eu acredito que a religião oferece resposta ao problema da insuficiência do humano”²³ (Pargament, 1997, p. 310). A religião possui a solução mais básica para a crise existencial, quando se enfrenta a finitude e a limitação do ser humano, dessa forma, o sagrado oferece algo distinto (Pargament, 2002).

Um exemplo desta insuficiência do humano fica evidente na Teoria da Gestão do Terror (TMT) quando a religião se apresenta na cognição, na capacidade singular humana da consciência presente da morte. A religião provê significado literal através das crenças sobre vida eterna e sobre o simbólico através da comunidade a que o indivíduo pertence (Vail *et al.*, 2010).

Fontes (2018) descreve os pressupostos envolvidos na postura de Pargament de forma bem completa:

reconhece o potencial de forças externas e internas do indivíduo, mas que também reconhece o potencial humano de transcender as circunstâncias pessoais e sociais, e propõe-se, com a psicologia da religião, a abrir novos caminhos pelo aprofundamento e enriquecimento de nossa compreensão, tanto do *coping* quanto no da religião (Fontes, 2018, p. 302).

4 Traduzido do original em inglês: “I believe religion offers a response to the problem of human insufficiency” (Pargament, 1997, p. 310).

A religiosidade então se dá de forma ampla, é um fenômeno multidimensional e pensamentos, sentimentos, ações e relações são parte da experiência religiosa. “Enquanto diferentes visões das religiões dão diferentes soluções para os problemas, cada religião oferece uma forma de chegar a um acordo com relação às tragédias, aos sofrimentos e aos temas de maior significado na vida”²⁴ (Pargament, 1997, p. 12).

Ainda em relação à posição de Pargament (1997), o essencial da religião, além do sagrado que é o ponto central no qual ela se orienta, é a busca de significado²⁵ (p. 31), referindo-se àquilo que é importante para o indivíduo, para a instituição ou para a cultura, aquilo com o que o sujeito se importa. A religião provê um sistema que organiza, orienta, dá forma à busca de significado, inerente ao ser humano, de várias maneiras. Sendo assim, a religião oferece um quadro de referência, como um sistema de orientação, uma forma geral de ver e lidar com o mundo formado a partir de recursos e fardos adotados pelo sujeito.

Segundo Pargament (1997), a partir da perspectiva teísta em que envolve o relacionamento com a divindade, a responsabilidade de ação e o controle do indivíduo no processo de *coping* pode se dar de diferentes formas conforme a ação e empenho investido no processo. Pargament diferencia os estilos dependendo do *locus* de controle da ação: *autodireção* (*self-direction*) ocorre quando o indivíduo é mais ativo e Deus mais passivo no *coping*; *delegação* (*deferring*), quando o indivíduo passivamente espera que Deus solucione os problemas, dando total responsabilidade a Deus; o estilo de *colaboração* (*collaborative*), em que ambos são ativos, Deus e o indivíduo são corresponsáveis na resolução do problema; e por último, o estilo de *súplica* (*pleading ou petitionary*) quando o indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus mediante petições de intervenção.

Em relação ao *coping* religioso ser bem-sucedido segundo Pargament, é necessário que seus elementos que se influenciam dinamicamente, o individual (crenças, por exemplo), o social e o situacional estejam operando de forma fluida e coordenada. A fim de possibilitar uma avaliação mais objetiva do *coping* religiosos Pargament desenvolveu escalas que avaliam os estilos de *coping* religioso e espiritual que podem ser classificados em positivos e negativos (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998; Panzini, 2004; Esperandio, Escudero, Fernandes, Pargament, 2018). Evidências apontam o maior uso do *coping* positivo comparado ao negativo

24 Traduzido do original em inglês: “While different religions envision different solutions to problems, every religion offers a way to come to terms with tragedy, suffering, and the most significant issues in life” (Pargament, 1997, p. 3)

25 Traduzido do original em inglês: “Yet there is more to religion than the sacred. Religion is also oriented to significance. By significance, I am referring to what is important to the individual, institution or culture- those things we care about.” (Pargament, 1997, p. 31).

em diferentes amostras e em diferentes situações de stress. Estratégias de *coping* positivo estiveram associadas a melhor saúde mental enquanto o negativo foi associado a pior saúde mental e física.

Outro construto importante trabalhado por Pargament, Exline e colegas são os lutas ou conflitos espirituais (*struggle*) “quando algum aspecto da crença, prática ou experiência em relação ao RS torna-se um foco ou fonte de angústia ou conflito interno” (Abu-Raiya, Pargament, & Exline, 2015) ²⁶. Podendo envolver, dúvidas relacionadas a Deus, à fé e ao grupo social religioso a que pertence, trazendo como consequência o empobrecimento da saúde física e mental. Os conflitos podem ocorrer de três formas: interpessoal, intrapessoal e supranatural. (Abu-Raiya et al., 2015; Exline, 2002; Dworsky, Pargament, Wong, & Exline, 2016).

Quanto às esferas envolvidas no *coping*, Paiva deixa claro o seu alcance:

Certamente, as pessoas cujo enfrentamento “religioso” tem a natureza de um enfrentamento ‘sagrado’ mobilizam cognições, motivações, pulsões que dispõem uma nova configuração da existência e pode atingir, mediante o sistema imunológico, a faixa do biológico no homem. (Paiva, 2007, p. 5).

Em seus postulados, Lazarus e Folkman (1984) apresentaram a emoção no processo do *coping* quando o indivíduo é confrontado com duas formas de focar o problema: focar objetivamente o problema em si, em sua solução, ou focar nas emoções que foram provocadas pelo problema, o que sugere o estilo de *coping* do indivíduo. (Hood, Spilka, Hunsberg e Gorsuch, 1996, p. 378).

Folkman e Lazarus (1988) também afirmaram que as emoções são como mediadores do *coping*, geradoras de outras emoções e provocadoras de mudanças entre antecedentes e resultados no processo de *coping*, ainda que o foco de seus estudos seja unidirecional, afirmam que “a relação entre emoção e *coping* em encontros *stressantes* é bidirecional, com cada um afetando o outro.”²⁷ (p. 466) Moderadores são por eles considerados as condições antecedentes ao *coping*, como gênero, status sociais, traços de personalidade e fazem parte da avaliação como sustentadores das respostas emocionais.

²⁶ Traduzido do original em inglês: “When some aspect of belief, practice, or experience regarding RS becomes a focus or a source of distress or internal conflict” (Abu-Raiya et al. 2015).

²⁷ Traduzido do original em inglês: “the relationship between emotion and coping in stressful encounters is bidirectional, with each affecting the other”.

2.2 Emoções básicas

O processo de *coping* envolve as emoções, como já mencionado. Apesar de não ser o foco central deste trabalho, o processo que provoca as emoções, e nem tão pouco sua fisiologia, mas sim o modo de lidar psicologicamente com as emoções de tristeza, medo e raiva, apresento neste tópico uma breve descrição do estudo das emoções para contextualizar sua categorização e seus modos de expressão.

A origem da palavra emoção vem do latim “*emovere, emotum*” (arrebatar, sacudir) e “*movere*” (mover-se). Nos dicionários dos séculos XVII e XVIII foi abordada em termos de “movimento”, mas é importante ressaltar como afirma Belzung (2007) que também implica o “movimento da alma” subjetivo, produzem mudanças psíquicas e comportamentais e evocam um estado e abalo.

As emoções são geradas a partir de estímulos no nosso mundo, das relações com os outros e conosco mesmos. Elas nos conectam com os outros e medeiam as nossas relações. “As emoções expressam nossas necessidades ou desejos. Quando problemas acontecem em nossas relações, emoções surgem para ajudar a consertar estes problemas.”²⁸ (Grecucci, Job & Frederickson, 2017, p. 5) As emoções não são meras respostas, reações baseadas na percepção como a dor, a percepção de temperatura ou ainda a necessidade de algo, como a sede ou fome. As emoções variam de diferentes formas como valência, duração.

Definir o que são emoções pode parecer uma tarefa fácil, afinal trata-se de algo bem presente em nossa experiência cotidiana. Contudo, há diferentes posições quanto à sua ocorrência. Com o objetivo de clarear o caminho percorrido na pesquisa, de forma sucinta, apresentarei algumas posições teóricas sobre o tema da emoção.

Entre as diferentes perspectivas, há a *jamesiana*, ou também chamada de James-Lang, que considera a ocorrência da emoção quando o indivíduo primeiro percebe um estímulo que provoca uma reação fisiológica para então este passar a sentir algo, a emoção em si. Ou seja, as pessoas distinguem suas emoções baseando-se na configuração exata das reações físicas vivenciadas no corpo. Esta foi a posição mais aceita na primeira metade do século XX. E desta visão decorreu o conceito de *feedback* facial, uma movimentação dos músculos levaria a estimular a emoção. Em um dos experimentos realizados o sujeito ao morder um lápis,

²⁸ Traduzido do original em inglês: “When problems happen in our relationships, emotions arise to help us fixing such problems”.

provocaria a movimentação dos músculos do rosto como se estivesse sorrindo, o que eliciaria a emoção de alegria, felicidade (James, 1884; McIntosh, 1996). Seguindo a perspectiva Jamesiana, não poderia deixar de citar o conhecido neurocientista português Antônio Damásio (2012).

Com o desenvolvimento das pesquisas sobre emoção, outra teoria importante surge, denominada psicoevolucionista, segundo a qual as emoções existem hoje por terem sido promotoras de respostas adaptativas ao meio (Plutchik, 2001). Entre essas emoções há as que são similares em sua expressão facial em diferentes culturas, ou seja, um conjunto finito dos estados emocionais, muitas vezes conhecidos como emoções básicas. Já a teoria social da emoção dá ênfase ao papel que as emoções representam em seu contexto social, pois elas mantêm os vínculos sociais e é nesse contexto que se dá a apreensão das emoções mais complexas, apreendidas através da cultura.

Quando falamos de emoções, fenômeno que envolve processos multivariáveis do ser humano, cabe lembrar sua complexidade, como fica evidente no trabalho feito por Fabiano Koich Miguel (2015) sobre o funcionamento das emoções. Esse autor propõe em seu trabalho a integração de diferentes teorias das emoções considerando aspectos cognitivos da avaliação do evento eliciador que provoca reações emocionais (fisiológicas, comportamento e impressão subjetiva) e retroalimentam as interpretações. A partir disso Miguel (2015) apresenta características das expressões das emoções que podem se dar de diferentes formas como por exemplo, variações vocais, expressões gestuais e expressões faciais.

Poderíamos dizer que atualmente os estudos das emoções têm se dado em três vertentes. Uma delas seria a que se interessa pelas expressões músculo-facial, que teve maior visibilidade nos trabalhos a partir do pesquisador Paul Ekman, (Keltner & Ekman, 2000) e se popularizado através de seus livros de auto-ajuda, entre eles *Contando mentiras, pistas para enganar no mercado, política e casamento*²⁹ (2021) e *Emoções reveladas, compreendendo rostos e sentimentos*³⁰ (2003 e 2007), suas teorias que o levaram a ser consultor da série *Engana-me se puder*³¹ (2009) e do longa-metragem *Divertidamente*³² (2015).

Trabalho acadêmico que partiu desse olhar foi o realizado em um hospital por Mjaaland et al. (2011), por meio de 96 vídeos de consultas médicas em hospital geral, com o objetivo de buscar dicas de emoções negativas nas expressões faciais. Concluiu-se que são poucas as

²⁹ Traduzido do original em inglês: “Telling lies, clues to deceit in the marketplace, politics and marriage”.

³⁰ Traduzido do original em inglês: “Emotions Reveled, understanding faces and feelings”.

³¹ Título original em inglês: “Lie to me”.

³² Título original em inglês: “Insid out”.

expressões de emoção negativa demonstradas e a maioria são bastante sutis, levando à necessidade de melhor treino por parte dos médicos a fim de estarem mais sensíveis à realidade emocional de seus pacientes.

Outra vertente seria a que se dedica ao funcionamento fisiológico das emoções e patologias, como apresenta o livro *Avanços em regulação das emoções: da neurociência à psicoterapia*,³³ de Alessandro Grecucci, Remo Job e Jon J. Frederickson (2017).

Há ainda a abordagem cognitivista, que não desconsidera totalmente as posições mencionadas anteriormente, mas enfatiza a avaliação cognitiva do indivíduo. Desse ponto de vista, o pensamento influencia a emoção. E a partir dessa perspectiva o psicólogo Richard Lazarus mapeou o terreno das emoções em dois de seus livros: *Emoção e Adaptação*³⁴ (1991) e *Stress e emoção, uma nova síntese*³⁵ (1999). Ao discorrer sobre a importância das emoções, ele afirma que as relações emocionais são reveladoras sobre as pessoas em vários sentidos: na sua relação com o meio e vida geral, na sua relação com a vida na área física e social (Lazarus, 1991).

Em seu último artigo, com que se ocupava uma semana antes de falecer, após mais de 50 anos dedicados ao estudo do *coping* e emoções, Lazarus (2006) reafirma sua posição quanto às emoções serem o que melhor expressa a total adaptação ou integridade da pessoa e merecem, portanto, dedicação dos pesquisadores para melhor entender o indivíduo, e não em partes separadas das funções humanas.

Emoções são complexas, modeladas, reações orgânicas para o que pensamos em nossos esforços na vida para sobreviver e florescer e para alcançar aquilo que queremos para nós mesmos. Emoções são um processo como qualquer outro construto psicossociobiológico e expressam o significado íntimo e pessoal sobre o que está acontecendo na nossa vida social e ainda combina motivação, cognição, adaptação e processos fisiológicos em um único estado que envolve vários níveis de análise.³⁶ (Lazarus, 1991, p. 6)

³³ Título original em inglês: “Advances in Emotion Regulation: from Neuroscience to Psychotherapy”.

³⁴ Título original em inglês: “Emotion and Adaptation”.

³⁵ Título original em inglês: “Stress and Emotion a new synthesis”.

³⁶ Traduzido do original em inglês: “Emotions are complex, patterned, organismic reactions to how we think we are doing in our lifelong efforts to survive and flourish and to achieve what we wish for ourselves. Emotions are like no other psychosociobiological construct in that they express the intimate personal meaning of what is happening in our social lives and combine motivational, cognitive,

Ao tratar da discussão quanto aos benefícios, ou não, das emoções, Lazarus faz uso da distinção da fonte da avaliação benéfica ou prejudicial conforme a relação pessoa-meio, ou seja, o que gerou a emoção. Eis a divisão proposta por Lazarus: emoções incongruentes com o objetivo (*goal-incongruent emotions*), emoções congruentes com o objetivo (*goal-congruent emotions*) e emoções problemáticas (*problematic emotions*). As emoções incongruentes com o objetivo são as emoções negativas: raiva, medo-ansiedade, culpa-vergonha, inveja-ciúme e desgosto. As emoções congruentes com o objetivo são as emoções positivas: felicidade/alegria, orgulho, amor/afeição e alívio. As emoções problemáticas são: esperança, compaixão e emoções estéticas e religiosas.

As emoções negativas levam a um estreitamento do foco na sua causa, e a evitação pelo desconforto gerado no momento de sua experiência. Porém é evidente que estas emoções cumprem um papel importante na preservação e sobrevivência da espécie humana, o que levou ao Professor Barros (Barros, 2020) escrever seu livro sobre o tema, de forma aplicada às relações diárias cujo título é: *O lado bom do lado ruim, como a ciência ensina a usar a tristeza, o medo a raiva e outras emoções negativas a seu favor*.

Ainda no mesmo livro, *Emoção e Adaptação*, Lazarus (1991) dedica um capítulo ao tema do *coping* e deixa clara a premissa básica de sua teoria cognitiva-relacional-motivacional da emoção presente no *coping*: a reação emocional ocorre naquilo que nos é importante, na realidade ou em nossas hierarquias de objetivos individuais. A relação pessoa-meio está em mudança constante juntamente com as emoções geradas, tornando assim as emoções um processo, lembrando que essas mudanças também podem ser frutos de processos de *coping*. O autor então prossegue descrevendo o envolvimento cognitivo e motivacional nas emoções e em sua influência na avaliação do *coping*.

Para Lazarus o estado mental ideal é a integração harmônica dos três construtos: cognição, motivação e emoção (Lazarus, 1991, p. 131) ainda que as emoções sejam tema amplo e raramente ocorram de forma isolada, o autor toma as emoções de forma individual para melhor entendimento. Em relação à sua postura, passaremos a uma breve descrição das emoções em foco no presente trabalho: raiva, medo e tristeza.

A raiva é a emoção considerada mais poderosa e com profundo impacto nas relações pessoais. O medo é despertado frente a um evento causado no ambiente ou pessoa, que é avaliado como uma ameaça gerando incerteza e falta de controle resultando em uma reação de

adaptational, and physiological processes into a single complex state that involves several levels of analysis”.

fuga (p. 157). A tristeza foi considerada por Lazarus uma emoção obscura e normalmente ligada a perda de alguém amado, ou quebra, falha de algo imbuído de valor ou papel central na vida do sujeito.

A tristeza e o medo são estados mentais de curta duração, segundo Leventhal e Spring (2008), “Medo e tristeza são temporários porque a sobrevivência última depende da redução destes estados negativos para que o indivíduo recupere o comportamento normal associado com a recuperação do acesso a reforços positivos” (p. 763).

As emoções básicas são consideradas as emoções que estão presentes no ser humano em diferentes culturas, não são emoções que precisam de interferência social de aprendizagem; e que fazem parte do “*hardwiring*” humano. São voltadas para tarefas fundamentais indicando que se trata de reações subcorticais em apoio à teoria de Darwin. É a partir dessas emoções que ao redor do primeiro ano de vida, a criança passa a apresentar outras emoções, através do desenvolvimento e aprendizagem social. Quando essas se tornam complexas e se entrecruzam.

Há divergências entre os autores sobre quais e quantas seriam as emoções básicas. O psiquiatra Plutchik (2001) por exemplo, elenca oito emoções, já Ekman, seis e Izard, onze, (Vikan, 2017). Porém as emoções centrais da pesquisa, a tristeza, o medo e a raiva fazem parte de todas essas listas. As três emoções também são tomadas como primárias pelo neurocientista António Damásio (2012). São emoções que indiscutivelmente fazem parte da própria espécie e são as mais resistentes à mudança ou controle quando comparadas com as emoções aprendidas a partir do contato social, segundo Lazarus (1991).

O trabalho desenvolvido por Lazarus quanto às emoções se deram sob a perspectiva de que a emoção é um processo, processo de *coping*, e deve ser entendida e estudada a partir de tal e é a proposta tomada pela presente pesquisa, como processo em movimento, mencionado anteriormente, como processo transacional, provocador e provocado, como veremos relatado nas entrevistas.

2.3 *Coping* e Regulação das Emoções

As emoções mencionadas acima são de fato reações internas complexas que exigem do indivíduo determinada atitude ou controle para melhor se adaptar ao meio social em que está inserido.

A fim de analisar a emoção humana, a primeira edição do livro *A natureza da emoção: questões fundamentais* (1994), organizado por Paul Ekman e Richard J. Davison, reuniu 24 teóricos da emoção que se dedicaram a refletir sobre 12 questões referentes ao tema. Uma das

questões elencadas foi: “Podemos controlar as emoções?” As primeiras colocações feitas por parte de James R. Averill são importantes como pontos de partida para este trabalho.

No que se refere à regulação das emoções, para Averill (1994, p. 265), inicialmente é necessário esclarecer qual das três formas emocionais estamos focando: a síndrome emocional, o estado emocional ou as reações emocionais. A síndrome emocional, como conhecida pelo senso comum, é tudo que implica subjetivamente quando uma pessoa afirma ter determinada emoção, ou seja, aquilo que descreve e prescreve aquela emoção. O estado emocional, de relativa curta duração e reversível, diz respeito às ações decorrentes da emoção. Este trabalho tem como foco a terceira forma, chamada de reações emocionais por Averill, que inclui expressões faciais, mudanças fisiológicas e experiência subjetiva juntamente com a segunda forma, o estado emocional.

O pesquisador, que há muito se destaca no campo da regulação emocional é James J. Gross, professor de psicologia e atual diretor do Laboratório de Psicologia da Universidade de Stanford e editor das duas edições do *Manual da Regulação da Emoção*³⁷ (2009, 2014). Antes de prosseguirmos, é necessário ressaltar a distinção feita por Gross (1998) com respeito ao *coping* e à regulação das emoções em seu trabalho que marcou o início da área. Para ele a tradição psicanalítica bem como a defesa do ego e o estudo do stress e do *coping* são precursores do campo da regulação das emoções. Argumenta também sobre a diferenciação do estudo do *coping* e a regulação das emoções, afirmando que o estudo do *coping* tem como preocupação a adaptação e processos conscientes, tendo como foco a situação stressora, enquanto os estudiosos da regulação das emoções enfatizam que as emoções positivas e negativas podem ser reguladas, apontando então para uma tênue distinção entre esses campos. Porém, Gross também afirma que os estudiosos da regulação das emoções emprestam muito do construto da tradição dos estudos do stress e *coping*.

Algumas diferenças apontadas por Gross (1998), entre regulação e *coping* às emoções, estão no fato de a literatura sobre o processo de *coping* não possuir menção da manutenção ou a intensidade das emoções; que as emoções negativas e positivas podem ser reguladas; e a expressão e experiência delas podem ser o foco do processo a ser estudado. A regulação das emoções também envolve mudanças em como as respostas correspondentes são inter-relacionadas na forma como a emoção se desenrola. Como, por exemplo, quando a resposta fisiológica aumenta e há a ausência de comportamento externo (Gross, 1998, p. 275).

³⁷ Tradução do original em inglês: “Handbook of Emotion Regulation”.

Em publicação posterior, Gross (2010), ao falar das novas oportunidades de se estudar as emoções, faz a seguinte afirmação: “Contanto que o escritor seja claro sobre o que para ele ou ela significa emoção, ou qual faceta da emoção está sob investigação, e enquanto o leitor tem sua mente aberta com o que outros querem dizer quando falam sobre (e estudam) emoção, nós podemos fazer um grande progresso” (Gross, 2010, p. 213) Para Gross entre a família das emoções estão: emoção, episódios de emoções e humor. Estes construtos auxiliam no entendimento do campo da emoção, que se faz tão difícil conceituar.

Escolhi circunscrever a pesquisa nos episódios das emoções (conforme mencionado acima), que são relativamente curtos em sua duração e que segundo a definição dada por Gross, incluem cada um de seus protagonistas e todo o evento numa dada cena, incluindo: voz, expressão verbal, experiência e toda resposta autônoma. Tratando-se da área em que os diferentes campos de pesquisas se sobrepõem, usaremos o termo *coping*, por se referir especialmente à forma como o indivíduo maneja as emoções básicas, que ocorrem como um estímulo perturbador que demanda ajuste (regulação) por parte do indivíduo.

O modelo de processo da regulação das emoções de Gross (1999, 2001) inclui estratégias conscientes e não conscientes que são usadas para aumentar, diminuir, eliminar ou manter os componentes de resposta emocional. Ou seja, as respostas psicológicas, sentimentos e comportamentos que constituem a emoção. Gross também aponta a diferença quanto ao momento temporal da estratégia aplicada à mudança da trajetória da emoção: foco antecedente que atua bem cedo na mudança da trajetória da emoção e estratégia focada após a emoção ser gerada.

Diante disso, Gross (2001) postulou cinco grupos de sistemas para mudança do impacto da emoção: seleção da situação, modificação da situação, desdobramento da atenção numa dada direção para mudança das emoções; escolha cognitiva (reavaliação) para qual sentido, significado será anexado; e por último a modulação da resposta através da supressão (Gross, 2014).

Entre vários artigos publicados por James J. Gross gostaria de mencionar aqui o que ele publicou juntamente com Oliver P. John (2004), no qual foi investigado como os indivíduos utilizam *coping* na regulação das emoções, se de forma saudável ou prejudicial.

A partir disso John e Gross (2004) avaliaram, através de cinco estudos, as duas formas de regulação das emoções: regulação cognitiva e supressão. Concluíram que a regulação cognitiva ocorre no início do desencadeamento emocional. Enquanto a supressão da emoção ocorre mais tardiamente após a eliciação e é mais longa, exigindo maior esforço por parte do indivíduo, consumindo maior energia e recursos cognitivos. É importante lembrar que a

supressão também pode criar um sentimento de discrepância emocional, sentimento de incoerência do indivíduo, falta de autenticidade que possibilita o afastamento do grupo social e o sentimento negativo com respeito a si mesmo.

Para tal situação de regulação das emoções, o termo empregado por pesquisadores húngaros (Kovács, Kovács, & Hegedüs, 2010) é o “trabalho emocional” que ocorre nessa dissonância emocional (desajuste entre a emoção sentida e a expressa). Afirmam que “O “trabalho emocional” é descrito como um processo psicológico para regular organizacionalmente as emoções desejadas como parte de um trabalho durante uma transação interpessoal.”³⁸ (Kovács, et al, 2010 p. 855).

A pesquisa de Kovács e colegas (2010) se ocupou em avaliar se havia diferenças entre cuidadores de pacientes oncológicos e cuidadores de outras áreas quanto ao burnout, trabalho emocional e *coping*. E a diferença encontrada entre o grupo controle e os cuidadores oncológicos foi o trabalho emocional, quando o cuidador suprime as emoções negativas e precisa agir demonstrando outras emoções como a simpatia e acolhimento.

Com o desenvolvimento progressivo do interesse em como se dá o *coping* com as emoções, ou a regulação dessas emoções, algumas escalas vêm sendo desenvolvidas. John e Gross (2003) construíram uma escala com 10 itens, que abarca as duas formas já mencionadas acima. A supressão e reavaliação das emoções (regulação cognitiva) conhecida como ERQ - Questionário de Regulação Emocional.³⁹

Vários outros autores têm se dedicado a melhor avaliar esse processo complexo frente às emoções. Na Holanda, por exemplo, Nadia Garnefski e Vivian Kraaij (2007) analisaram a propriedade psicométrica do Questionário Cognitivo de Regulação das Emoções versões completa e breve para adultos e população geral, que inicialmente havia sido direcionado à população adolescente (Garnefski, 2001). Esse questionário é formado por 9 estratégias cognitivas de regulação emocional e se refere ao que o indivíduo pensa após experienciar a emoção em foco. Tendo em vista a validação brasileira, Schäfer e colegas (Schäfer et al., 2018) realizaram análise de sua propriedade psicométrica no Brasil, o então chamado CERQ.

Ainda em relação à regulação das emoções, France e Hollenstein (2017), pesquisadores canadenses, desenvolveram uma forma de acessar o repertório de regulação emocional através

³⁸ Traduzido do original em inglês: “Emotion work is described as the psychological processes necessary to regulate organizationally desired emotions as part of one’s job during interpersonal transactions”.

³⁹ Traduzido do original em inglês: “Emotional Regulation Questionnaire”.

da *Pesquisa da Regulação dos Sistemas das Emoções*⁴⁰ que parte da observação dos três componentes das emoções: cognição, comportamento e excitação psicológica. Com o objetivo de avaliar a sua conexão com o bem-estar. E elencaram seis sistemas distintos de estratégias de controle: distração, ruminação, reavaliação, controle da excitação, supressão e engajamento, confirmando que estes sistemas distintos de regulação das emoções são de grande importância para o bem-estar do indivíduo.

A seguir voltaremos o olhar para o campo de estudo que se ocupa com as emoções na religiosidade que é o ponto central que foco na presente tese.

2.4. Religião e emoções

Estudiosos de diferentes áreas vêm se ocupando com o objeto das emoções tanto na religião, como na religiosidade. Um deles, John Corrigan, historiador americano, é responsável por estudos acadêmicos sobre religião e emoção na área de ciências humanas na Universidade da Flórida no EUA. Tal estudioso foi o editor do *Manual de Oxford da Religião e Emoções*⁴¹(2016). Entre seus estudos, além de focar as emoções em diferentes religiões, também se dedica a temas como violência religiosa, visão política e religião.

Outra autora que também parte de uma perspectiva histórica para o estudo do tema das emoções nas religiões é Erika Wilson, alemã com primeira formação em economia. Residiu por um período nos EUA e no momento se encontra na Alemanha onde é professora de Religiões Comparadas. Em *Emoções espirituais em movimentos religiosos e espirituais*⁴² (2012) apresenta as diferentes formas abordadas sobre as emoções, em contextos religiosos e culturais diferentes.

Gostaria ainda de mencionar Mark Wynn, filósofo da religião, autor do livro *Experiência emocional e entendimento religioso: integrando percepção, concepção e sentimento*⁴³(2005). Cabe lembrar ainda sob o mesmo tema, *Emoções religiosas: uma exploração filosófica*⁴⁴ (2009), organizado por Willem Lemmens, Walter Van Herck. Nessa obra, entre outros, autores encontram-se capítulos de Wynn e Corrigan, mencionados anteriormente.

⁴⁰ Traduzido do original em inglês: “Regulation of Emotion Systems Survey - RESS”

⁴¹ Traduzido do original em inglês: “The Oxford Handbook of Religion and Emotion”.

⁴² Traduzido do original em inglês: “Emotions Spirituality in Religions and Spiritual Movements”.

⁴³ Traduzido do original em inglês: “Emotional Experience and Religious Understanding: Integrating Perception, Conception and Feeling”.

⁴⁴ Traduzido do original em inglês: “Religious Emotions: Some Philosophical Explorations”.

O psicólogo pesquisador dedicado ao tema emoções Daniel N. McIntosh, responsável pelo Laboratório sobre Emoções e *Coping* na Universidade em Denver, propõe em um de seus artigos abordar a religião como um esquema cognitivo, afirmando ser vantajoso tanto para o estudo do *coping*, como para o estudo da religião (McIntosh, 1995, p.171). O esquema cognitivo influencia em como o indivíduo percebe o que é similar à religião e dá um quadro de referências orientador para os eventos e, portanto, pode influenciar como o evento é avaliado e percebido. Especificamente no que diz respeito à Psicologia da Religião os esquemas estão conectados ao conceito de religiosidade intrínseca de Allport e dessa forma serve como quadro de referência, ou poderia se dizer um sistema de orientação no qual o indivíduo experiencia sua vida. (McIntosh, 1995).

Também com a mesma posição, em revisão literária sobre a intersecção entre religião e emoção, os autores Tsai, Koopmann-Holm, Miyazaki e Ochs (2013) assumem a “perspectiva religiosa cultural” (p. 275), tomando a religião como um sistema cultural: as ideias religiosas e práticas provêm significados ou uma forma de entender o mundo, a si próprio e os outros. Definem seu estudo como a *Teoria de Avaliação dos Afetos*⁴⁵ (AVT) que tenta integrar *emoções ideais*⁴⁶, *emoções de fato*⁴⁷ e *emoções evitadas*⁴⁸ em um modelo atual de emoções, analisando-as em dois aspectos: excitação e valência. Tsai e seus colegas (2013) ainda descrevem duas dimensões dos estados emocionais conforme sua excitação: alta excitação positiva, HAP⁴⁹ e baixa excitação positiva, LAP⁵⁰.

Concordando com este posicionamento quanto à religião, Israela Silberman (2003) sugere três formas de o sistema de significado religioso influenciar as emoções. Na primeira forma, a religião prescreve as emoções apropriadas e o nível de intensidade. A segunda forma de conexão influenciadora é a crença a respeito dos atributos de Deus que pode provocar emoções específicas no indivíduo, bem como influenciar as emoções como um todo. Na terceira forma, a religião oferece oportunidade de experienciar emoções únicas e poderosas de aproximação do sagrado (Silberman, 2003, p. 12).

Israela Silberman (2003) tem como tema central: os modelos representativos de papéis em contexto religioso e o ensino de sistemas de significado, segundo a aprendizagem social de Bandura (2008). Silberman (2003) ressalta a necessidade de novas pesquisas sobre o tema em

⁴⁵ Traduzido do original em inglês: “Affect Valuation Theory”.

⁴⁶ Traduzido do original em inglês: “ideal affect”.

⁴⁷ Traduzido do original em inglês: “actual affect”.

⁴⁸ Traduzido do original em inglês: “avoided affect”.

⁴⁹ Traduzido do original em inglês: “high-arousal positive, HAP”.

⁵⁰ Traduzido do original em inglês: “low-arousal positive, LAP”.

outros contextos religiosos. Entre suas afirmações ela diz que a religião “é como outro sistema de significado, religião e espiritualidade pode influenciar a formação de objetivos para regulação do *self*, afetar as emoções e influenciar o comportamento”⁵¹ (p. 10), corroborando com McIntosh (1995). A autora ainda afirma: “Quando religião ou espiritualidade é incorporada ao sistema de significado da pessoa, a concepção do sagrado é conectada às crenças sobre a natureza da pessoa, do *self* e do mundo e de qualquer coisa que aparecer a partir dali”⁵² (Silberman, 2003, p.11).

O artigo recente de Allon Vishkin (2021) dedicado a rever a conexão entre os elementos da regulação das emoções e a religião aponta as emoções desejadas, as crenças no controle das emoções e a regulação das emoções propriamente dita tipo intrínseca (processo originado na própria pessoa) e extrínseca (ocorre a partir do controle externo, do meio social). Entre as estratégias de regulação das emoções inclui a construção de significado (*meaning-making*), através da reavaliação cognitiva. Esta se dá quando envolve a alteração do significado da emoção do evento, algo bastante presente nas religiões, “através da mudança de significado do evento a religião influencia como as pessoas pensam, se comportam e sentem”.⁵³ (Vishkin, Bigman, Porat, Solak, Halperin & Tamir, M., 2016, p.253).

O estudioso Robert Emmons (2005), especialista sobre o tema gratidão, é autor do capítulo dedicado ao tema *Religião e Emoção* no livro *Religião e Subdisciplinas Básicas da Psicologia*⁵⁴ (2003). Nele Emmons apresenta não somente o desenvolvimento histórico das pesquisas sobre o tema, como também pesquisas de diferentes referenciais, apontando as várias formas de conexão entre religião e emoções abordadas por diversos autores e assegura a complexidade do fenômeno emocional e o papel central e importante deste na experiência religiosa. Para Emmons (2005), a maior tendência atual sobre os estudos das emoções na religião está na ênfase na experiência de emoções positivas e esse tem sido o foco de suas pesquisas.

Desejo que meu trabalho coopere, ainda que uma pequena parcela, para preencher a lacuna referente às emoções negativas e a presença da religiosidade. Passemos então aos temas

⁵¹ Traduzido do original em inglês: “Like other meaning systems, religion and spirituality can influence the formation of goals for self-regulation, affect emotions and influence behavior”.

⁵² Traduzido do original em inglês: “When spirituality or religion is incorporated into the meaning system of a person, conceptions of the sacred are connected to beliefs about the nature of people, of the self, of this world, and of whatever may lie beyond it.”

⁵³ Traduzido do original em inglês: “By changing the meaning of events, religion influences how people think, behave, and feel”.

⁵⁴ Traduzido do original em inglês: “Religion and Basic Psychology Subdisciplines”.

preciosos para a psicologia social que desempenham importante papel no processo do *coping*, das crenças e atitudes.

2.5 Crenças e atitudes

As crenças e atitudes são temas clássicos estudados pela Psicologia Social, que ao se debruçar sobre estes construtos, também se entrelaça com o estudo do *coping*, em especial no que se refere às avaliações envolvidas em seu processo.

A palavra crença em sua etimologia possui duas raízes indo-europeias em *kerd-*, em referência ao coração, e em **dhē-*, que refere a colocar; completado com o sufixo-*encia* do latim-*ntia*, como qualidade, carregando a ideia de guardar com afeição. Envolve a convicção de uma verdade, ou alegada verdade (Veschi, 2019).

Alcock (2003) estudioso da crença, afirma que com base em experiências passadas e aprendizados elas nos guiam interpretando e reagindo ao contexto externo. E ainda “as crenças não apenas guiam nossos comportamentos, mas também os motivam.”⁵⁵. (Alcock, 2003, p. 190). Reagimos rapidamente ao mundo externo, em grande parte porque carregamos conosco um conjunto de crenças sobre a natureza do que está ao redor e as possíveis consequências de nossas ações. A crença é vista como elemento chave de desconexão entre as preocupações sobre a sobrevivência individual e coletiva, tema em foco do trabalho de Alcock.

As crenças são formadas de esquemas, estruturas que organizam o conhecimento e influenciam o modo como se percebe o mundo. Os “esquemas são modelos mentais pelos quais organizamos o nosso mundo” (Myers, 2014, p. 53) havendo também os autos esquemas pelos quais organizamos a percepção de quem somos, formando o autoconceito do indivíduo. Cumpre ressaltar que são “crenças sobre si mesmo que organizam e guiam o processamento de informações relacionadas ao self.” (Myers, 2014, p. 53). Dessa forma os esquemas são uma rede organizada de informações mentais que a partir de experiências pessoais e sociais estruturam o sistema de crenças (McIntosh, 2010).

Há também os esquemas religiosos que segundo McIntosh (1995) podem fornecer uma estrutura para a compreensão dos eventos e, portanto, pode influenciar como o observador avalia e organiza os eventos de acordo com a importância dada a seus esquemas. McIntosh (1993) realizou pesquisa com 124 pais que perderam seus filhos por *síndrome da morte súbita*, e verificou que a religião foi relacionada positivamente ao processo cognitivo da perda. Foram

⁵⁵Traduzido do original em inglês: “Beliefs not only guide our behaviors, but also motivate them”.

avaliados três variáveis do processo de enfrentamento: apoio social percebido, processamento cognitivo da perda e encontrar significado na morte. E a presença da religião foi relacionada positivamente com maior bem-estar e menor sofrimento dos pais.

O esquema religioso impõe uma interpretação religiosa dos acontecimentos, além disso, podem fornecer compreensão sobre os eventos de forma muito diferente dos esquemas não religiosos e cumprir uma parte importante no processo do *coping*. Fato já citado anteriormente, por parte de Pargament (1997).

O estudo do *coping* é abordado por Lazarus e Folkman (1984), como fenômeno transacional, mencionado anteriormente: indivíduo e situação *stressora* são mutualmente influenciados no processo. Contudo, Lazarus e Folkman se dedicam a expor as influências de fatores pessoais individuais na avaliação do *coping*, e descrevem duas características determinantes para a avaliação: o compromisso (*commitments*) e as crenças (*beliefs*), como mencionados anteriormente.

Ainda que o termo usado como compromisso (*commitment*) passe por mudanças no decorrer do desenvolvimento dos trabalhos de Folkman (Lazarus & Folkman, 1984), como por exemplo, “compromisso de foco” (*goal commitment*) em artigo posterior, sua presença permanece ao longo de seus trabalhos, apontando a necessidade de que o compromisso precisa estar engajado em um encontro particular para que influencie sua avaliação. “O compromisso também sublinha as escolhas que as pessoas fazem ou estão preparadas a fazer para manter ideias valores e/ou alcançar os objetivos desejados”⁵⁶ (Lazarus, & Folkman, 1984). Os compromissos expressam o que é importante para o indivíduo e o que importa no momento de stress possuindo qualidade de perseverança e estão por trás das escolhas dos indivíduos. Sendo assim, este aspecto da avaliação do *coping*, é formado a partir, pode-se dizer, das atitudes do indivíduo.

As atitudes humanas são um dos temas mais antigos estudados pelos psicólogos sociais. São primariamente avaliação das pessoas, sobre objetos e ideias e são determinantes nas ações humanas (Aronson, Wilson & Akert, 2015). “As atitudes possuem um componente de avaliação em relação a estímulos que são construídos a partir dos afetos, comportamentos e informações cognitivas⁵⁷” (Duff, 2012, p. 96).

⁵⁶ Traduzido do original em inglês: “Commitments also underlie the choices people make or are prepared to make to maintain values ideals and/or achieve desired goals.”

⁵⁷ Traduzido do original em inglês: “Attitudes having an evaluative toward a stimulus that is made up of affective, behavioral, and cognitive information”.

As atitudes com base cognitiva são baseadas em dados, informações que buscam avaliar pontos positivos e negativos de determinado estímulo e envolvem pensamentos, crenças a respeito do objeto. Já as atitudes de base afetiva se baseiam nas emoções e valores e surgem de várias fontes que não somente do exame dos fatos. A base afetiva pode ter sua origem em sensações como também em valores e crenças religiosas tendo a função de expressar e validar o sistema de valores do indivíduo. As atitudes de base comportamental são as atitudes que se referem a nossa observação de como percebemos o objeto que provoca a atitude (Duff, 2012). Essas atitudes remetem à definição de compromisso (commitment), apontada por Lazarus e Folkman na avaliação presente no coping.

Em um dos primeiros trabalhos de Lazarus e Folkman dedicados ao tema *Stress, Avaliação Coping* (Lazarus & Folkman, 1984), ao abordar os fatores pessoais que influenciam o processo do *coping*, há a descrição de dois grupos de crenças: as ligadas ao controle e capacidade pessoal e as crenças específicas do indivíduo sobre os eventos e as crenças que possuem conexão com preocupações existenciais como Deus, destino e justiça.

As crenças voltadas para o controle pessoal possuem ligação com os sentimentos de controle e domínio, ou seja, o quanto a pessoa assume que possui capacidade para o enfrentamento.

Há o esclarecimento por parte de Lazarus e Folkman quanto à semelhança dos compromissos (*commitment*) e as crenças existenciais: o primeiro ajuda a sustentar, a manter os esforços do *coping* e possui um componente emocional-motivacional. Já as crenças existenciais dizem respeito a como as coisas são, independe se o indivíduo goste ou concorde, podendo se tornar emocionais se coincidirem com um valor, um ideal, outra pessoa ou envolver o bem-estar. Porém, as crenças também podem fazer surgir emoções quando se depara com uma ameaça ou regula ou ameniza uma emoção, mas não são carregadas de emoção (Lazarus & Folkman, 1984).

Apresentada a delimitação teórica na qual a pesquisa se situa passo à apresentação do estudo em si, em sua metodologia, resultados e discussão.

PARTE 2

ESTRUTURA DA PESQUISA

CAPÍTULO 3

Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa buscou contribuir para diminuir a lacuna de trabalhos em Psicologia no que diz respeito a uma compreensão mais abrangente dos recursos subjetivos (crenças, atitudes e estratégias de *coping*) utilizados por médicos que trabalham em contexto hospitalar ao lidarem com suas emoções de tristeza, medo e raiva (emoções negativas) suscitadas em sua prática profissional.

O profissional médico possui papel-chave no meio social em que trabalha. Seu bem-estar e disposição/atitudes repercutem não somente no resultado de seu trabalho, mas afeta todo o grupo em que se encontra inserido. O olhar cauteloso para o médico e a promoção de sua saúde consequentemente ocasionarão menores custos à saúde pública e particular e maior efetividade em seu trabalho, melhor realização profissional e como pessoa. E também melhor gestão da equipe de trabalho no hospital. A pesquisa proposta propiciará encontrar subsídios para possivelmente compreender e auxiliar esses profissionais a lidarem com as vicissitudes de sua prática profissional no que diz respeito a desafios pessoais enfrentados cotidianamente no atendimento aos seres humanos.

Na presente tese, especial atenção foi dada à religiosidade e ao possível papel que ela desempenha no processo de *coping* (enfrentamento) à tristeza, medo e raiva por parte de profissionais da Medicina. Ainda que muitas vezes os campos da ciência e da religião são considerados incompatíveis (ou repelentes) pelo senso comum sabemos que pesquisas têm apontado outra realidade. Como os dados obtidos na pesquisa realizada por Paiva (2000), mencionada anteriormente, com acadêmicos das três áreas de estudo humanas, biológicas e exatas que não apresentaram conflitos epistemológicos e nem psicológicos conscientes entre a ciência e a religião. Como também o estudo realizado em amostra americana com 1646 acadêmicos, feito pela socióloga Elaine Ecklund (2009), em que a maioria dos cientistas não apresentaram como conflituosa a relação dos campos da ciência e da religião.

Considerando que carecemos de estudos acerca do enfrentamento de emoções de tristeza, medo e raiva e, em especial, do uso do recurso religioso como forma de *coping* (enfrentamento) para estas emoções, a pesquisa proposta se justifica por propor um estudo empírico do ponto de vista psicológico que pretende diminuir essa lacuna. Adverte-se, contudo, que não se pretendeu fazer apologia do recurso de *coping* religioso, e sim conhecer e compreender sua possível presença e papel no contexto investigado.

3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

3.1 Problemas da pesquisa

A pesquisa proposta buscou responder as seguintes questões centrais em relação ao enfrentamento (*coping*) das emoções negativas por parte de médicos que trabalham em contexto hospitalar.

- Como médicos que atuam em contexto hospitalar lidam com as emoções de tristeza, medo e raiva suscitadas no exercício da profissão e suas atitudes e crenças relacionadas a isso? Eles fazem uso de *coping* religioso para lidarem com essas emoções?

- Como médicos percebem a relação entre religião e ciência? Conflituosa? Parceira ou campos completamente distintos?

3.2 Hipóteses

A primeira hipótese da pesquisa foi a de que médicos, ao enfrentarem as emoções de tristeza, medo e raiva no contexto do trabalho hospitalar, fazem uso de recursos religiosos para o *coping* (enfrentamento) dessas emoções.

A segunda hipótese da pesquisa foi de que médicos que trabalham no hospital não veem conflito entre o campo de estudo religioso e científico.

3.3 Objetivos

A pesquisa foi norteada pelos seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Verificar se e como médicos que atuam em contexto hospitalar utilizam *coping* religioso para lidar com emoções primárias de tristeza, medo e raiva suscitadas em sua prática profissional.

Objetivos Específicos:

a) Investigar que modalidades de *coping* norteadas por crenças e atitudes são utilizadas por médicos que atuam no contexto hospitalar para lidar com emoções de medo, tristeza e raiva suscitadas em sua prática profissional.

b) Verificar, nos casos em que porventura médicos que atuam em contexto hospitalar mencionarem a utilização do *coping* religioso, quais são os recursos religiosos utilizados para lidar com as emoções de tristeza, medo e raiva suscitadas em sua prática profissional no hospital.

c) Identificar, nos casos em que porventura médicos que atuam em contexto hospitalar utilizem recursos religiosos para lidar com as emoções de tristeza, medo e raiva suscitadas em sua prática profissional no hospital, quais são as estratégias de *coping* religioso utilizadas.

d) Verificar se há elemento religioso na supressão emocional ou reavaliação cognitiva no *coping* de médicos que atuam em contexto hospitalar frente a emoções de tristeza, medo e raiva.

e) Verificar a percepção que os médicos que atuam em contexto hospitalar têm da relação entre religião e ciência.

3.4 Método Utilizado

Para o levantamento dos dados, foram realizadas entrevistas em profundidade, na qual há possibilidade do tema em foco a ser tratado, a religiosidade, ficar em suspenso a fim de que surja sem interferência do pesquisador inicialmente. Desta forma a entrevista em profundidade foi realizada de forma que o entrevistado tivesse liberdade de responder abertamente em seu início, buscando-se a presença do tema em foco. E se desenrolou com perguntas subsequentes que afunilaram para o tema em questão caso não houve espontaneamente a menção do mesmo. A seguir foram conduzidas perguntas objetivas, como a perspectiva quanto a ciência e a religião, e foram lida as perguntas referentes a escala DUREL.

3.5 Participantes

Foram convidados a participar como sujeitos no estudo, 16 médicos (8 homens e 8 mulheres) atuantes em contexto hospitalar que já finalizaram sua residência, independentemente de sua especialidade ou instituição de atuação.

3.6 Instrumento

As entrevistas foram desenvolvidas a partir de uma metodologia específica, a entrevista em profundidade (Legard, R., Keegan, J., Ward, K., 2003 e Moré, 2015), cujo roteiro está descrito no Apêndice B. A entrevista se deu em três etapas, inicialmente uma pergunta aberta, sobre como os médicos enfrentam as emoções de tristeza, medo e raiva, quando tais emoções surgem no contexto do trabalho hospitalar. Foi pedido que os médicos relatassem uma experiência marcante a respeito da emoção escolhida. A segunda etapa, caso não houvesse a

menção da religiosidade, foram citadas algumas opções de como lidar com essas emoções e entre estas opções, a religiosidade. E na terceira etapa a religiosidade foi questionada diretamente, se não for mencionada como opção utilizada para o enfrentamento das referidas emoções.

3.7 Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados se deu inicialmente a partir de amostra de conveniência dando início ao processo bola de neve. Ainda que os primeiros profissionais contatados apontassem a dificuldade de se obter dados dos profissionais médicos, não houve grande dificuldade. A maioria foi solícita, de contatados somente 5 não deram sequência ao agendamento para a entrevista. Duas delas por estarem em equipes médicas envolvidas diretamente no enfrentamento da pandemia.

Após a concordância dos entrevistados com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (como será explicitado no item 3.1.8), as entrevistas foram realizadas on-line, devido ao contexto de pandemia em que vivemos no momento da realização. Antes da entrevista, foi enviado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) via *whatsapp* e retornado devidamente preenchido pelos médicos, a fim de que ambos, pesquisadora e entrevistado obtivessem as cópias do documento. Estes dados estão mantidos em sigilo como requer a Resolução nº 510/ 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas seguiram roteiro descrito no Apêndice B e foram realizadas por chamada de vídeo e transcritas *ipsis litteris* devido as vantagens apontadas por Machado (2018) para possibilitarem considerar a riqueza que há nas narrativas descritas em seus detalhes pessoais como o ritmo, pausas, repetições e expressões linguísticas e possibilitar a leitura posterior por outros que desejarem se debruçar sobre os dados levantados. Machado (2018) também alerta o fato de se fazer escolhas de trechos dos relatos, envolverem escolhas e interpretações, ou seja, recortes do conteúdo original.

Em sequência à entrevista em profundidade, foram feitas algumas perguntas de forma direta quanto à perspectiva do profissional sobre os campos da ciência e da religião, com as seguintes opções, da relação entre eles serem: incompatíveis, parceiras ou campos distintos.

Também foram realizadas perguntas referentes à presença de preparo na graduação no que diz respeito às emoções e à religiosidade do médico e como percebiam o trabalho de capelania hospitalar.

Em seguida, foram lidas para os entrevistados as perguntas do instrumento que avalia o índice de religiosidade obtido através de 5 questões da Universidade de Duke, DUREL (Taunay et al, 2012; Moreira-Almeida, 2008; Lucchetti, Lucchetti, Peres, Leão, Moreira-Almeida & Koenig, 2012) e anotadas as opções feitas pelos médicos. Somente um entrevistado não respondeu às perguntas do DUREL devido a falta de disponibilidade de tempo.

Cabe lembrar que o projeto inicial da tese, incluía uma segunda etapa quantitativa, que seria realizada posteriormente às entrevistas, da qual a Escala DUREL faria parte. Porém devido às várias dificuldades impostas pela pandemia, foi feita a opção de deixar para outro momento esta segunda etapa, a fim de que houvesse a devida dedicação às entrevistas.

Ao final do que estava planejado como direcionamento para a entrevista, foi dada liberdade para que os entrevistados fizessem acréscimos que julgassem importantes ou ainda comentários pertinentes à pesquisa.

A realização das entrevistas se deu no período de dezembro de 2020 até julho de 2021 e o tempo de duração variou de vinte minutos até 50 minutos.

3.8 Procedimentos de Análise de Dados / Base Teórica

O roteiro seguido para a análise dos dados encontra-se descrito no Apêndice C. O referencial teórico utilizado para a análise das entrevistas semidirigidas em profundidade foi realizado a partir do referencial teórico das perspectivas: a teoria do *coping* religioso de Kenneth Pargament, a teoria de Richard Lazarus de *coping*, e a teoria da regulação das emoções de James Gross.

As entrevistas foram analisadas a partir dos conteúdos apresentados em seus três momentos: o primeiro momento quando há a pergunta aberta, dando liberdade para o entrevistado responder na direção que escolher no como enfrenta (*coping*) as emoções de tristeza medo e raiva no trabalho profissional; segundo momento, quando há condução de forma sutil na direção do tema desejado, como que dando opções ao entrevistado; e o terceiro momento, quando o entrevistador faz perguntas diretas quanto ao tema objeto de estudo e pergunta sobre como é a percepção da relação entre os campos de conhecimento religioso e científico, preparação na universidade e sua percepção do trabalho de capelania.

3.9 Aspectos Éticos

A pesquisa foi concebida de maneira a não provocar prejuízo considerável de ordem psicológica, social ou orgânica aos participantes. E foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, através da Plataforma Brasil, obtendo sua aprovação de número CAAE 36911220.8.0000.5561 (Anexo).

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) referente ao estudo foram apresentados os objetivos e a relevância da pesquisa, bem como os procedimentos a serem realizados nesse estudo qualitativo, sendo garantido aos participantes o sigilo quanto à sua identidade e o direito de desistirem de participar do estudo a qualquer momento, sem que sofram quaisquer ônus ou prejuízo. Ficou claro, também, que os participantes não receberiam compensação financeira alguma por sua participação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi devidamente assinado pela pesquisadora e enviado on-line para o participante, que o reenviou a pesquisadora, a fim de que ambos tivessem posse do documento assinado. No termo constam o número de aprovação dada pelo Comitê de Ética e os dados da pesquisadora e meios de contatá-la a qualquer momento para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, ainda que posteriormente a mesma.

Vale observar que na apresentação dos resultados desta pesquisa em eventos acadêmico-científicos e artigo científico, a referência às falas dos(as) entrevistados(as) será feita por meio de nome fictício, de modo a zelar pelo sigilo quanto à identidade dos(as) participantes. Uma vez que este estudo não foi feito no âmbito institucional e sim no âmbito pessoal, com enfoque na investigação de crenças, práticas, opiniões e posturas de cunho individual, não houve preocupação quanto à pertença institucional do(a) participante.

Ainda que a pesquisa não tenha oferecido nenhum prejuízo considerável de ordem psicológica, levando-se em conta que, em alguma medida – ainda que mínima – toda pesquisa científica pode envolver algum risco psicológico e emocional, foi observado o respeito e cuidado com os(as) participantes.

3.10 Dificuldades encontradas

Apesar do momento em que vivemos de pandemia e das dificuldades pontuadas pelos primeiros médicos abordados, antes mesmo de se realizar os contatos de fato para as entrevistas propriamente (por ainda não haver o número da aprovação do Comitê de Ética), a realização

transcorreu com tranquilidade e os médicos foram bem mais disponíveis e atenciosos do que a expectativa.

As entrevistas foram adquirindo maior fluidez conforme a experiência adquirida pela pesquisadora ocasionando maior liberdade e afinidade entre pesquisadora e médicos, promovendo um espaço para se sentirem ouvidos e maior engajamento no processo da entrevista.

Os dados obtidos nas entrevistas serão apresentados na Parte 3, e serão confrontados com estudos anteriores e com as hipóteses levantadas para o estudo realizado.

PARTE 3

RESULTADOS

Capítulo 4

Apresentação e análise dos Dados

Nesta etapa apresento e comento os dados obtidos na pesquisa seguindo o roteiro apresentado no Apêndice C, a partir de eixos distintos de análise.

No primeiro eixo é descrito a amostra e seus dados sociodemográficos pertinentes ao trabalho, as situações disparadoras de *stress* e as emoções relatadas (tristeza, medo ou raiva) pelos médicos na prática profissional. No segundo eixo, a entrevista em profundidade é apresentada em seus três momentos distintos apontando a presença da religiosidade no enfrentamento às essas emoções. O terceiro eixo se ocupa com a formação profissional e o preparo para lidar com as emoções e a religiosidade, a visão da relação da ciência- religião e a percepção quanto a capelania. E o quarto e último eixo, a crença religiosa na percepção quanto a profissão, como provocadora de luta interna para o médico e a crença do paciente como fonte de stress. Por fim, os acréscimos livres feitos ao final da entrevista e por último algumas observações quanto as respostas dadas à escala DUREL.

Para a visualização dos dados gerais obtidos através das entrevistas, encontram-se descrito de forma sintética em quadro no Apêndice D.

1º EIXO - ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Características descritivas da amostra

O início da entrevista foi direcionado à obtenção de dados para caracterização dos participantes a partir de suas apresentações pessoais, relatando sobre: a escolha da especialização médica, quanto tempo de formado e em qual tipo de hospital trabalha (público ou privado). Quanto à informação sobre a adesão religiosa, foi obtida durante o prosseguimento da entrevista, já que esta seria a expectativa de surgimento espontâneo do tema no desenvolvimento da entrevista para a verificação da religiosidade no processo de *coping*.

Os participantes da pesquisa eram médicos(as) formados(as), com residência concluída, atuantes em diferentes práticas médicas no contexto hospitalar. O grupo foi inicialmente composto por 17 sujeitos, porém devido a problemas técnicos houve perda dos dados de uma das entrevistas. Dessa forma o grupo de entrevistados cujos dados estão descritos e comentados

é formado por 8 médicos e 8 médicas. Segue quadro descritivo do grupo em estudo: gênero, estado civil, especialidade médica, tempo de formado, adesão religiosa e/ou crença e hospital atual em que trabalha (público ou privado).

Quadro 2- Caracterização dos entrevistados

Participantes	Gênero	Estado Civil	Especialidade médica	Tempo de formado	Adesão/ crença religiosa	Hosp. público ou privado
DR 1	M.	Casado	Cirurgia Oftalmológica	32 anos	Evangélico	Público
DR 2	M.	Casado	Anestesiologista	12 anos	Evangélico	Público e privado
DR 3	M.	Casado	Cirurgia Oftalmológica	31 anos	“nada agora”	Público e privado
DR 4	M.	Solteiro	Cirurgia Ortopédica	7 anos	Evangélico	Público e privado
DR 5	F.	Casada	Cirurgia Ortopédica	15 anos	Evangélica	Público e privado
DR 6	M.	Solteiro	Cirurgia Ortopédica	7 anos	Evangélico	Privado
DR 7	M.	Casado	UTI Pediátrica	25 anos	Evangélico	Privado
DR 8	F.	Casada	UTI Pediátrica	31 anos	Convertida ao judaísmo	Privado
DR 9	F.	casada	UTI Pediátrica	34 anos	Espírita/ católica	Privado
DR 10	F.	Casada	UTI Pediátrica e C. Paliativos	19 anos	Espírita	Privado
DR 11	F.	---	UTI Pediátrica e C. Paliativos	32 anos	Espírita	Privado
DR 12	F.	Casada	UTI Pediátrica	13 anos	Católica	Privado
DR 13	F.	Casada	UTI Pediátrica	12 anos	Espírita	Privado
DR 14	F.	---	Cuidados Paliativos	25 anos	“Estilo de vida budista”	Privado e ONG
DR15*	---	---	---	---	---	---
DR 16	M.	Casado	Endoscopista	25 anos	Católico	Público e Privado
DR 17	M.	Casado	Neurocirurgião	31 anos	Cristão	Público e Privado

*Nota: Devido a problemas tecnológicos a entrevista realizada com DR15 foi perdida.

4.2 Emoções relatadas

Durante a entrevista foi dada a opção aos médicos de escolherem qual das três emoções básicas fariam o seu relato: tristeza, medo ou raiva. A escolha das emoções a serem relatadas

foi diversificada pelo fato de os médicos serem de várias especialidades, ocasionando maior diversidade dos estímulos desencadeadores de *stress*, cada médico está exposto a situações distintas de riscos e exigências.

DR5, por exemplo, deixou claro que a maior fonte de stress é o receio ou medo que ocorra o “erro médico” ou “a pessoa sair pior do que entrou”. Já para DR17 o desencadeador é quando “a pessoa vai fazer um exame de rotina e tem problema” e DR1 “a pessoa sair de uma cirurgia de catarata e perder o olho”. Enquanto médicos cujas especialidades estão mais voltadas para o fim da vida, relatam como disparadores as experiências de óbitos e o participar da informação do óbito aos familiares do paciente, comunicação que é responsabilidade do médico.

DR1, DR17 e DR2 apresentaram a emoção do medo. Os dois primeiros, medo de se repetir o evento e DR2, medo de se contaminar pelo contato com paciente acometido pela covid, evento ocorrido pouco tempo antes da realização da entrevista. DR 3 falou de sua tristeza e sofrimento e que o leva a carregar sempre consigo os pacientes daquele momento marcante. Para DR 4 a emoção apontada foi a de raiva e DR 16 a tristeza e chateação quando não houve sucesso no procedimento realizado.

DR10 e DR 6 apontaram relato com a tristeza e a raiva e DR5, tristeza referente a erro e frustração. Convém lembrar que essas especialidades trazem a possibilidade de preparação, ou mudança na atitude do próprio médico, um *coping* focado no problema, de forma prospectiva. DR1, por exemplo, após a experiência relatada, passou a ser extremamente cauteloso para que a emoção não seja eliciada novamente no contexto do trabalho, o que para Gross (2001) é caracterizado como escolha e modificação da situação.

Enquanto médicos que estão alocados em cuidados intensivos ou paliativos como os médicos DR7, DR8, DR9, DR10, DR11, DR12, DR13, DR14 e DR16 (também ligado ao risco de morte eminente) inevitavelmente terão que enfrentar o risco e muitas vezes a morte de seus pacientes como parte inerente em seu contexto de trabalho, a resposta de luta e fuga não é uma opção. Também não há possibilidade de ação ou colaboração como proposto nos estilos de *coping* de Pargament. Esses relataram experiência em que a tristeza foi a emoção mais marcante e em suas falas afirmam a necessidade de encarar essas emoções.

Diante disso, de uma intensidade maior das emoções, possivelmente esta seja a razão de DR7, DR8, DR9, DR10, DR 11, DR12, D13 e DR14 relatarem no decorrer da entrevista que fizeram ou fazem psicoterapia. DR10 contou que teve experiência de *burnout*, DR11, “entrou em parafuso” no início do exercício profissional e DR12, precisou dar uma pausa, após o retorno da licença a maternidade.

A dificuldade com as emoções, frente ao sofrimento humano na vida profissional, para DR 14 se deu ainda na faculdade, por haver sido julgada: “todo mundo dizia que eu não seria médica por causa da minha sensibilidade”. O que a levou a parar a faculdade por alguns meses. Posteriormente, ao enfrentar a tristeza e a impotência quanto a situação de dor do paciente em seu final de vida, fez uma pausa novamente nas atividades profissionais: “Foi o caminho que eu encontrei pra ter alívio e a compreensão e o cuidado disso, foi fazer uma pausa”.

Ainda quanto as emoções no contexto profissional, alguns médicos falaram sobre o trabalho emocional (Kovács, et al., 2010), onde ocorre a supressão da emoção (John & Gross, 2004) e a necessidade de demonstrar outra emoção frente a equipe ou familiares do paciente contraria a emoção sentida internamente.

Como DR 5 falou que sobre as emoções em questão, “primeiro você não demonstra isso na frente dos seus colegas, dos funcionários”, porém DR5 conta que percebe se sentir melhor quando expressa suas emoções pelo seu próprio temperamento apontando para uma maior dissonância emocional no contexto do trabalho. DR5 também fala de sua má experiência na residência, com o cirurgião principal que deixava toda a equipe nervosa, e que também colocava a culpa de qualquer falha que ocorresse em outros, e não assumia a responsabilidade. Esta experiência a levou a fazer um compromisso pessoal de não repetir estes erros com sua futura equipe.

Sobre as emoções no trabalho, DR 10 escolheu contar experiências antes e depois de ter tido *burnout*, por ter sido um marco de transformação em sua forma de lidar com as emoções. O relato anterior foi sobre o momento de informar os pais do paciente que esse estava caminhando para óbito. E com isso, naquele momento ter ficado com os olhos cheios de lágrimas e haver sido consolada pelo pai do paciente.

DR10: E aquilo acabou comigo, eu não sabia lidar com isso... foi uma cena muito marcante pra mim. Foi muita tristeza, mas como a gente lida, eu lidava naquela época, era trabalhando mais.

E referente ao relato mais atual, sobre o óbito de outro paciente, DR 10 afirma “acolhi muito melhor a minha tristeza”.

Dr 12 contou sua dificuldade de realizar o trabalho emocional após retornar da licença à maternidade e precisar pedir demissão de um dos hospitais que trabalhava:

DR12: Fiquei mais alguns meses, uns 7, 8 meses e pedi demissão porque eu estava em uma situação muito complicada emocionalmente. Por exemplo, depois que tive minha filha eu passei por situações de chorar na frente do paciente.

DR 16 ao falar de seu trabalho emocional, afirma.

DR16: quando acontece uma coisa durante a cirurgia que eu fico stressado, eu preciso controlar. Eu como o médico, preciso passar que estou bem, como um comandante na guerra, senão a gente deixa a equipe toda stressada e aí... aí não dá. Então eu não deixo minha equipe perceber que estou stressado.

A seguir será apresentado as entrevistas em profundidade em seus três momentos distintos, como o segundo eixo de análise dos dados.

2º EIXO - ANÁLISE DOS DADOS

4.3 Entrevistas em profundidade

Antes de apresentar e comentar os relatos dos médicos de acordo com a presença da religiosidade nos três momentos das entrevistas apresento quadro geral sintético contendo em qual momento houve menção à religiosidade (registrado com XXX no quadro).

Quadro 3: Menção à religiosidade nos três momentos da entrevista

Entrevista-	Primeiro	Segundo	Terceiro
dos	Momento	Momento	Momento
DR1			XXX
DR2	XXX		
DR3		XXX	
DR4			XXX
DR5	XXX		
DR6	não usou o recurso religioso		
DR7	XXX		
DR8	“Não faz parte”		
DR9	XXX		
DR10			“Ela ajuda um pouco”
DR11		XXX	
DR12			XXX
DR13			XXX
DR14	“Não foi a religião”		
DR16	XXX		
DR17	A religiosidade não é mencionada no <i>coping</i> (enfrentamento)		

DR8 e DR14 afirmaram que a religião não faz parte de como enfrentam as emoções no trabalho: “Não, pra mim não. Eu assim..., não sou uma pessoa religiosa”, “Não foi a religião, vamos escapar...”. DR17 não menciona a religiosidade no enfrentamento, mas afirma acreditar em Deus e desejar ser mais religioso. Já DR6, “Apesar de ser cristão, eu confesso que nessas horas, nessa hora especificamente não busquei refúgio” no evento relatado.

Nas entrevistas foi possível notar que os médicos mostraram como o *coping* com as emoções, não se trata de um processo simples, mas um processo entrelaçado e que influencia e é influenciado pelas emoções, contexto, relações, confirmando o componente transacional do *coping*, defendido por Lazarus e Folkman (1987).

A seguir são apresentados e comentados cada um dos momentos das entrevistas no que se refere à menção à religiosidade.

4.3.1 Primeiro momento da entrevista em profundidade

No primeiro momento da entrevista em profundidade busquei por meio do falar livremente sobre um evento no contexto da prática profissional, que o médico relatasse como foi o processo de *coping* (enfrentamento) internamente das emoções de tristeza, medo ou raiva em sua prática profissional. A expectativa era de que a religiosidade aparecesse espontaneamente como recurso utilizado por parte do sujeito, o que de fato ocorreu nos relatos do DR2, DR5, DR7, DR 9 e DR16, cada um apresentando uma forma distinta de *coping* religioso.

DR 2 ao enfrentar o medo na realização de procedimento médico em paciente com covid conta, “... e eu tinha que fazer o procedimento e aí seja o que Deus quiser”, “Depois vamos lá... aí a gente se lava, se desinfeta todo depois... e segue em frente” configurando um *coping* colaborativo já que fez sua parte e espera que Deus realize a outra, segundo Pargament (1997). DR2 também conta que “tenta esquecer”, “divertir bastante”, o que remete a Gross (2004) e a regulação da emoção através do desvio do foco do pensamento para manejo da emoção indesejada.

O apoio de grupo da comunidade religiosa o suporte social (Pargament, 1997) aparece no relato de DR5, após ter cometido um erro cirúrgico, quando contou com apoio de seu líder religioso, algumas pessoas da comunidade.

DR5: E aí foi maior chato... assim, eu voltei para casa, assim mal para caramba, chorando. As minhas crianças eram pequenas e chorei com meu marido. Aí eu liguei para o meu pastor, ele me deu uma mão. E eu realmente, eu precisei de

ajuda, orei, pedia pelo paciente e para algumas pessoas orarem por mim, a minha mãe, o pastor.

Ao presenciar o desespero dos pais que haviam perdido sua criança, DR7 conta que ajoelhou e orou com o casal pedindo forças, pois ele também não sabia por que havia acontecido aquilo e falou que “normalmente eu oro para que Deus dê força para aqueles pais, e tento não ficar pensando muito.” “Evito ficar pensando muito e entrego para Deus”, percebe-se nessa atitude de DR7 o *coping* religioso feito através da oração e a mudança de pensamento (Pargement, 1997; Gross, 2004). Porém DR7 ao fechar este relato diz, “Não sabia nem o que falar, e aquilo até hoje me dói”.

Durante a entrevista, DR 9 relatou experiências em momentos distintos de seu desenvolvimento profissional. A primeira experiência quando perdeu o paciente que acompanhava, por volta de 26 anos atrás, se tratou do momento em que conheceu o espiritismo apresentado pela mãe do paciente, que a consolou através de um sonho com o paciente falecido. Experiência que levou DR 9 a se tornar uma “católica, mas... com um viés espírita total, total, total” com dupla pertença religiosa. E relata sua experiência de ter redigido uma receita completamente sem sentido, após a perda de um paciente, somada a seu cansaço físico:

DR9: A sensação de que eu tinha literalmente viajado e perdido o controle e ter rezado, graças a Deus não aconteceu nada grave com ninguém aqui (...) Acabou a missão, descansou, a mãe era muito espírita, muito, muito, muito... dois dias depois a mãe disse, ‘sonhei com o Pedro, ele mandou um beijão pra você e falou que ele está ótimo e que é para ficar tranquila.’ O espiritismo, eu acho que ajuda muito nesse aspecto, as pessoas aceitam que elas vão.

A crença espírita é apresentada por DR9 como afetando diretamente as emoções provocadas pelas mortes enfrentadas na profissão, trazendo paz. Este é um tipo de crença existencial apresentada por Lazarus e Folkman (1984) que é neutra em si quanto a emoção, mas que pode influenciá-la. Também faz parte da escolha cognitiva de sentido para a regulação da emoção, segundo Gross (2001) com elemento religioso.

DR9: Querer acreditar em alguma coisa espírita te acalma, te acalma... Porque tem a missão das pessoas, o espiritismo acredita nisso, que as pessoas escolhem o que elas vão passar (...) O espiritismo, eu acho que ajuda muito nesse aspecto, as pessoas aceitam que elas vão (...) Sim, querer acreditar em alguma coisa espírita te acalma, te acalma... Porque tem a missão das pessoas, o espiritismo acredita nisso, que as pessoas escolhem o que elas vão passar.

Ao ser feita a primeira pergunta, imediatamente, DR16 relata que antes mesmo de entrar na cirurgia a religiosidade se faz presente, como um preparo para o stress do trabalho. Ou seja, DR 16 faz uso do recurso religioso da oração peticional, súplica (Pargament, 1997) para o enfrentamento do stress previsto e ao mesmo tempo se vê responsável, se autoavalia se cumpriu bem seu dever como médico. Desta forma DR 16 modifica a situação segundo Gross, com a utilização do recurso religioso da oração e reavalia o seu desempenho para a regulação das emoções.

DR16: Quando estou me preparando, me lavando eu paro, rezo o Pai Nosso e oro para Deus cuidar, cuidar das minhas mãos, do processo... a gente sabe que não é só a gente (...) Eu também fico triste sim, mal quando o paciente vai a óbito, ou ocorre algo. Mas eu acredito que tem coisa que é além de mim... então eu repenso o que eu fiz...se fiz tudo que podia e sabia, fiz a minha parte.

4.3.2 Segundo momento da entrevista em profundidade

O segundo momento da entrevista em profundidade ocorreu quando o médico entrevistado não apresentou a religiosidade no *coping* na resposta no primeiro momento da entrevista (no relato da experiência). Sendo assim, foram expostas possíveis formas de *coping* às emoções de tristeza, medo e raiva e entre essas opções a religiosidade estava inserida. A intenção foi de que se a religiosidade faz parte do enfrentamento (*coping*) do médico, ele se sentiria à vontade de relatar a sua experiência ou pelo menos saberia que existe essa possibilidade como resposta, mas ainda sem ser diretivo a religiosidade.

Os médicos que apresentaram a religiosidade a partir da apresentação das alternativas apresentadas foram DR3 e DR11.

O oftalmologista DR3 relata sua dificuldade em lidar com as emoções, “eu fico martelando ... e soffro muito com isso”, guardando os pacientes consigo como *coping*. E também afirma “Eu faço promessa, rezo... perco o sono...” como elemento religioso no *coping* com a emoção indesejada (Pargament, 1997).

DR6 não fez uso do *coping* religioso, ainda que consciente deste recurso pessoal estar disponível e desviou a atenção em outra direção.

DR6: Apesar de ser cristão, eu confesso que nessas horas, nessa hora especificamente não busquei refúgio. Talvez nesses casos você conversando com alguns médicos... eu desconto é na comida. Viu?! Quer saber?! vou sair daqui e comer algo que eu gosto, um McDonalds, ou vou jogar jogo. É a situação é toda,

ah... eu vou fazer algo pra mim. Tocar piano... não conversei com ninguém... não minto. Eu conversei sim com um amigo que é médico... falei um monte de palavrão... o que não é muito cristão.”

DR11 conta que buscou terapia devido à experiência da primeira perda de paciente a quem havia se apegado bastante, no começo de sua carreira, e que a terapia a ajudou entender as emoções do outro e de si mesma, fato que ocorreu quando ainda não atuava em cuidados paliativos com crianças.

DR 11: Acho que para mim, tentar entender... e eu sempre tive dois caminhos. Um que é o caminho de estudar, então aquilo que eu não entendo eu vou ler a respeito, vou pesquisar, eu me interesso. E o outro, o caminho da religião me ajuda muito eu sou uma pessoa religiosa, então o jeito de entender todas essas emoções passa muito pela religião.

Essa forma de *coping* (enfrentamento) de “dois caminhos” da DR11 se fez presente no desenvolvimento de sua profissão a levando ser professora de espiritualidade no curso de cuidados paliativos. Sendo assim, a crença religiosa dá o entendimento e possibilita a reavaliação do evento (Lazarus & Folkman, 1984; John & Gross, 2004) anexando um sentido religioso a este.

Ainda no segundo momento da entrevista, DR14 deixou clara a sua posição “Não foi a religião assim, vamos escapar... não. Eu tinha que tomar uma decisão de que caminho seguiria e eu precisava de pausa, precisava os 40 dias no deserto, a arte pra mim é base,” ainda que curiosamente usando paralelo religioso com a história bíblica de Jesus em sua fala. A pausa foi utilizada em dois momentos na vida de DR14, para que pudesse pensar (reavaliar) quanto às emoções e então decidir o que fazer e seguir em frente.

4.3.3 Terceiro momento da entrevista em profundidade

O terceiro momento da entrevista em profundidade ocorreu quando a religiosidade não apareceu nos relatos dos médicos nos momentos anteriores da entrevista. Então, no terceiro momento, a pergunta foi feita de forma direta, se houve ou não o uso do recurso religioso no *coping* às emoções de tristeza, medo e raiva no exercício profissional. Os médicos que relataram afirmativamente a presença da religiosidade neste momento foram DR1, DR4, DR12, DR13.

Neste momento da entrevista DR8 afirmou quanto à presença da religiosidade no *coping*: “Não, pra mim não. Eu assim..., não sou uma pessoa religiosa.” E conta de sua opção

de se converter ao judaísmo para poder se casar com seu marido judeu. E afirma que sua experiência de vida, por ter passado por várias perdas a levou a saber lidar com as perdas da profissão.

Já DR10 relatou as várias formas que encontrou para lidar com as emoções, em especial por ter tido a experiência de *burnout* anteriormente: exercício físico, tocar piano e *reiki*. DR10 ministra aulas de espiritualidade no curso de cuidados paliativos. E quanto à religião afirma.

DR10: Eu não vou falar que comecei a estudar a religião, mas a espiritualidade de uma maneira geral. Eu faço curso de espiritismo, na Federação Espírita. Mas na verdade eu fiz o curso de budismo. Então pra mim várias religiões orientais... então não é muito religião, mas sim uma espiritualidade.

E ao ser perguntada se esta espiritualidade entra na forma de enfrentar as emoções, DR10 responde: “Ela ajuda um pouco para dar o significado para o meu papel ali. Pra trazer um significado para mim, de trazer pra mim algum motivo para eu estar ali.” DR8 e DR 10 deixam claro sua forma de delimitar a espiritualidade que não se apresenta vinculado a elementos religiosos, e parece conduzir suas posições para a definição ampliada de espiritualidade, conceito explicado por Koenig (2012).

DR1 ao relatar sua experiência durante a residência, quando a paciente perdeu o olho durante a cirurgia, apresentou o *coping* focado no problema (Lazarus, 1984), quando se empenhou em ser mais cauteloso, levando mais tempo no procedimento cirúrgico a fim de evitar a possibilidade de acontecer de novo. A crença religiosa se apresenta na fala de DR 1, quando é feita a pergunta do terceiro momento, se a religiosidade fez parte do processo.

DR1: Eu acho que sim... acho que sim... eu creio. Eu penso que na verdade a forma como a gente enxerga as coisas, a gente entender nosso relacionamento com Deus e isso afeta todas as nossas coisas ... Senhor, você sabe melhor das coisas.”

E ao final completa sobre sua experiência relatada no início, no primeiro momento da entrevista, “Mas não sabia que eu deveria ter falado que naquela experiência que eu contei, claro que eu orei, lá na hora..., mas sim lá na hora claro que eu orei e pedi a Deus...”

Para DR4, o grupo social, a comunidade religiosa fez parte do *coping* com a emoção de raiva e tristeza ao se “resetar”, podendo conversar com outros médicos e dividir as experiências, com o grupo social pertencente a sua comunidade religiosa encontrando apoio (Pargament, 1997).

DR 4: Na verdade, entra, porque assim, o que me faz assim fugir um pouco da rotina médica é o fato de domingos ter essa parte da igreja”. “Me ajuda a esquecer, por isso que eu falo pra mim os domingos são o *reset* da minha vida, eu encontro minha paz

assim. É a gente sempre fala com Deus todo dia, mas domingo, é uma coisa que me ajuda muito a criar essa ... tipo desligar a máquina e ligar de novo.

Ao falar de si mesma DR12 conta que precisou fazer terapia por ter tido dificuldades emocionais após o retorno da licença pelo nascimento da filha, falando de sua religiosidade no terceiro momento, apontando que sua crença se faz presente no seu trabalho:

DR12: Entra, entra. Eu sou católica, mas eu sou bem assim... eu sou bem... Eu não vou a missa. Mas eu diria que tenho muita fé. Eu e meu marido rezamos todos os dias, e agente reza com minha filha todos os dias antes de dormir. Eu rezo com ela antes de dormir...

Para DR12 o tempo com a filha pequena impossibilitou-a de tocar música, algo importante para seu processo de *coping* com as emoções no trabalho. E hoje afirma que ao ocupar a cabeça com coisas que não são da área médica já a alivia, como o que têm feito neste momento de pandemia utilizando a yoga.

O evento relatado pela DR13 diz respeito ao falecimento de um paciente sem expectativa de morte e de sua mudança de religião, conversão. Afirmando que o espiritismo possibilita a reavaliação da morte como provocadora de emoção, através da escolha cognitiva de sentido sobre a morte (Gross, 2001).

DR13: Acho que sim também, eu sou espírita atualmente, hoje me considero espírita... É uma coisa que eu utilizo também como lidar com as emoções. E assim, eu percebo que principalmente... o catolicismo não fala da reencarnação, e o espiritismo sim. Eu sinto que trabalhar e ver tanta morte, acho que saber que tem um algo a mais e que não termina tudo aqui, acho que me conforta.

3º EIXO - ANÁLISE DOS DADOS

4.4 Preparo durante a formação profissional para lidar com emoções e religiosidade.

Foi perguntado aos médicos se durante a sua formação houve algum tipo de preparo quanto aos aspectos psicológicos do próprio médico, e de sua religiosidade, DR1, DR4, DR5, DR7 e DR11 buscaram se equipar em conhecimento na área religiosa em grupos ou atividades extracurriculares correspondentes a sua própria adesão religiosa durante o tempo de formação. Enquanto os outros médicos afirmaram não receber preparo na área religiosa.

DR 1: A gente tinha só nas reuniões de grupo de estudo bíblico que eu fazia parte, a

gente ouvia os mais velhos e as suas experiências. Mas só mais direcionado a problemas como aquela religião que não faz transfusão de sangue... acho que é Testemunha de Jeová. Mas nada além disso.

DR 4: Pra suprir essa necessidade que a gente tinha, a gente fez reuniões de grupo de estudos bíblicos.

DR 5: É que eu fiz parte da capelania... Eu acho que é sim, muito importante eu fiz um curso mesmo. Eu fiz o curso e participei seis anos da capelania. Eu fiz um curso também no Instituto... São José de três dias. Também fui responsável com um pessoal de montar esse curso para dar para os colegas.

DR 7: A gente tinha as reuniões de estudo bíblico e eu andei e fiz umas palestras com a Maria, capelã evangélica. Às vezes acompanhava ela na visitação, assisti algumas aulas e eu era recém-convertido ao cristianismo.

DR 11: Mas como isso é muito importante para mim, lá pelas tantas eu até fiz um levantamento porque eu dou aula sobre espiritualidade em cuidados paliativos (...), mas sobre espiritualidade... tinha um professor na anatomia que era espírita e ele juntou um grupo extracurricular fora das atividades. Usava as dependências da faculdade para se reunir. Então um grupo de estudos de médicos espíritas.

Já quanto a área psicológica do médico DR1, DR3, DR5, DR7 não tiveram nenhum preparo formal. Segundo DR2 teve algumas aulas de psicologia, porém afirmou, “mas como a gente é muito jovem e não temos vivência na prática, muitas vezes a gente não dá bola”. DR4 teve “umas duas aulas sobre saúde mental do médico”, DR13 uma classe por um semestre e DR17 tiveram aulas de Psicologia Médica.

Alguns médicos afirmam a importância de preparo nesta área psicológica do autocuidado como DR3, DR4 que contou ter havido suicídio em sua faculdade. No início da entrevista, quando foi falado a afirmação que o médico possui preparo para o stress, prontamente se colocaram em posição de questionamento quanto a este preparo, como DR 4, DR9 e DR16.

DR4: Como você comentou a parte de stress, apesar de parecer, nem todos os médicos estão preparados para isso, né? Apesar de parecer. Por isso existe as divisões, a maioria das divisões da urgência, aí sim, estão mais preparados para isso.

DR9: É muito engraçado que você fala isso, nós somos preparados pra isso. Daí te pergunto assim, nós somos preparados para isso? fomos preparados algum dia? quem preparou a gente? (dá risada).

DR16: Nossa, a gente não tem preparo para o stress.

Importante ressaltar que esta realidade vem mudando nas faculdades de medicina atualmente, como vários dos entrevistados mencionaram. Um exemplo na cidade de São Paulo é a faculdade de medicina Santa Marcelina, que oferece em sua grade curricular classes de Espiritualidade e Tanatologia, como relatado por alguns durante a entrevista (Fontão et al., 2017). Entre os entrevistados DR10 e DR11 atualmente são professoras sobre o tema da espiritualidade em curso de cuidados paliativos como mencionado anteriormente.

Novamente afirmo que os médicos atuantes em especialidades que lidam diretamente com a morte, DR7, DR8, DR9, DR10, DR 11, DR12, D13 e DR14, ou seja, cuidados paliativos ou cuidados intensivos afirmaram que tenham feito ou ainda fazem psicoterapia. E destes somente DR 8 e DR 14 afirmaram o não uso do recurso religioso para o *coping* com as emoções. O que dá sinal da não opção de uma área em detrimento a outra, ou seja, a ciência e a religião estão presentes concomitantemente para os seis médicos dos oito médicos que lançaram mão da psicoterapia.

4.5 Religião e Ciência

Para saber a postura dos entrevistados sobre os campos de estudo científico e religioso, foi feita pergunta de como percebiam a relação entre os campos, com as opções de serem inimigas, parceiras ou independentes. Corroborando os trabalhos de Paiva (2000) e Ecklund (2009) os médicos demonstraram perceber os campos como parceiros em sua maioria.

Afirmaram que percebiam os campos da ciência e da religião como parceiros DR2, DR3, DR4, DR5, DR9, DR10, DR11, DR 12, DR13 e DR16. E DR6 tenta vê-las como parceiras. DR1 afirmou: “Eu não vejo incompatibilidade, não. Não vejo briga entre elas” demonstrando independência das áreas.

DR10 enfatizou que “são absolutamente parceiros complementares e não se exclui de maneira nenhuma” e explica sua definição pessoal de espiritualidade.

DR10: Só acho a espiritualidade um mistério e dá pra fazer ciência, tanto que eu procurei e tem muito artigo de espiritualidade. Então dá para fazer ciência com isso, mas para mim a espiritualidade é um mistério. E ela é de cada um, por isso acho que é difícil, é difícil você provar estatisticamente da forma como a gente faz ciência a espiritualidade. Mas eu não preciso disso para ter espiritualidade e ver que ela muda. Eu não preciso que o “p” seja significativo para eu perceber que ela muda a vida das pessoas. E não vai mudar a morte porque todas nós vamos. Mas ela muda a forma de viver até morrer, tanto a nossa que está cuidando do paciente, quanto da família

do paciente.

Após DR11 afirmar considerar os campos parceiros, justifica sua posição:

DR11: Tem várias explicações porque o que a gente sempre acredita que Deus não vai contrariar suas próprias leis da natureza. Dentro de toda religião há um mistério e aí o mistério é onde mora o milagre, onde mora as coisas que a ciência não vai explicar. Porque a ciência é apenas uma maneira de explicar o mundo, mas não a única.

Apesar de DR13 afirmar de serem parceiras, demonstrou sua frustração de nem sempre, na prática serem parceiros. E relatou uma de suas experiências no hospital:

DR13: Eu acho que tem que ser parceiro. Mas na prática nem sempre funciona assim. Eu tive uma situação com uma criança que estava em fim de vida e eles tinha pedido que a gente liberasse para o pastor da família ir lá e a gente liberou. E antes do pastor entrar, a gente sentou com ele e conversou a situação da família e aí ele fez uma oração no leito da família, dizendo que a criança iria ressuscitar. E aí, foi péssimo esse dia, foi muito difícil conduzir esse óbito, porque a família meio que idealizou que a criança iria ressuscitar, foi desesperador, foi gritaria, foi péssimo. E assim, a gente... eu tenho visto.

DR14: São integradas. O cientista ateu ele tem a ciência como a sua religião. Ele ama a religião, chamada ciência. Ele tem os dogmas da ciência, as práticas da ciência, os rituais da ciência. A pesquisa bibliográfica é um ritual, pode ser a homília. Depois a conclusão é a oração final. Eles não sabem disso, mas é um texto bíblico. Revisão de literatura é uma epístola “caríssimos eu recolhi tal...”.

4.6 Capelania Hospitalar

Ao serem perguntados sobre suas percepções sobre a importância da atividade de capelania no hospital de DR3 e DR17 pareceu desconhecer a atividade ou não ter contato com a atividade no hospital, devido suas especialidades permitirem um curto tempo de contato com os pacientes. Já DR1, DR2, DR4, DR5 e DR7 em algum momento se envolveram com esta atividade no hospital, mas não no momento atual.

Ao falar da capelania, DR 2, questionou sobre quem exerce o cuidado dos capelães, pois ainda que sua especialidade seja anestesia, o tempo que se envolveu com a atividade de

capelania no hospital de câncer infantil, o levou a ficar depressivo, segundo sua fala, razão pela qual deixou esta atividade.

Ao falar da importância da capelania, DR9 ressalta que “para ser capelão precisa ter postura”, DR11 aponta a necessidade de uma capelania ecumênica no Brasil e DR14 diz que “o melhor capelão que eu imagino que vai nascer um dia, é ateu.” Mas todos sem exceção afirmaram ser um trabalho importante para o paciente. Pedroso (2021) ao apresentar o papel do capelão na equipe de saúde, fala da certificação profissional que acontece nos Estados Unidos do profissional capelão, o que ainda não acontece na realidade brasileira, onde as exigências para execução da atividade se dão de outras formas. Como relatado pelos médicos em geral o paciente, quando deseja, pede que chame o capelão referente a sua crença.

4º EIXO - ANÁLISE DOS DADOS

4.7 Crença religiosa e a percepção quanto a profissão médica

Durante as entrevistas os médicos ao relatarem suas experiências falaram de suas crenças religiosas como mencionado no capítulo 2. As crenças influenciam as percepções, como lentes perceptuais, sendo assim, as crenças religiosas também se apresentam na forma como os médicos percebem o seu papel como profissionais da saúde. A percepção religiosa em DR1, DR5, DR 9, DR10, DR 12 e DR16 permeia o *coping* no exercício da profissão, o que inevitavelmente afetará suas emoções, ainda que seus relatos não abordem diretamente as emoções.

DR1 fala de sua religiosidade que “também me ajuda a enxergar que Deus permitiu isso acontecer e isso deve trazer alguma lição. Vejo sempre como por esse lado também.” Possibilitando interpretar como reavaliação da situação, segundo Gross. DR 1 também percebe a condução divina em sua história pessoal, “Deus me dirigiu para voltar para essa área de volta... e hoje eu só faço isso...” A crença de DR 1 em um ser divino, que tem controle total sobre tudo e que ele confia e nada escapa de sua soberania não excluiu a sua dedicação e empenho em melhorar em seus cuidados a partir da experiência relatada no primeiro momento da entrevista. Neste caso, fica evidente um *coping*, segundo Pargament colaborativo, quanto o processo conta com a ação compartilhada entre Deus e o sujeito.

Para DR 5, a sua religiosidade é parte importante de sua identidade pessoal e a profissão é tida como “uma forma de servir a Deus” e é o que dá propósito ao seu trabalho. A crença em

um ser que tem tudo sobre o controle, o que DR5 chama de “visão espiritual” dá sentido quando os resultados na prática médica não são os esperados como na matemática. Seu relato indica *coping* colaborativo.

DR 5: Eu acho que religião ou o que eu creio é um componente muito importante do que eu sou, acho que como médico me faz ser um médico diferenciado. Eu acredito nisso, eu vejo muitos colegas e no hospital e até na minha prática clínica eu vejo tudo que você puder imaginar... Agora sim falando como médico, como profissional, quando a gente tem uma visão de Deus e quando a gente encara a nossa profissão como algo, uma forma de servir a Deus... Então... assim, dentro da Medicina eu fiz A vai sair A, ou eu fiz B vai sair B, mas muitas vezes não sai. Então você crê que existe uma coisa a mais, que tá fora do seu controle que pode ser ruim, mas se você sabe o que é, é bom. Acho que essa é a questão e da visão do propósito que tem um propósito para você e que você faz parte do propósito, o propósito que você foi chamado e o paciente também. ... Se você não tem pra você, você não pode dar. É importante ter um olhar para isso, então eu acho que é importantíssimo que o médico tenha a certeza do seu propósito, uma visão espiritual da vida, bom isso sou eu.

A fala de DR5 é muito semelhante a fala de DR16 ambos comparam a medicina a matemática e que “Deus controla tudo”. DR 16 também apresenta na sua identidade profissional o elemento religioso quando afirma ser um “instrumento”, ou seja, um sujeito ativo no *coping* colaborativo.

DR16: A medicina não é exata. Dois mais dois são cinco, três vezes quatro é dez. Às vezes você pode fazer tudo e ainda assim as coisas podem dar errado. Graças a Deus a grande maioria dá certo, mas sim, teve vezes que não. (...) Eu creio que eu sou um instrumento, e que eu faço, a minha parte, é isso que busco fazer... penso se fiz tudo que podia fazer, da melhor maneira possível. Mas Deus é que controla tudo. Eu sou cristão acima de tudo. Não vou em igreja, mas acredito sim em Deus... não dá para um médico não acreditar em Deus, quando você vê o corpo humano, como tudo é tão perfeito. Eu só conheço um médico ateu, mas eu, de verdade, não sei como. Eu não entendo.

DR12 faz uso do mesmo termo para falar do profissional da saúde como “instrumento de algo maior” o que lhe traz conforto quando “as coisas acontecem”, ou seja, uma emoção boa, agradável.

DR12: Então eu acredito sim, e nós como médicos, todos da área da saúde somos

instrumentos de algo maior. Então acho que sim a gente tem que sempre se avalizar para dar o melhor cuidado para o outro, para os pacientes, mas eu acho que na minha cabeça quando as coisas acontecem me dá conforto pensar que foi vontade de algo maior que existe sobre a vida e a morte.

Os médicos DR9 e DR10 também trazem a religiosidade quando essa “dá significado ao seu papel” o “motivo” para estar ali e DR9 ao perceber a profissão como uma “missão”.

DR9: E sempre aceitei esta missão, quando você recebe uma missão dessa, de acolher os pacientes no fim da vida. (...) Eu sei que a vida é um processo e a única coisa que a gente tem certeza é a morte, que a gente um dia vai morrer. E que infelizmente criam essas mortes de doença, de trauma de alguma coisa... eu não tô aqui pra julgar, eu estou aqui para ajudar a cuidar.

DR 10: Ela ajuda um pouco para dar o significado para o meu papel ali. Pra trazer um significado para mim de trazer pra mim algum motivo para eu estar ali. Naquele sofrimento para aquela pessoa, trazer um sentido para o sofrimento daquela pessoa e também me ajudar a lidar com o sofrimento do outro. Me ajuda a entender por que aquela criança de seis meses está passando por aquilo. Porque aquela família está passando por aquilo e porque eu vim a conhecer aquela família naquele momento. Eu acho que me ajuda dar sentido tanto no ponto de vista profissional pra mim como do ponto de vista meu pessoal.

4.8 A crença religiosa pessoal como provocadora de luta interna (*struggle*)

Entre os entrevistados dois médicos apresentaram angústia, luta interna (*struggle*) quanto suas próprias crenças religiosas e o *coping* às emoções decorrentes ao encarar o sofrimento e a morte no contexto hospitalar, como DR 2 e DR 7, como descritos por Abu-Raya, Pargament e Exline (2015). Ambos relatam fazer uso da distração dos pensamentos para o *coping*.

DR 2: Para mim a religião às vezes ajuda e as vezes atrapalha. Eu fico pensando que Deus está sobre controle de todas as coisas e começo a ver muita tragédia aí eu começo a ficar um pouco confuso... aí nessas horas prefiro deixar a religião de lado e tento pensar que a vida é assim mesmo... tem momentos bons e momentos ruins. Então tem aquela situação com tal paciente e tentei ajudar naquele momento o paciente e quando não estou mais com o paciente eu tento esquecê-lo. E aí tentar

curtir minha família e por exemplo tentar me divertir bastante, sei lá indo... pescar... descarregar o stress com essas coisas.

DR7: Mas às vezes, como cristão a gente fica mais... tem mais conflitos. (...) Eu falo que as situações mais difíceis de lidar nessa hora, são com os evangélicos, as famílias cristãs, porque elas têm tanta fé que Deus vai curar e Deus não cura. Aí... não só a dor da perda do filho, como vem muitas vezes dúvidas, fragilidades, que Deus não foi fiel, ou que Deus não é real. E esses são os meus maiores conflitos nessa hora. Maiores do que quando não são cristãos, é difícil... (...) Eu sempre sofri muito com essa parte, o porquê da dor, o porquê do sofrimento... porque Deus não interfere quando a gente ora. O paciente que o familiar é crente são os mais difíceis às vezes para a equipe, porque a gente já jogou a toalha, tem certeza que a criança vai morrer. Mas eles não deixam porque creem que Deus vai curar, você quer parar para não gerar mais sofrimento. São coisas que vêm, eu já li muitos livros da Maria capelã, e de outros autores, sobre sofrimento... tentando procurar respostas. Já tive depressão por isso, já fiquei um tempo meio longe de Deus por isso. Por não ter essas respostas.

4.9 A crença religiosa do paciente como provocadora de *stress*

Nas entrevistas os médicos apresentaram ter dificuldades com as crenças religiosas dos familiares de seus pacientes de diferentes adesões religiosas, trazendo diferentes perspectivas de qual seria mais difícil de lidar. DR 7 além da afirmação mencionada anteriormente, o médico também contou outra experiência marcante quando o pai de sua paciente, um missionário evangélico, havia envolvido muitos em oração intercessora por sua filha que veio a óbito. Para DR7 a dor experimentada vem de duas vias, a morte em si e a fé não correspondida que remete a sua própria fé.

DR7: Eu me lembro de uma menina que eu cuidei e ela tinha uns 4 anos, e o pai era um missionário e ela teve uma meningite com uma lesão muito grave, mais de um mês internada... até morrer, morreu comigo também. E que ele orava, ele o tempo inteiro, a gente conversava, “ela vai ficar boa, é para a glória de Deus e ela não vai morrer” e ele mostrava que ele ia nas igrejas, tinham cartazes e orava por cura. E era uma situação difícil, era filha única e a esposa já tinha perdido o útero e não podia ter mais filho. E ela morreu. Aí ele falava “Eu já vi gente ressuscitar, que

Deus pode e com a minha filha não pude fazer nada.” E aí a gente orou junto e foi muito difícil para ele, a gente não tem a resposta e quantas crianças... Eu falo que as situações mais difíceis de lidar nessa hora, são com os evangélicos, as famílias cristãs, porque elas têm tanta fé que Deus vai curar e Deus não cura. Aí... não só a dor da perda do filho, como vem muitas vezes dúvidas, fragilidades, que Deus não foi fiel, ou que Deus não é real. E esses são os meus maiores conflitos nessa hora. Maiores do que quando não são cristãos, é difícil.

Em contraponto com DR7, DR8 descreve que a situação mais difícil que experimentou foi com a mãe de adesão religiosa espírita, que desejava manter a filha viva o que iria contra seu compromisso profissional médico de minimizar o sofrimento humano, fica claro o trabalho emocional por parte de DR8 (Kovács et al, 2010).

DR 8: Mas uma das experiências mais difíceis que eu vivi era espírita, então eu não digo assim... é crer em algo que ajuda. Essa coisa do espírita que foi difícil, é que não tinha nada que eu pudesse fazer, mas a mãe queria que eu ficasse reanimando, dando drogas porque ela era espírita e eles acreditavam que a criança tinha que passar por todo o sofrimento, então que não poderia aliviar o sofrimento. E isso pra mim estava muito difícil, eu podia dar uma adrenalina, o coração iria bater mais um pouco e ia parar. Entraria na distanásia, que é prolongar o sofrimento.

Para DR 13 os campos da ciência e da religião nem sempre estão em parceria na prática e relata:

DR3: Eu tive uma situação com uma criança que estava em fim de vida e eles tinha pedido que a gente liberasse para o pastor da família ir lá, e a gente liberou. E antes do pastor entrar, a gente se sentou com ele e conversou a situação da família e aí ele fez uma oração no leito da família, dizendo que a criança iria ressuscitar... E aí, foi péssimo esse dia, foi muito difícil conduzir esse óbito, porque a família meio que idealizou que a criança iria ressuscitar, foi desesperador, foi gritaria, foi péssimo.

4.10 Acréscimos após a finalização da entrevista

No final da entrevista foi dada a possibilidade de os entrevistados acrescentarem algo que julgassem importante em relação ao tema tratado e que porventura talvez não tivesse

sido perguntado. O fato de que poderiam falar livremente sobre o que achassem pertinente levou a maior liberdade de falar sobre sua postura frente a religiosidade. Somente DR2 e DR6 não fizeram uso da oportunidade. DR3 relatou sua experiência na família com seu pai e mãe adeptos a diferentes religiões. Para DR 4 o ter Deus ajuda a lidar com as dificuldades.

DR4: Não sei, acho que mais essa parte de que existe muita gente que é mentalmente fraca. E a gente, por ter Deus, a gente lida melhor com as coisas. Toda a carreira de médico ajuda muito ... o fato de conhecer a Deus, isso te dá forças para lidar com tudo isso. É muito isso, as pessoas precisam de alguma coisa assim, pouco de Deus, e precisam pensar um pouco no próximo. Principalmente quando está em situação de dor, tristeza, né.

DR8: Não acredito em religião. Então fica mais fácil assumir com qualquer religião. Na verdade, todas são teatrais em uma certa parte.” Mas sua atitude frente aos pacientes é de buscar acolhê-los em sua própria religião, estando atenta aos sinais das crenças religiosas deles. A gente vai aprendendo, a gente tenta ajudar os mais novos, os meus residentes. Eu acho que assim, é importante... eu pessoalmente não creio que é uma religião que é importante. É importante você ter um tempo pra você mesmo, por isso eu falei meditar, é uma coisa boa. Ler um Salmo, ter um tempo pra você cuidar de si, da sua espiritualidade, da sua crença. Isso pode ser a religião pra quem é religioso, eu, como por exemplo que não sou religiosa, eu acabo lendo uma série de coisas, não só ligada ao judaísmo, às vezes sim às vezes não. Um tempo consigo mesmo, um tempo para esvaziar a cabeça, um tempo para respirar para se ver e se cuidar um pouquinho. Acho que é mais importante do que ser religioso e ser bom poder ajudar as pessoas é o que faz bem pra gente.

E ao final da entrevista DR11 relata sobre sua experiência com o a emoção de medo:

DR11: Então aquilo me ajuda a dar um sentido, me ajuda a cuidar, me ajuda a ficar pacificada e quando eu estou diante de uma situação tensa, de conflito, uma situação que me deixa assustada, desafiadora e que tenho medo de não conseguir lidar, uma coisa que eu faço é rezar, pedir ajuda. Tenho lá meus jeitos de pedir ajuda. Então são várias histórias e algumas vezes ficou totalmente guardado pra mim. Quase sempre quando eu tenho a oportunidade eu me despeço dos meus pacientes e faço uma oração. E se a crença do paciente não condiz com aquilo eu faço totalmente em silêncio pra mim mesma. (...) Agora eu lido com isso de outras formas, então tem a religião, o suporte da família, dos amigos. Também comecei a fazer meditação pra me ajudar a voltar para o centro. Acho que cada um no hospital, precisa achar a sua

forma de lidar com essas emoções, porque é tudo muito pesado, é muito difícil, muitas cargas de emoções negativas, as nossas, as dos outros.

DR13: Todos nós carregamos alguma bagagem de algum tipo de espiritualidade que pode ou não estar ligada a uma religião. E olhar para isso ajuda muito tanto no controle das emoções, como lidar, saber respeitar a crença do outro (...) acho superimportante abordar esse assunto com os médicos. Porque não dá para o médico achar que ele é só um técnico. Todos nós carregamos alguma bagagem de algum tipo de espiritualidade que pode ou não estar ligada a uma religião. E olhar para isso ajuda muito tanto no controle das emoções, como lidar, saber respeitar a crença do outro.

DR17 afirma ser católico, apesar de seus relatos durante a entrevista não trazer a religiosidade ao final, DR17 faz questão de relatar a sua experiência quando estava ainda escolhendo sua especialidade e como se deram os acontecimentos de uma forma que o deixou sem opção de não crer em uma ação divina que o direcionou em sua escolha. Em se tratando de uma fase de dúvida cheia de dificuldades, entre elas o problema de saúde de seu pai, momento de fazer sua opção quanto a especialidade. O surgimento da condução de cursar a residência em um hospital público foi o que o possibilitou alcançar a profissão em que sente realizado hoje.

4.11 DUREL

O projeto inicial da tese incluía além das entrevistas em profundidade, uma parte quantitativa que foi abortada devido as dificuldades decorrentes da pandemia. Porém decidi descrever aqui de forma sintética, as respostas dos médicos entrevistados às perguntas da escala DUREL, que foram lidas e as respostas anotadas durante o momento da entrevista. Ainda que não seja possível realizar nenhuma análise estatística, considero que as respostas enriquecem o entendimento do perfil do grupo participante da pesquisa e suas tendências. Entretanto não foi possível fazer as perguntas para um dos entrevistados devido sua falta de tempo.

Quadro 4: Respostas da escala DUREL

	Mais do que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por mês	Algumas vezes por ano	Uma vez por ano ou menos	Nunca	Total de respostas
1.Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	4	3	2	3	3	0	15
2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura de textos sagrados?	4	8	2	1	0	0	15
O QUANTO CADA FRASE SE APLICA A VOCÊ	1.Totalmente verdade para mim	2.Em geral é verdade	3.Não Estou Certo	4.Em geral não é verdade	5.Não é verdade	Total de respostas	
3. Em minha vida, eu sinto a presença de deus (ou do espírito santo ou outra entidade espiritual referente a sua crença).	13	2	0	0	0	15	
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	6	9	0	0	0	15	
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião (o que eu acredito) em todos os aspectos da vida.	8	6	1	0	0	15	

Obs: DR14, na questão 3 e 4 respondeu “ele em mim e eu nele”.

De forma breve os cinco itens que compõem a escala DUREL dizem respeito a três aspectos distintos da religiosidade: o organizacional (item 1), o não organizacional (item 2) e o aspecto da religiosidade intrínseca (itens 3, 4 e 5). As respostas dão indícios de que a amostra é composta por médicos com grande força na religiosidade, pelas respostas dos itens 3, 4 e 5, nas quais houve concentração nas respostas “totalmente verdade pra mim” e “em geral é verdade para mim”, e somente uma resposta “não estou certo” e nenhuma resposta “em geral

não é verdade”. Também chama a atenção o fato de que não houve resposta “nunca” para os itens 1 e 2.

Discussão dos resultados

Apresentados e analisados os dados obtidos a partir das entrevistas em profundidade, retomo aqui o objetivo geral e as hipóteses norteadoras da pesquisa, de forma a associá-los as discussões propostas.

Antes de prosseguir, retomo brevemente a apresentação teórica da tese sobre a definição de espiritualidade e religiosidade. É importante apontar que ainda que os entrevistados tenham usado o termo espiritual em seus relatos, esses remetiam a uma crença ou aspectos vinculados a religião, os tornando então aspectos religiosos conforme a definição escolhida para operacionalização na tese. Somente DR8 ao fazer referência ao termo “espiritualidade” a considera com perspectiva de cuidado pessoal, ou seja, de uma forma mais abrangente e desvinculada não religiosa.

O objetivo geral da tese, de verificar se e como os médicos que atuam em contexto hospitalar utilizam *coping* religioso para lidar com emoções primárias de tristeza, medo e raiva, suscitadas em sua prática profissional, considero que foi contemplado no trabalho. A disposição dos médicos nas entrevistas e a abertura para dialogar sobre suas experiências e perspectivas pessoais sobre o tema da religião foi elemento chave para o cumprimento do objetivo da tese.

Contudo é interessante apontar o que três médicos relataram sobre como o médico que possui religião é visto pelos seus colegas, como DR 7, por exemplo “...eu lembro de um colega, foi colega de faculdade, de residência e de trabalho e um dia ele falou: Você é tão inteligente como você consegue acreditar nessas coisas?”. Ao se referir a seu tempo na faculdade DR 11 conta: “É quase um preconceito mesmo contra o médico que traz qualquer coisa ligada à religião”. E após relatar sua experiência de ter orado com a equipe em plantão durante a passagem de Ano Novo, DR 10 fala:

Às vezes as pessoas falam que a gente nem parece médico e essa frase me incomoda muito... Quando a gente faz esse tipo de abordagem, os outros profissionais da saúde da equipe nos dizem que a gente nem parece médicos.

Dois aspectos importantes para o entendimento do processo complexo do *coping* frente as emoções para o profissional médico no hospital devem ser observadas. O primeiro, não se deve esquecer que inevitavelmente o *coping* precisa ser focado no problema que se apresenta como a necessidade de intervenção sobre o problema físico do paciente. Este enfrentamento

levou alguns dos médicos a se preparar mais, ter mais cautela ou buscar mais estudos para que as emoções de tristeza, medo e raiva fossem evitadas em futuras situações. O segundo aspecto é que o *coping* religioso ocorre em um meio dinâmico, onde há a participação de outros processos de *coping* que não são religiosos e contando ainda com as influências do meio e sendo influenciado pelo indivíduo, como processo transacional de *coping* postulado por Lazarus.

“A primeira hipótese da pesquisa foi a de que médicos, ao enfrentarem as emoções de tristeza, medo e raiva no contexto do trabalho hospitalar, fazem uso de recursos religiosos para o *coping* (enfrentamento) dessas emoções.”

Considero que os dados obtidos nas entrevistas confirmam a hipótese, ainda que o surgimento da religiosidade tenha se dado em momentos diferentes no decorrer da entrevista, as entrevistas indicaram a presença da religiosidade no *coping* dos médicos de formas distintas.

A escolha do método da entrevista em profundidade incluía a expectativa de que os médicos apresentassem a religiosidade espontaneamente na entrevista, o que ocorreu em parte. Retomando brevemente a apresentação do *coping* religioso nos três momentos da entrevista dos 16 médicos, foram: 5 apresentaram o *coping* religioso no primeiro momento, no segundo 2 médicos e no terceiro momento 5 médicos. Apenas 3 médicos afirmaram não fazer uso da religiosidade no *coping* frente as emoções. E um desses que se considera religioso na entrevista, afirmou não ter usado o recurso naquela situação relatada.

Dessa forma a presença da religiosidade, do recurso religioso, em momentos diversos da entrevista e não imediatamente em seu início, pode ter se dado por pelo menos duas razões. A primeira, por saber que a pesquisa se tratava do campo científico da psicologia sobre emoções e o desconhecimento do campo da Psicologia da Religião. O que possivelmente levaria então a desconsiderar sua vivência religiosa como relevante para ser relatada na entrevista. Indícios dessa opção foi que alguns médicos, ao final da entrevista, demonstraram surpresa quanto ao desenrolar do trabalho para o tema da religiosidade e alguns fizeram uso da oportunidade dada para falar da sua experiência religiosa pessoal, religião de sua família nuclear, postura religiosa em relação à profissão médica e de suas crenças pessoais.

A segunda possibilidade para a apresentação do *coping* religioso nos distintos momentos da entrevista seria a variável quanto à força religiosa, ou seja, o quão comprometidos com sua religião são os médicos entrevistados, o que levaria somente aqueles médicos com maior compromisso com sua religião, apresentarem a religiosidade mais prontamente na

entrevista. A força da adesão religiosa dos médicos entrevistados não fez parte dos pontos focados na pesquisa, porém ao responderem as perguntas referentes ao DUREL, poderíamos interpretar que os médicos da amostra apresentaram uma religiosidade presente e ativa em suas vidas pessoais apontando para o desafio de estudos futuros com amostra representativa de médicos para o entendimento mais preciso dessa realidade.

Ainda que todos os médicos fossem teístas, houve diferentes usos do recurso religioso no processo de *coping* nas entrevistas, possivelmente como consequência da diversidade das adesões religiosas do grupo entrevistado. Alguns apresentaram a oração peticional, oração de entrega, reza, promessas e confiança no controle total no ser superior. Dessa forma apontavam para um ser, em relação pessoal, apresentando um *coping* positivo, segundo Pargment.

Um elemento religioso distinto que se apresentou no *coping* dos médicos, em especial os que estão atuando em UTIs e Cuidados Paliativos, é a crença religiosa como agente no processo de *coping*, apaziguado as emoções através do sentido religioso dado à morte.

A reavaliação emocional, como forma de *coping* se apresenta de duas formas nos relatos dos médicos. Inicialmente referente à sua própria atuação, reavaliando o procedimento realizado quanto ao desempenho profissional. Como se refletindo se poderia ter sido feito melhor, ou que não haveria outra pessoa que pudesse fazer melhor, já que o próprio médico é quem se preparou para tal tarefa. E neste aspecto um médico falou sobre o que para ele é a pior emoção: quando há o sentimento de que poderia ter executado de outra forma para evitar o problema.

A segunda forma que gostaria de pontuar foi a reavaliação emocional com conteúdo religioso a partir da crença do médico entrevistado, como o da crença apaziguadora por parte dos de adesão espírita. A crença religiosa também se apresentou na reavaliação, quando o entendimento da limitação humana do trabalho médico foi tomada como submissa a de um ser superior, Deus, que possui tudo sobre seu controle apontando para uma realidade transcendente na situação.

Dois observações importantes que não poderia deixar de mencionar quanto a religiosidade: uma é referente a rejeição por parte de alguns médicos quanto a religião institucionalizada, como DR 14 que a chama de “limitante”; a outra, DR 8 que firma que “todas são teatrais” complementando que toma por espiritualidade o autocuidado, meditação, fazer algo que gosta.

“A segunda hipótese da pesquisa foi de que médicos que trabalham no hospital não veem conflito entre o campo de estudo religioso e científico.”

Hipótese confirmada, os médicos não veem conflito entre o campo religioso e científico e ficou evidenciado quando 14 dos entrevistados optaram pela opção de parceria dos campos e somente dois descreveram perceber os campos como independentes e nenhum como campos em conflitos.

A perspectiva positiva quanto à religião por parte dos entrevistados foi também refletida em dois momentos, o primeiro seria quanto à visão da necessidade da capelania hospitalar, algo que foi considerado importante por todos os entrevistados, sem exceção, ainda que três médicos fizessem a ressalva quanto à necessidade de capelães bem-preparados e que saibam respeitar a diversidade religiosa dos pacientes.

Não poderia deixar de pontuar dois relatos nos quais a crença religiosa do próprio médico foi apresentada como provocadora de angústia, luta interna (*struggle*). Apresentou-se nas entrevistas quando a crença em um Deus bom não corresponde ao sofrimento e morte de crianças presenciados por esses médicos ou o testemunhar da decepção por parte de pessoas devotas que não foram correspondidas em seu pedido feito em oração suplicante. Para o *coping* dessa situação, descreveram fazer o uso do recurso de desvio de pensamento, “buscar esquecer”, “não pensar muito” e “virar a página”.

Considerações finais

Em síntese, os resultados obtidos demonstram a presença da religiosidade no processo de *coping* em 13 médicos, ainda que somente 5 deles mencionem a religião no processo de *coping* no primeiro momento da entrevista em profundidade. A presença da religiosidade se deu de várias formas no *coping*. Os médicos relataram perceber a relação de parceria entre os campos científico e religioso, dessa forma a tese cumpriu seu objetivo de verificação da presença da religiosidade no *coping* dos profissionais da medicina em contexto hospitalar.

Considero que o presente estudo foi de grande aprendizagem e desenvolvimento pessoal, desde o seu planejamento a sua execução. Gostaria de ressaltar alguns pontos que se impuseram como limitantes para a pesquisa, o primeiro, o fato de a coleta de dados se dar em momento da pandemia que influencia todo o contexto, incluindo a pesquisadora. Outro aspecto é a inexperiência quanto a realização das entrevistas, a prática deste método. Considero que foi possível melhorar no caminho percorrido com as 16 entrevistas, mas ainda com grandes desafios pela frente para desenvolver.

Outro fator de aprimoramento para futuras pesquisas seria a ampliação da amostra com maior representatividade, e com uso de outros recursos, métodos como quantitativos (plano inicial da tese), que poderiam trazer maior robustez aos resultados. Sugestão também pertinente é a de pesquisas longitudinais ou retrospectivas, que possam analisar a religiosidade no percurso de vida profissional dos médicos, já que houve indícios de mudanças da religiosidade e no *coping* com o tempo de formação profissional nos dados obtidos.

O último desafio que gostaria de pontuar para futuras pesquisas e que percebo ser de grande importância é a realização de trabalhos que tomem o contexto religioso brasileiro, já que a nossa realidade é muito diversificada.

Diante disso a expectativa é de que a tese contribua para instigar outros pesquisadores a se debruçar sobre a realidade do médico, sua religiosidade e emoções e seus processos de *coping* que com certeza otimizará o serviço da saúde em todos os aspectos e o cuidado do médico em suas necessidades específicas.

Referências⁵⁸

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I. & Exline, J. J. (2015). Understanding and Addressing Religious and Spiritual Struggles in Health Care Health & Social Work, Volume 40, Issue 4, November, Pages e126–e134. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv055>.
- Alcock, J. E., (2003) Belief and survival. *World futures*, 59: 189–200. Doi: 10.1080/02604020390202190.
- Aletti, M. (2012). Psicologia diante da religião e da espiritualidade: questões de conteúdo e método. In M. H. Freitas, e G. J. Paiva (Org.) *Religiosidade e cultura contemporânea, desafios para a psicologia*. Editora Universa: Brasília.
- Almeida, João Ferreira (1993). *Trad. A Bíblia Sagrada* (revista e atualizada no Brasil) 2 ed. São Paulo. Sociedade Bíblica Brasileira, 1993.
- Amatuzzi, M. M. (Org.). (2008). *Psicologia e espiritualidade* (2ª ed.). São Paulo: Paulus.
- Ano, G. G., & Pargament, K. I. (2013). Predictors of spiritual struggles: An exploratory study. *Mental Health, Religion & Culture*, 16, 419–434.
- Armbruster, C. A, Chibnall, J. T. & Legett, S. (2003). Pediatrician beliefs about spirituality and religion in medicine: associations with clinical practice *American Academy of Pediatrics* ;111; e 227. DOI: 10.1542/peds.111.3. e 227.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2015). *Psicologia Social*. (8a ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Averill, J. R. (1994). Emotions unbecoming and becoming. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.) *The nature of emotion: fundamental questions*. Oxonia, Reino Unido: Oxford University Press, USA.

⁵⁸ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

- Balboni, M. J., Bandini, J., Mitchell, C., Epstein-Peterson, Z. D., Amobi, A., Cahill, J., Enzinger, ... Baldoni (2015). Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 507- 515. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.020>.
- Bandura, A. (1997/2008). A evolução da teoria social cognitiva. In A. Bandura & R. G. Azzi (Eds.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barret, J. (2007). Cognitive Science of Religion: What is it and why is it? *Religion Compass*, 1, 768-786. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8171.2007.00042.x>.
- Barros, D. M. (2020). *O lado bom do lado ruim, como a ciência ensina a usar a tristeza, o medo a raiva e outras emoções negativas a seu favor*. Rio de Janeiro: Editora Sextante.
- Barros, N. M. G. & Honório, L. C. (2015). Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense-Grossense *REGE*, 22, 21-39. DOI: 10.5700/rege549.
- Barros, D. S., Reis, E. J. F. B. (2008). Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sociodemográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de Burnout. *Rev Bras Ter. Intensiva*. 20(3):235-240, <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300005>.
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L., Nascimento, P. P. P., & Cachioni, M., (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores Psicométricos e Relações com Medidas Afetivas em Amostra Idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (1), 1018. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100002>.
- Belzung, C. (2010). *Biologia das emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bortoletti, F. F., Vasconcellos, E. G.; Sebastiani, R. W. (2017). Síndrome de Burnout: quando o cuidador adocece. Uma abordagem Psiconeuroendocrinoimunológica. In Angerami, V. A. (Org.). *E a Psicologia entrou no Hospital*. 2ª ed. Belo Horizonte: Artesã Editora Ltda.

- Bonelli, R., Dew, R.E., Koenig, H. G., Rosmarin, D., Vasegh, S. (2012). Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research *Hindawi Publishing Corporation* <https://doi.org/10.1155/2012/962860>
- Braghetta C. C., Gorenstein C, Wang, Y. P., Martins, C. B., Leão, F. C., Peres, M. F. P., Lucchetti, G. and Vallada, H. (2021) Development of an Instrument to Assess Spirituality: Reliability and Validation of the Attitudes Related to Spirituality Scale (ARES). *Front. Psychol.* 12:764132. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.764132.
- Corrigan, J. (Ed.). (2016). *The Oxford Handbook of Religion and Emotion*. Oxonia, Reino Unido: Oxford University Press.
- Culliford, L. (2015) *A Psicologia da Espiritualidade, o estudo do equilíbrio entre mente e espírito*. São Paulo: Editora Fundamento Educacional.
- Damásio, A. R., (2012). *O erro de Descartes, emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia as letras.
- Dias, E. N. & Pais-Riberiro, J. L. (2019). O Modelo de *Coping* de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 2, 55-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>.
- Dicionário da Associação Americana de Psicologia (APA). Acessado em 14 de maio de 2021. www.https://dictionary.apa.org/spirituality.
- Duarte, D., El-Hagrassy, D, Couto, T. C., Gurgel, W., Fregni, F. & Correa, H. (2020). Male and Female Physician Suicidality, A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0011.
- Duff, K. J. (2012). *Think Social Psychology*. Boston: Allyn Bacon.
- Dworsky, O. C. K., Pargament, K. I., Wong, S. & Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.10.002>.

- Ecklund, E. H. & Park, J. Z. (2009). Conflict Between Religion and Science Among Academic Scientists? *Journal for the Scientific Study of Religion* 48(2):276–292.
- Ekman P. & Davison, R. J. (Eds.). (1994). *The nature of emotion: fundamental questions*. United States: Oxford University Press.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books.
- Ekman, P. (2009). *Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*. W. W. Norton & Company.
- Emmons, R. A. (2003). Religion and Basic Psychology Subdisciplines, *Annu. Rev. Psychol.* 54, 377–402. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145024.
- Emmons, R. A. & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annu. Rev. Psychol.* 54:377–402. Doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145024.
- Emmons, R. A. (2005). Emotions and Religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford Press.
- Esperandio, M. R. G., Zangari, W., Freitas, M. H. & Ladd, K. L. (Orgs.) (2019). *Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil: estado atual e oportunidades futuras*. Curitiba: CRV.
- Esperandio, M. R. G., Escudero, F. T., Fernandes, M. L., Pargament, K. I. (2018). Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14. *Religions*. Doi:10.3390/rel9010031.
- Exline, J. J. (2002). Stumbling Blocks on the Religious Road: Fractured Relationships, Nagging Vices, and the Inner Struggle to Believe. *Psychological Inquiry*, Vol. 13, No. 3, 182-189.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotions. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 54(3),466-475.

- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process, *Anxiety, Stress, & Coping. An International Journal*, 21:1, 3-14.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*. 19: 901–908. DOI: 10.1002/pon.1836.
- Fontão, P. C. N., Bourget, M. M., Lopes, J. P. Q., Bernini, M. C., Junior, P. F. V., Caraccio, G. C. D., Costa, J. Y. A. C., Borges, L. L. A., & Almeida, R. J. (2017). Saúde e espiritualidade, espiritualidade na formação profissional em saúde. São Paulo: Editora Martinari.
- Fontes, F. (2018). *Coping religioso/espiritual e prática psicoterapêutica: relação possível*. In Antunes, A. E. A. & Safra (Eds.), *G. Psicologia Clínica da graduação a pós-graduação*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- France, K. D. & Hollenstein, T. (2017). Assessing emotion regulation repertoires: The Regulation of Emotion Systems Survey. *Personality and Individual Differences*, 119, 204-215. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.018>
- Freitas, M. H. (2017). Psicologia Religiosa, Psicologia da religião/espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? In M. R. G. Esperandio & M. H. Freitas (Orgs.) *Psicologia da Religião no Brasil* Curitiba: Juruá Editora.
- Galvão, M. C. B. & Ricarte, I. L. M. (2020). Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *Filosofia da informação*, v. 6 n. 1, p.57-73. DOI: <https://doi.org/10.21728/logeion>.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems *Personality and Individual Differences*, 30(8), 311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6).
- Garnefski, N. & Kraaij V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults *European Journal of Psychological*. Vol. 23(3):141–149.

Gerada, C. (2018). Doctors and suicide. *Editorials: British Journal of General Practice*, 68 (669): 168-169. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695345>.

Gold, K. J. & Scwenk, T. L. (2020) Physician Suicide- A Personal and Community Tragedy *JAMA Psychiatry* Doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0009.

Gracino, M. E., Zitte, A. L. L., Mangili, O. C. & Massuda, E. M. (2016). A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde debate*, 40 (110). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611019>.

Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*, 26(2), 91–108. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19490148>.

Grecucci, A., J., R., & Frederickson, J. J., (Eds.) (2017). *Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy*, Lausanne: Frontiers Media.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, Vol.2, No3, 271-299.

Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation in Pervin, L. A. & John, O. P. (Eds.) *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) pp525-552. New York: Guilford.

Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything *Current Directions in Psychological Science*. V.10: 214-219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>.

Gross, J. J. (2010). The future's so bright, I got to wear shades *Emotion Review*, 2(3), 212-216.

Gross (2014). *Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations* (2nd ed.) in Gross,

Handbook of Emotion Regulation 2a ed. New York: The Guilford Press.

- Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física *Arch. Clin. Psychiatry*.34 (1). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.
- Hill P. C., Pargament K. I., Wood,,R, W., McCullough, M. E., Swyers, J. P. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure *Journal Theory Soc Behav*; 30(1):51-77.
- Hill, P. C. & Pargament, K. I. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality Implications for Physical and Mental Health Research *American Psychologist* Vol. 58, No. 1, 64 –74. DOI: 10.1037/0003-066X.58.1.64.
- Hood, Jr. R. W., Spilka, B., Hunsberg, Bruce, & Gorsuch, R. (1996). *The Psychology of Religion, an empirical approach* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-IX.34.188>.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: personality processes, individual differences, and life span development *Journal of Personality*. 72, 1301-1333.
- Jones, J. (Eds.), (2000). *Handbook of emotions*, (2nd ed.) New York: Guilford Publications, Inc.
- Keltner, D. & Ekman, P. (2000). Facial Expression of Emotion. In m. Lewis & J. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions* (2nd ed.) New York: Guilford Publication, Inc.
- Koenig, H. G., George, L. K. & Titus, P. (2004a). Religion, spirituality, and health in medically

ill hospitalized older patients *Journal American Geriatrics Society*. Vol.52, n.4.

- Koenig, H. G. (2004b). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice *Southern Medical Association*.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. Doi:10.5402/2012/278730.
- Koenig, H. (2013) *Spirituality and Patient care, why, how, when and what*. (revised & Expanded Second Edition) Radnor: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2018). Religion and mental health, research and clinical applications. Academic Press.
- Kovács, M.J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4):420-429.
- Kovács, M. J. (2021) Morte, luto e espiritualidade In Antunes, A. E. A. & Safra (Eds.), G. *Psicologia Clínica da graduação a pós-graduação*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Kovács, M, Kovács, E. & Hegedüs, K. (2010). Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? *Psycho-Oncology* 19: 855–862 DOI: 10.1002/pon.1631.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion a new synthesis*. New York: Spring Publishing Company.

- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping *Journal of Personality* 74:1. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x.
- Legard, R., Keegan, J., & Ward, K. (2003). In-depth interview. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.) *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: Sage Publications.
- Lemments, Walter Van Herck (2009). *Religious Emotions: Some Philosophical explorations*. United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing.
- Leventhal, A. M., Spring, S. (2008). Sadness depression and avoidance behavior *Modification*, 32(6), 759-779.
- Lie to me*. [longa-metragem] Direção e Produção: Grazer, B. Nevins, D. Baum, S. United States: Fox Television (2009).
- Liakopoulo (2008). Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology *Support Care Cancer* 16:143–150 DOI 10.1007/s00520-007-0297-9.
- Lotufo, F., Lotufo, Z. & Martins, J. C. (2009). *Influências da Religião na Saúde Mental* Santo André: ESTec.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Avezum, A Jr. (2011). Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares *Revista Brasileira de Cardiologia*. 24(1):55-57.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A. & Koenig, H. A. (2012) Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *Journal Religion Health*. 51:579–586. Doi: 10.1007/s10943-010-9429-5.
- Machado, F. (2018) *Ciência e Religião no Espaço de Vida de Pós-Graduandos em Ciência da Religião* (Projeto de Pesquisa apresentado para inscrição para a seleção de bolsista de pós-doutorado (PNPD – CAPES) no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

- McCain, R. S., McKinley, N., Dempster, M., Campbell, W. J., Kirk, S. J. (2018). A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgrad Med J.* 94:43–47. Doi:10.1136/postgradmedj-2016-134683.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C. & Wortman, C. B. (1993). Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology.* (4)812-821.
- McIntosh, D. N. (1995). Religion- as- Schema, with implications for the relational between religion and coping, *The international Journal for the Psychology of Religion*, 1995, v.5, pp.1- 16.
- McIntosh, D. N. (1996). Facial feedback hypotheses: Evidence, implications, and directions. *Motivation and Emotion*, 20(2), 121–147. <https://doi.org/10.1007/BF02253868>.
- Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 153-162.
- Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F. Gulbrandsen, P. (2011). Patients' negative emotional cues and concerns in hospital consultations: A video-based observational study *Patient Education and Counseling*, 85, 356-362.
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 126-131.
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Lotufo, F. Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL *Rev. Psiq. Clín.*, 35(1), 31-32.
- Moreira-Almeida, A. & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade *Ciência e Cultura*. vol.68 no.1. <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>.

- Moreira H. A., Souza, Moreira, K N. & Souza, Yamaguchi b, M. U. (2018). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática *Rev Bras Saude Ocup* 2018;43:e3.
- Myers, D. J. (2014). *Psicologia Social* (10 ed.) Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Newton, A. T. & McIntosh, D. N. (2010). Specific Religious Beliefs in a Cognitive Appraisal Model of Stress and Coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, v.10(1).
- Paiva, G. P. (1999). Representação social da religião em docentes-pesquisadores universitários. *Psicologia USP*. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000200015>.
- Paiva, G. J. (2000). *A religião dos cientistas, uma leitura psicológica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Paiva, G. J. (2005). Psicologia da Religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In Amatuzzi, M. (Org.) *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus.
- Paiva, G.J. (2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas *Estudos de Psicologia Campinas*, 24(1) 99-104.
- Paiva, G. J. Psicologia cognitiva da religião (2007). *Revista de Estudos da Religião*: março, 183-191.
- Paiva, G. J. (2018). Psicologia da Religião: natureza, história e pesquisa. *Numen: revista de estudos e pesquisa da religião*, v. 219 (2) 9-31.
- Paiva, G. J. (2021). Princípios da Psicologia da Religião In Pereira, F. M. T., Bragheta, C. C., Branco, T. P. (Eds.) *Tratado de Espiritualidade e Saúde, teoria e prática do cuidado em espiritualidade na área de saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Palhares-Alves, H. N., Palhares, D. M., Laranjeira, R., Nogueira-Martins, L. A., Sanchez, Z.

- M. (2015). Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 37:146–149. Doi:10.1590/1516-4446-2014-1534.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2021). The psychology of religion and spirituality: How big the tent? *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/rel0000218>.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. (2004). Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516.
- Panzini, R., & Bandeira, D. (2007). Revisão da literatura *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (34), 126-135.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping, theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 37, pp. 710-724. <http://www.jstor.org/stable/1388152>.
- Pargament, K. I. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519:aid-jclp6>3.0.co;2-1.
- Pargament, K. I. (2002). Is Religion Nothing But ...? Explaining Religion Versus Explaining Religion Away *Psychological Inquiry*, vol. 13, No.3, 239-244.
- Pargament, K. I. & Mahoney, A. (2005). Sacred Matters: Sanctification as a Vital Topic for the Psychology of Religion. *The International Journal for the Psychology of Religion* 15 (3), p 179-198.
- Pargament, K. I., Ano, G. G. & Wachholtz, A. B. (2005). The religious dimension of coping:

- advances in theory, research, and practice. In R. Paloutzian, R. & C. L. Park (Eds.) *The Handbook of The Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K., I. & Raiya, H. A. (2007). A decade of research on the psychology of religion and coping: things we assumed and lessons we learned. *Psyke & Logos*, 28(2), 25. <https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8398>.
- Pargament, K. I. (2013). Spirituality as an Irreducible Human Motivation and Process. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 23:271–281, 2013.
- Pedroso (2021). O Capelão como membro da equipe de saúde. In Pereira, F. M. T., Bragheta, C. C., Branco, T. P. (Eds.) *Tratado de Espiritualidade e Saúde, teoria e prática do cuidado em espiritualidade na área de saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Plutchik, R. (2001). The nature of emotions: human emotions have deep evolutionary roots, fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American Scientist*, 89,344–356.
- Rican, P. R. (2004). Spirituality: The Story of a Concept in the Psychology of Religion *Archive for the psychology of Religion* 26(1), 135-156. <https://doi.org/10.1163/0084672053597996>.
- Rivera, J. (Product) & Docter, P. (Director) (2015). *Insed out*. United States: Walt Disney Pictures and Pixar Animation Studios.
- Santa, N. D., & Cantilino, A. (2016). Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(4), 772-780.
- Sayão, L. (2001). *NVI: a Bíblia do século 21*. Editora Vida.
- Sena, M. A. B., Damiano, R. F., Lucchetti, G. & Peres, M. F. P. (2021). Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework *Front. Psychol.* 12:756080. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.756080.

- Schäfer, L.J., Filho, C. R. B., Moura, C.T., Tavares, A.X.A., (2018). Propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Regulação Emocional Cognitiva *Psychiatry Psychother*;40(2) – 160-169.
- Silberman, I. (2003). Spiritual Role Modeling: The Teaching of Meaning systems. *The international journal for the psychology of religion*, 13(3), 175–195.
- Tattersal, A. J., Bennet, P. B. & Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital. *Stress and Health*, Volume 15, p.109-113. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199904\)15:2<109:AID-SMI793>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199904)15:2<109:AID-SMI793>3.0.CO;2-5).
- Taunay, C. D.E., Gondim. F. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A., Andrade, L. M. S. & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL) *Rev Psiq Clin.*, 39(4), 130- 135.
- Tsai, J. L., Koopman-Holm, B., Miyazaki, M. & Ochs, C. (2013). The religious shaping of feeling, implications of Affect Valuation Theory. In Paloutzian, R. F. & Park, C. L. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (Second Edition) New York: Guilford.
- Vail, K. E.; Rothschild, Z.K.; Weise, D. R.; Salomon, S.; Pyszczynski & Greenberg, J. (2010). A Terror Management Analysis of the Psychological Functions of Religion. *Personal and Social Psychology Review* 14(1)84-94. <https://doi.org/10.1177/1088868309351165>.
- Vasconcellos, E. G. (1992). Modelo Psiconeuroendocrinológico do Stress. In: Seger L. *Psicologia e Odontologia*. São Paulo, (2ª ed.). São Paulo: Editora Livraria Santos.
- Vasconcellos, E. G. (2017). Stress, coping, burnout, resiliência: troncos da mesma raiz in *A psicologia social e a questão do hífen*. In N. Silva Junior & W. Zangari (Orgs.) Editora Edgard Blücher Ltda Open Access.
- Veschi, B. (2019). Etimologia origem do conceito. Acessado em 5 novembro de 2020.

Recuperado de: <https://etimologia.com.br/crenca/>.

- Vikan, A. (2017). *A Fast Road to the Study of Emotions, an introduction* Norway: Springer International Publishing.
- Vishkin, A. (2021). Variation and consistency in the links between religion and emotion regulation *Current Opinion in Psychology*. 40:6–9. DOI [/doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.005](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.005).
- Vishkin, A., Bigman, Y. E., Porat, R., Solak, N., Halperin, E., Tamir, M. (2016). God Rest Our Hearts: Religiosity and Cognitive Reappraisal. Vol. 16, No. 2, 252–262. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000108>.
- Voltemer, E., Büssing, A., Koenig, H. G. & Zaben, F. A. (2014). Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients *Journal of Religion and Health*. 53:1741–1752. DOI 10.1007/s10943-013-9776-0.
- Wilson, E. (2012). *Emotions Spirituality in Religions and spiritual movements*. Maryland: University Press of America Inc.
- Wixwat, M. & Saucier, G. (2021). Being spiritual but not religious *Current Opinion in Psychology*, 40:121–125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.003>.
- Wynn, M. (2005). *Emotional experience and religious: understanding integrating, perception, conception*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zangari, W. & Machado F. R. (Org.) (2018). *Cartilha virtual, Psicologia & Religião: histórico, subjetividade, saúde mental, manejo, ética profissional e direitos humanos*.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de forma voluntária, sem custo e não remunerada, da pesquisa de campo do projeto “*Coping* (enfrentamento) de emoções negativas: crenças, atitudes e estratégias de *coping* de médicos em sua prática profissional”, desenvolvido por Mônica Frederigue de Castro Huang, doutoranda regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), RA 5579415, orientada pela Prof^a Dr^a Fatima Regina Machado.

Sua participação neste estudo consistirá em conceder uma entrevista *on-line* à pesquisadora para um conhecimento mais aprofundado dos modos como você lida com as emoções de tristeza, raiva e medo que surgem em decorrência do seu exercício profissional. Sua contribuição é importante porque possibilitará encontrar subsídios para considerar futuramente a proposição de alguma intervenção que possa auxiliar esses profissionais a lidarem com as vicissitudes de sua prática profissional no que diz respeito a desafios pessoais enfrentados cotidianamente no atendimento a humanos.

Antes de conceder a entrevista, é necessário que você leia com atenção este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preencha e assine este documento, ficando com uma cópia para si e remetendo outra cópia à pesquisadora, que o arquivará em segurança. Atendendo à Resolução nº 510/ 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que “dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados” diretamente obtidos de seres humanos, ao concordar em participar desta pesquisa, você tem garantida a manutenção do sigilo, confidencialidade e privacidade dos seus dados pessoais antes, durante e após o término do estudo.

A apresentação dos resultados deste estudo em textos ou eventos acadêmico-científicos será feita por meio de códigos ou nomes fictícios, de modo a zelar pelo sigilo quanto à identidade dos(as) participantes. Como este estudo não está sendo feito no âmbito institucional e sim no âmbito pessoal, também será mantido sigilo quanto à instituição na qual cada participante trabalha, para evitar futuras possíveis atribuições indevidas de posturas/crenças pessoais à atuação em um determinado contexto ou instituição específica.

Estima-se que a entrevista terá duração de cerca de 50 minutos e o entrevistado estará livre para desistir de prosseguir a qualquer momento se assim o desejar.

Este estudo foi elaborado de modo a não oferecer riscos às pessoas que dele participarem. No entanto, caso você se sinta psicologicamente incomodado(a) ou afetado(a) com algum conteúdo que venha a emergir em função das questões tratadas e se houver necessidade, a pesquisadora, que também é psicóloga (CRP 06/81760), lhe oferecerá suporte nessa situação.

Você poderá solicitar e receberá esclarecimentos antes, durante e após o término do estudo a respeito da metodologia de pesquisa. Após a realização do estudo, poderá ter acesso aos resultados obtidos, que serão publicados em tese de doutorado e, posteriormente, em artigo científico. Caso você tenha alguma dúvida sobre este estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail monicahuang@usp.br. Este projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo CAAE 36911220.8.0000.5561(número da aprovação).

Pesquisadora:

Ma. Mônica Frederigue de Castro Huang
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Social do Instituto de Psicologia da USP

Orientadora: Profa Dra. Fatima Regina Machado

E-mail para contato: monicahuang@usp.br

Telefone: (11) 98178-7833

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Endereço institucional:

Instituto de Psicologia – USP
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco A – Cidade Universitária
São Paulo – SP – CEP: 05508-030
Telefone: (11) 3091-4182



Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO(A) PARTICIPANTE

Declaro ter sido suficientemente informado(a) a respeito do estudo “Coping (enfrentamento) de emoções negativas: crenças, atitudes e estratégias de coping de médicos em sua prática profissional”, tendo compreendido bem as condições de participação. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, estando ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Nome do(a) participante: _____

RG: _____ **CPF:** _____

Assinatura do (a) participante _____

Local e Data:

____/____/____

APÊNDICE B

Roteiro da entrevista em profundidade (entrevista semidirigida)

Introdução

Doutor (a), gostaria de antes de darmos início à entrevista ressaltar que você está colaborando com uma pesquisa sobre como médicos lidam com as emoções de tristeza, raiva e medo no contexto hospitalar. Suas informações serão importantes e desde já agradeço a sua disponibilidade. A sua identidade será mantida em sigilo. A análise dos dados coletados fará parte da minha tese de Doutorado, e será apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Apresentação pessoal (dados demográficos)

Doutor (a) gostaria de pedir que você se apresentasse, quanto tempo que já é formado, qual a área de especialidade que atua, qual tipo de hospital que trabalha, se é público ou privado.

Primeira fase da entrevista em profundidade

O médico está preparado para responder a momentos de stress em uma série de situações em que é necessária uma resposta rápida para uma atuação profissional eficiente. Porém há situações em que é colocado frente a frente além daquilo para o qual houve a preparação por anos, afinal o ser humano é bem mais complexo e surpreendente. E são nestas situações que as emoções de tristeza, medo e raiva surgem exigindo que as enfrentemos de alguma forma. A minha pesquisa tem como foco estas experiências que chamam a atenção por fugir desta esfera do preparo. Essas emoções surgem então como fonte de *distress* com o qual precisamos lidar. Você poderia me contar uma experiência em que teve tristeza, medo ou raiva no trabalho no hospital e como você lidou com tal emoção?

Essa forma de lidar com as emoções que surgem nestas situações mudou com o passar do tempo de trabalho profissional? Você poderia me contar alguma situação específica? E como você percebe que mudou a sua forma de lidar com estas emoções?

Segunda fase da entrevista em profundidade

Pessoas fazem diferentes coisas quando têm estas emoções de tristeza, raiva e medo; algumas vão para arte, música; outras, exercícios, algumas para a religião, para Deus, amigos... você costuma fazer uso de alguma dessas formas para lidar com tais emoções?

Terceira fase da entrevista em profundidade

Conforme você tem me descrito, a religiosidade e espiritualidade não fazem parte das formas que você utiliza para lidar com a tristeza, medo e raiva no contexto do hospital.

Perguntas complementares

Como você percebe a relação entre o campo da religião e da ciência, você as percebe como inimigas, parceiras ou independentes?

Quando você estava na faculdade, você recebeu algum preparo sobre as emoções dos médicos? E quanto a parte referente a religiosidade?

Na sua experiência no hospital, como você vê o trabalho de capelania? Na sua opinião é importante?

Perguntas da Escala DUREL (Tainai, et al. 2008), lidas para os entrevistados.

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

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

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

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

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Liberdade para acréscimos se desejados, por parte dos sujeitos.

Doutor, você gostaria de acrescentar algo mais que julga importante, ou que gostaria de dizer referente a pesquisa?

APÊNDICE C

ROTEIRO DA APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1º eixo: Situações disparadoras de stress e emoções de tristeza, medo ou raiva na prática profissional.

2º eixo: Uso de *coping* religioso para enfrentamento de stress e emoções negativas eliciadas na prática profissional.

No roteiro de entrevista há 3 momentos fundamentais:

Momento 1: é solicitado que os médicos falem livremente sobre momento marcante que provocou neles as emoções de tristeza, medo ou raiva;

Momento 2: são oferecidas aos médicos alternativas de recursos de enfrentamento às emoções de tristeza, medo ou raiva decorrentes de sua prática profissional tendo a religiosidade como uma das alternativas (se a religiosidade não foi mencionada no primeiro momento);

Momento 3: é abordada diretamente a utilização da religiosidade como recurso de *coping* para enfrentamento de emoções de tristeza, medo ou raiva eliciadas na prática profissional (se isso não foi mencionado nem no Momento 1 nem no Momento 2).

3º eixo: Preparo na formação profissional para lidar com emoções e religiosidade; visão da relação religião – ciência; percepção que os médicos têm da capelania.

4º eixo: A crença religiosa e a percepção quanto a profissão; crença religiosa como provocadora de stress; crença religiosa do paciente como provocadora de stress. Acréscimos espontâneos e DUREL.

APÊNDICE D

QUADRO SINTÉTICO DOS DADOS ENCONTRADOS

DR	Fonte de vivência	Emoções relatadas	Momento da entrevista em que há a menção da religiosidade	Estilo de coping	Recursos religiosos utilizados	Relação entre os campos da clínica e da religião	Regulação das emoções	Preparo na formação quanto às emoções	Preparo na formação quanto à religiosidade	Capacidade no hospital	Algumas crenças apresentadas durante a entrevista
DR1 Oftalmologia 32 anos Evangélico	"Sair de uma cirurgia de catarata e perder o olho"	Medo tristeza	Terceiro momento	Colaborativo	Oração/ entrega	Independentes	Maior empenho para evitar que aconteça novamente	Nenhum preparo formal	Lançou mão de atividades extracurriculares em grupos de sua própria adesão religiosa	Importante	"também me ajuda a encargar que Deus permitiu isso acontecer e isso deve trazer alguma lição. Vou sempre como por esse lado também." "Deus me dirigiu para voltar para essa área de volta... e hoje eu só feço isso..."
DR2 Anestesiologista 12 anos Evangélico	Contaminação covid 19	medo	Primeiro momento	Delegação/ entrega e colaboração	Entrega "seja o eu Deus quiser"	Parceiros		Algumas aulas de psicologia	Lançou mão de atividades extracurriculares em grupos de sua própria adesão religiosa	Importante	Para mim a religião às vezes ajuda e às vezes atrapalha. Eu fico pensando que Deus está sobre controle de todas as coisas e começo a ver muita tragédia aí eu começo a ficar um pouco confuso... aí nessas horas prefiro deixar a religião de lado e tento pensar que a vida é assim mesmo... sem momentos bons e momentos ruins.
DR3 Oftalmologia 31 anos Sem adesão	"Quando a cirurgia não corre bem"	Tristeza/afritamento	Segundo momento	Delegação/ entrega	"feço promessas, rezo... porque o sono"	Parceiros	Ruminação	Nenhum preparo formal	Nenhum preparo formal	---	
DR4 Ortopedia	"atraso vem dos outros"	nívia	Terceiro momento	---	Apoio grupo social da comunidade religiosa	Parceiros	Ajuda a reatar Reavaliar atreves do grupo	Algumas aulas sobre a saúde mental dos médicos	Lançou mão de atividades extracurriculares em grupos de sua própria adesão religiosa	Importante	É a gente, por ter Deus, a gente lida melhor com as coisas. Toda a carreira de médico ajuda muito ... o fato de conhecer a Deus, isso te dá forças para lidar com tudo isso.
DR5 Ortopedia 13 anos Evangélica	"sero médico, sair pior do que entrou"	Tristeza frustração	Primeiro momento	---	Apoio do líder religioso e comunidade religiosa	Parceiros	Desdobramento da atenção em uma direção	Nenhum preparo formal	Lançou mão de atividades extracurriculares em grupos de sua própria adesão religiosa	Importante	Eu acho que religião ou o que eu creio é um componente muito importante do que eu sou, acho que como médico me faz ser um médico diferenciado. (...) quando a gente tem um visto de Deus e quando a gente encara a nossa profissão como algo, uma forma de servir a Deus. Então, assim, dentro da Medicina eu fiz A, vi sair A, ou eu fiz B, vi sair B mas muitas vezes não sai. Então... você vê que existe uma coisa a mais, que tá fora do seu controle que pode ser ruim, mas se você sabe o que é, é bom. Acho que essa é a questão e da visão do propósito... que tem um propósito para você e que você faz parte do propósito, o propósito que você foi chamado e o paciente também...
DR6 Ortopedia 7 anos Evangélico	Situação de risco de paciente com necessidades especiais	Tristeza nívia	Não menciona religião	---	---	Parceiros	Desdobramento da atenção em uma outra direção	Grupos de memória	"Porque já começava desenvolver a clínica e a espiritualidade"	Importante	
DR7* UTI Pediatría 25 anos Evangélico	Óbito de paciente	Tristeza	Primeiro momento	Colaborativo	Oração e súplica/entrega	Parceiros	Tenta não pensar	Nenhum preparo formal	Lançou mão de atividades extracurriculares em grupos de sua própria adesão religiosa	Importante	Mas às vezes, como cristão a gente fica mais... tem mais conflitos. (...) Eu falo que as situações mais difíceis de lidar nessa hora, são com os evangélicos, as famílias cristãs, porque elas têm tanta fé que Deus vai curar e Deus não cura. Aí... não só a dor da perda do filho, como vem muitas vezes óbitos, fragilidades, que Deus não foi fiel, ou que Deus não é real. E essas são as minhas maiores conflitos nessa hora. (...) Eu sempre sofri muito com essa parte, o poqndá da dor, o poqndá do sofrimento... porque Deus não interfere quando a gente ora. (...) Já tive depresso por isso, já fiquei um tempo longe de Deus por isso. Por não ter essas respostas.
DR8* UTI Pediatría 31 anos "Convertida ao judaísmo"	Óbito de paciente	Tristeza Raiva E medo	Não faz parte	---	---	Não cre em religião	Aprendeu com a experiência da vida a raiva/ medo e raiva (trabalho emocional)	Nenhum preparo formal	Aprendeu por si mesma a perceber quem é mais religioso para fazer uso no consolo dos pacientes	Importante	Não acredito em religião (...). É importante você ter um tempo pra você mesmo, por isso eu falei meditar, é uma coisa boa. Ler um Salmo, ser um tempo pra você cuidar de si, da sua espiritualidade, da sua crença. Isso pode ser a religião pra quem é religioso, ou como por exemplo que não sou religiosa, eu acabo lendo uma série de coisas. (...) Acho que é mais importante do que ser religioso e ser bom poder ajudar as pessoas é o que faz bem pra gente.
DR9* UTI Pediatría 34 anos "Católica com visã espírita"	Óbito de paciente	Tristeza	Primeiro momento	Crença espírita apaziguadora	Crença religiosa como elemento de coping	Parceiros	A crença religiosa apazigua as emoções	Nenhum preparo formal	Nenhum preparo formal	Importante	Eu sempre acredito nesta missão, quando você recebe uma missão dessa, de acalhar os pacientes no fim da vida. (...) Eu sei que a vida é um processo e a única coisa que a gente tem certeza é a morte, que a gente um dia vai morrer. E que infelizmente criam essas mortes de doença, de trauma de alguma coisa... eu não tô aqui pra julgar, eu estou aqui pra ajudar a cuidar.
DR10* UTI Pediatría e C. Palliativo Obs. Professora de espiritualidade.	Óbito de paciente	Tristeza nívia	Terceiro momento	"Ela ajuda um pouco" "não é muito religião, mas sim uma espiritualidade"	"traz um significado pra mim algum motivo para eu estar ali" "Me ajuda a entender porque aquela criança de seis anos passa por aquilo"	Parceiros	Faz uso de exercícios, música e	Nenhum preparo formal	Uma disciplina de psicologia clínica	Importante	Ela ajuda um pouco para dar o significado para o meu papel ali. Pra trazer um significado para mim de trazer pra mim algum motivo para eu estar ali. Naquele sofrimento para aquela pessoa, trazer um sentido para o sofrimento daquela pessoa e também me ajuda a lidar com o sofrimento do outro. Me ajuda a entender por que aquela criança de seis meses está passando por aquilo (...). Eu acho que me ajuda dar sentido tanto no ponto de vista profissional pra mim como do ponto de vista meu pessoal.
DR11* UTI Pediatría e C. Palliativo 32 anos Espírita Obs. Professora de espiritualidade.	Óbito de paciente	Tristeza	Segundo momento	Crença de o entendimento e sentido	"Entender todas essas emoções passa pela religião"	Parceiros		Nenhum preparo formal	Lançou mão de atividades extracurriculares em grupos de sua própria adesão religiosa	Importante	Então aquilo me ajuda a dar um sentido, me ajuda a cuidar, me ajuda a ficar pacificado e quando eu estou diante de uma situação, de de conflito, uma situação que me deixa ansioso, desafiado e que tenho medo de não conseguir lidar, uma coisa que eu faço é rezar, pedir ajuda. (...) Agora eu lido com isso de outras formas, então tem a religião, o suporte da família, dos amigos. Também comecei a fazer meditação pra me ajudar a voltar para o centro.
DR12* UTI Pediatría 13 anos Católica	Situação de paciente institucionalizado	Tristeza	Terceiro momento	Conforto na crença	"Me dá conforto pensar que foi vontade de algo maior que existe sobre a vida e a morte, eu acredito nisso"	Parceiros		Nenhum preparo formal	Nenhum preparo formal	Importante	...somos instrumentos de algo maior. Então acho que sim a gente tem que sempre se avaliar para dar o melhor cuidado para o outro, para os pacientes, mas eu acho que na minha cabeça quando as coisas acontecem me dá conforto pensar que foi vontade de algo maior que existe sobre a vida e a morte
DR13* UTI Pediatría 12 anos Espírita	Óbito de paciente	Tristeza	Terceiro momento	A nova crença assumida	"saber que tem algo a mais e que não termina tudo aqui espiritismo dá explicação"	Parceiros	Reavaliação e atividade de Yoga no período da pandemia	Somente no início e posteriormente e serviço de psicoterapia disponível para os alunos	No final da graduação, um professor abordava reflexões e questionamentos a partir da filosofia	Importante	Porque não há como o médico achar que ele é só um técnico. Todos nós carregamos alguma bagagem de algum tipo de espiritualidade que pode ou não estar ligada a uma religião
DR14* Cuidados Palliativos 25 anos "estilo de vida budista"	Óbito de paciente	Tristeza	Não faz parte	---	---		Passa como recurso para coping com as emoções	Nenhum preparo formal	Nenhum preparo formal	Importante	Para mim o estudo da espiritualidade segundo a ciência, só pode ser um estudo exploratório né... não tem como provar.
DR16 Neurologista 25 anos Católico	Óbito de paciente	Tristeza "chatação"	Primeiro momento	Colaborativo	Oração de súplica	Parceiros	Reavaliação	Nenhum preparo formal	Nenhum preparo formal	Importante	A medicina não é exata. Deus mais do que cinco, três vezes quatro é dez. (...) Eu creio que eu sou um instrumento e que eu faço a minha parte, é isso que busco fazer, penso se é o que podia fazer da melhor maneira possível. Mas Deus é que controla tudo. (...) Não dá para um médico não acreditar em Deus, quando você vê o corpo humano, como tudo é tão perfeito.
DR17 Endoscopiasta 31 anos Cristão	"exame de rotina e aí tem problema"	medo	Religiosidade não mencionada no coping	---	---	Independentes	Desdobramento da atenção em uma outra direção	Uma classe na graduação de psicologia médica	Nenhum preparo formal	Não tem contato	Relato a experiência de escolha profissional como uma condução divina.

*Médicos que utilizaram ou utilizam terapia psicológica.

APÊNDICE E
ENTREVISTAS DIGITALIZADAS⁵⁹

DR1

Tempo de formação: 31anos

Gênero: masculino

Especialidade: oftalmologia cirúrgica

Local de trabalho: hospital público e privado

Estado civil: casado

Adesão religiosa: evangélico

E- Primeiro muito obrigada, DR1, de poder me ajudar me dando esta entrevista e já tendo me enviado o TCLE. Primeiro DR1, gostaria de saber qual a sua especialidade e há quanto tempo você trabalha como médico.

DR 1- Eu sou oftalmologista desde 1989, e eu trabalho com clínica e hospital público. Também trabalho em hospital público e particular e atendo na clínica também.

E- Dr 1, pensando na realidade do trabalho no hospital, vocês médicos são preparados para enfrentar o stress, fazer decisões rápidas... mas algumas vezes a situação exige além do preparo, o ser humano é muito mais complexo, e aí que surgem muitas vezes as emoções que exigem uma forma de lidar... Gostaria de pedir então para você contar uma experiência que te marcou em que você teve ou tristeza, ou medo ou raiva no trabalho lá no hospital e como você lidou ali com a emoção na hora.

Dr 1- Teve uma vez ... (começou a relatar uma experiência de medo da paciente...)

⁵⁹ As entrevistas foram digitalizadas literalmente como foram relatadas pelos médicos (sem correções de português gramatical) e as informações que possibilitassem identificação dos entrevistados foram alteradas.

E- Espera um pouco, o seguinte, alguma situação em que você como médico passou por uma situação que envolvesse uma dessas emoções, como foi para você, ok?

DR 1- Acho que o que me marcou mais foi uma experiência quando eu ainda estava na residência, aconteceu algo que pode acontecer... eu comecei a cirurgia tinha a equipe ali operando comigo aí eu disse, “professor o que é isso! É um “pouco de sangue” aí eu continuei a cirurgia e aí continuou saindo e a coisa foi piorando de repente a coisa explode, chama hemorragia expulsiva, sai todo o conteúdo do olho, a íris, cristalino, a retina, o sangue expulsa todas as estruturas do olho, você não sabe o que fazer... A situação é de desespero porque o paciente vai perder a visão, vai perder o olho e eu não consigo fazer nada o médico do meu lado não consegue fazer nada. Não tem o que fazer nessa situação. É uma situação muito traumática e é isso. E aconteceu bem no meu primeiro ano, triste... do meu aprendizado, no segundo ano a gente começa a fazer cirurgia de catarata, e foi nesse início que então eu tive essa complicação. Foi um terror. E a resolução na hora da cirurgia é retirar o olho do paciente, a solução para conter essa situação é retirar tudo, limpar e retirar todo o olho. É um trauma muito grande, você entrou para fazer uma cirurgia de catarata e você sair sem o olho. E ... eu pensando como o paciente vai reagir a isso, e explicar para a família do que aconteceu. Ainda bem que o professor que estava do meu lado foi que falou as coisas para o paciente. Aí... o professor foi lá e falou com calma, serenidade, falou com o familiar primeiro, o paciente estava anestesiado ainda. Aí depois que o paciente saiu da anestesia aí o colega foi e eu fui junto para conversar com o paciente e para dizer o que aconteceu com ele e que ele iria perder aquele olho. Então esse foi muito chato... e o meu maior pavor durante minha vida profissional. E a partir de então isso influenciou todo o meu treinamento. Aí eu me tornei o cirurgião mais cauteloso, da história do universo que eu não queria nunca mais ter uma experiência como essa... eu demorava muito mais do que meus colegas, bem devagar. Meus amigos operavam muito mais rápido... ai eu não queria mais operar... bom, vou fazer outra coisa, vou fazer óculos vou trabalhar em outra área da oftalmologia, mas não na cirurgia.

E- Essas emoções, lá na hora... muitas pessoas quando sentem essas emoções, as pessoas lidam de formas diferentes com essas emoções, como você disse você ficou com isso. Algumas pessoas vão para bebida, outras para música, outras vão para religião ou vai para artes... e como isso seria para você.

DR1- Bom, na época não fui para nenhum lugar diferente, não fiz nada de diferente, não tive nenhuma reação exagerada... de jogar tudo para o alto, não sei... a tristeza que vem em

seguida... você revê a situação, a imagem vinha na minha mente. As pessoas vinham conversar comigo pra me convencer a operar de novo, e demorou um pouco para eu voltar, não foi muito algumas semanas... duas ou três semanas. Aí toda vez que eu ia operar, mas com aquela imagem na minha mente então quando estava operando, qualquer coisa já vinha aquele receio será se vai acontecer de novo... então deixa eu fechar de novo... Martela na sua cabeça... aí..., então pra mim foi assim, desenvolver um modo mais seguro de nunca mais ter esse problema. Mas não fiz nada radical não.

E- Então nesse sentido a religiosidade e espiritualidade não fez parte dessa forma de lidar ou fez!

DR1- Eu acho que sim... acho que sim... eu creio. Eu penso que na verdade a forma como a gente enxerga as coisas, a gente entender nosso relacionamento com Deus e isso afeta todas as nossas coisas. Também me ajuda a enxergar que Deus permitiu isso acontecer e isso deve trazer alguma lição. Vejo sempre como por esse lado também. Não me rebelei contra Deus, “como que você fez isso comigo?” “como você deixou eu passar por isso, não sabia que ia acontecer não me avisou?” não, não tive nenhuma reação assim... acho que tem um pouco da minha personalidade também de ser mais tranquilo, bom... Senhor, você sabe melhor das coisas.

E- Interessante por ser exatamente essa área específica que você se especializou e atua até agora.

DR1- Então... não é estranho... por que eu me, me... a história dá muitas voltas... eu me tornei o cirurgião mais medroso da residência, sabia!? E por conta disso eu me tornei o cirurgião que teve menos complicações do que os meus colegas... eu fui devagar, mas fui indo... e eles rápido e complicação, rápido e complicação. Eles tiveram mais traumas, mas para mim foi “liso” e eles tiveram muito mais traumas durante o processo. Na história da minha vida foi o que aconteceu, Deus me dirigiu para voltar para essa área de volta... e hoje eu só faço isso... (risos).

E- Então agora, DR, eu vou fazer umas perguntas mais objetivas, ok? Como você vê a religião e a ciência, como inimigas, parceiras ou incompatíveis!?

DR1- Eu não vejo incompatibilidade, não. Não vejo briga entre elas. Não dá para explicar, se vc tenta ler a Bíblia e tenta retirar alguma informação científica acho que não é a ideia da Bíblia. Elas são compatíveis e conforme a ciência vai descobrindo ela vai comprovando e mostrando como nosso Deus é bom, maravilhoso, é detalhista.

E- E durante todo esse caminho teu, de 31 anos, você viu a necessidade da presença da capelania no dia a dia no hospital?

DR 1- Eu, eu vi boas coisas sim e no hospital eu me envolvi com o trabalho de capelania por um tempo e o que a gente percebeu é que muitos pacientes que não tinham nenhum acolhimento, nem da própria família e nem da parte dos médicos, a capelania era fundamental no acolhimento dessas pessoas. A gente via assim, pacientes mais idosos que nem recebiam visitas dos seus familiares então a capelania era algo que eles esperavam, todo fim de semana que a gente ia lá cantar para eles. Eu me envolvi mais no trabalho eventual de fins de semana, ir cantar para eles, eu não me envolvi com a visitação, não tinha feito o curso o treinamento nada então eu não podia fazer a visitação. Mas aí no fim de semana a gente ia cantar e fazia algo mais pontual e alguns pacientes se emocionavam. Eu participava, mas de longe, mais nos fins de semana, mas não das visitas diárias.

E- Quando você fez a graduação, você teve alguma matéria sobre o preparo sobre emoções do médico, e sobre a espiritualidade, religiosidade?

DR1- Não tinha uma matéria específica, aula sobre o enfrentamento das emoções, mas era uma coisa meio mentoria. O professor levava a gente para o leito do paciente e como ele reagia as... até agressões do paciente levava a gente a ver como ele ia lidando. Aprendia olhando a situação. Acho que dessa forma como a gente lidava ou aprendia a lidar com o paciente, vendo como o chefe agia. A gente tinha alguns princípios como ver o paciente como um todo, não somente como uma doença que está acompanhada pelo corpo...

E- Mas e sobre as emoções do próprio médico, o que vocês iriam enfrentar, estas emoções.

DR1- Formalmente não.

E- E sobre a espiritualidade ou religião.

DR1- A gente tinha só nas reuniões de grupo de estudo bíblico que eu fazia parte, a gente ouvia os mais velhos e as suas experiências. Mas só mais direcionado a problemas como aquela religião que não faz transfusão de sangue... acho que é Testemunha de Jeová. Mas nada além disso.

E- Você ficou surpreso que a pesquisa tratou do tema de religião e espiritualidade, sendo uma pesquisa de psicologia?

DR1 -Não fiquei surpreso de abordar a religião na entrevista, vindo de você achei que tinha que ter relação (risada). Mas não sabia que eu deveria ter falado que naquela experiência que eu contei, claro que eu orei, lá na hora... mas sim lá na hora claro que eu orei e pedi a Deus...

E- Bom, era isso, Dr. Mas gostaria de saber se você gostaria de dizer algo mais que julga importante para acrescentar, ou que você gostaria de falar.

DR1- Acho que tem muito a ver a forma que reagimos a esses sentimentos, a forma como a gente lida com a nossa espiritualidade. Pensando no aspecto de lidar com as emoções assim do tipo raiva, medo... acho que a forma como a gente reage acho que reflete um pouco o quanto nos somos focados... onde está o foco na nossa vida... se na nossa vida o foco é na nossa própria felicidade é um jeito de reagir, mas se a gente tem noção do de quem rege a nossa vida é diferente. Onde a nossa vida está inserida, muda como a gente reage as nossas emoções... Ahh... passei um momento assim de raiva... ah... já passei...momento de raiva que fiquei pensando em defesa de quê, de quem estou gritando... e muitas vezes é muito a ver só com a minha própria vontade, satisfação... e aí cai a ficha de quão egoísta somos...

E- Puxa... DR1, muito obrigada pelo seu tempo, pela sua abertura de contar a sua experiência. Obrigada mesmo.

DR 2**Tempo de formação:** 12 anos**Gênero:** masculino**Especialidade:** anestesista**Local de trabalho:** hospitais público e privado**Adesão religiosa:** Evangélica**Estado civil:** casado

E- Primeiro muito obrigada, DR2, de poder me ajudar me dando esta entrevista e já tendo me enviado o TCLE, com disposição de me ajudar a alcançar outros médicos para a entrevista. Primeiro dr, gostaria de saber qual a sua especialidade e há quanto tempo vc trabalha como médico.

DR2- Eu sou anestesista desde 2007 e trabalho em hospitais públicos e privado.

E- Como você viu no TCLE, a minha pesquisa são as emoções de tristeza, medo e raiva. Na verdade, vocês médicos são preparados para responder rápido a situações de stress, mas o ser humano é bem complexo... e aí que surge algumas situações que exige mais e que precisam ser enfrentadas de alguma forma, ser lidadas. Gostaria de pedir então para você contar uma experiência que te marcou em que você teve ou tristeza, ou medo ou raiva no trabalho lá no hospital e como você lidou ali com a emoção na hora.

DR2- Ahhh..., acho que foi agora quando chegou uma criança de dois anos pra mim, e que estava com covid. Me deu medo (pausa), porque envolve muita coisa... e eu tinha que fazer o procedimento e aí seja o que Deus quiser, mas claro que... a doença em si do covid não é tão letal, né? Não bateu um desespero tão grande depois, aí peguei a doença vou morrer!!! Depois vamos lá... aí a gente se lava, se desinfeta todo depois... e segue em frente.

E- Quando a gente passa por essas emoções, cada pessoa tem uma dinâmica interna, cada pessoa faz uma coisa para lidar com essas emoções. Tem pessoas que cantam, mudam o que está pensando, às vezes bom humor, outros vão pra religião, cada um faz de uma forma diferente. Você pode detalhar mais, falar algo mais de como você faz ou como foi para você essa situação?

DR2- Eu acho que cada fase eu lido um pouco diferente. Bom, na atual fase eu tento... esquecer, naquela situação foi triste naquele momento e eu depois eu tento apagar da minha memória quando estou com minha família, e tento curtir os momentos com eles e não fico revivendo aqueles momentos. Teve a época... eu como anestesista meu contato é muito rápido com o paciente, eu não preciso ficar cuidando dele por muito tempo é mais fácil esquecer dele por um tempo. Há uns 3, 4 anos atrás que eu trabalhava mais com capelania evangélica, e a gente tinha mais contato constante com pacientes terminais eu trabalhava com crianças com câncer terminal. Aquela época foi bem difícil. Então a gente visitava semanalmente, era um contato mais constante. A gente tentava ajudar o paciente, ajudar a família. Aquela época eu fiquei mais depressivo e como pessoa eu fiquei uma pessoa pior assim, de contato muito pior... não achava graça nas coisas, não tinha vontade de me divertir... o nosso ímpeto era pela religião... estar lá... só que emocionalmente era muito ruim para mim. Tanto que quando eu parei a capelania evangélica, o que faz mais ou menos uns três anos, eu posso dizer que me sinto mais leve.

E- Conforme você está falando a religiosidade não fez parte desse processo de lidar com essas emoções, certo?

DR2- Para mim a religião às vezes ajuda e as vezes atrapalha. Eu fico pensando que Deus está sobre controle de todas as coisas e começo a ver muita tragédia aí eu começo a ficar um pouco confuso... aí nessas horas prefiro deixar a religião de lado e tento pensar que a vida é assim mesmo... tem momentos bons e momentos ruins. Então tem aquela situação com tal paciente e tentei ajudar naquele momento o paciente e quando não estou mais com o paciente eu tento esquecê-lo. E aí tentar curtir minha família e por exemplo tentar me divertir bastante, sei lá indo... pescar... descarregar o stress com essas coisas.

E- Bom você já falou da capelania. Você vê a necessidade da capelania no hospital se isso é importante.

DR2- Sim, vários pacientes ajudam demais é indescritível. É de mais mesmo. Uma coisa que é triste é quem vai cuidar dos capelães, cada um vai tentando se ajudar lá e a tocar o barco. É admirável que eles estão lá, não só na capelania em tantas outras organizações de missões... essas coisas. Para o paciente é extremamente importante.

E- Quando você fez a graduação, você teve alguma matéria sobre o preparo sobre emoções do médico? E sobre a espiritualidade, religiosidade?

DR2- Nós tivemos aulas de psicologia, mas como a gente é muito jovem e não temos vivência na prática muitas vezes a gente não dá bola, a gente assiste as aulas e pronto, ok? E só com o tempo e dependendo da especialidade a gente começa a dar valor.

E- E sobre espiritualidade e religiosidade, você teve algo na graduação?

D2- Não, não tive nada.

E- Você ficou surpreso que a entrevista fosse caminhando para o tema da religião, espiritualidade por ser uma pesquisa de psicologia?

DR2- Não, não fiquei surpreso. Quando trabalha com essas emoções, sempre tem que caminhar ou pra religião, ou pra medicação psiquiátrica com medicação... ou para o esporte, que as pessoas usam para aliviar o stress.

E- DR2, como você vê a relação entre religiosidade, espiritualidade e a ciência: como inimigas, parceiras ou incompatível!

DR 2- Ah... parceiras.

E- Agora que a gente terminou, você gostaria de acrescentar algo que você julga importante ou contar mais algum evento quanto a essas emoções?

DR2- Não sei. Acho que não... é isso

DR 3

Tempo de formação: 31 anos

Gênero: masculino

Especialidade: oftalmologia cirúrgica

Local de trabalho: hospital público e privado

Estado civil: casado

Adesão religiosa: sem filiação

E- Primeiro muito obrigada, Dr, por separar esse tempo para me ajudar me dando essa entrevista, sei que vocês têm agenda corrida e separar um tempo assim não é tão simples. Muito obrigada, mesmo! Dr, seu nome não é brasileiro, mas você é nascido aqui, certo!

DR3- Sim, eu nasci aqui, mas meu pai nasceu no Líbano e minha mãe, é neta de italianos.

E- Que legal. Então, primeiro, Dr, nós sabemos que os médicos são preparados para responder rapidamente a situações de stress e a lidar com as emoções, mas também sabemos que muitas vezes, com a complexidade do ser humano, surgem situações que exigem mais e as emoções de tristeza, medo e raiva vem com tudo. Então queria pedir pra você contar uma experiência de uma dessas emoções e como você fez para lidar internamente com essa situação, que exigiu mais.

DR3- Então a nossa profissão de oftalmo não é uma coisa simples, então a glaucoma é pior ainda... a gente vive alegria e tristeza e quando a gente faz uma cirurgia e não corre bem, eu sofro muito. Tem gente que consegue relevar isso... mas eu não. Eu sofro, sofro muito... No início da profissão as complicações que são bastante que a gente tem na área eu ficava muito mal... e até hoje eu sofro. Eu mudei muito... e agora a gente tem os residentes, eu trabalho bem melhor agora. O hospital escola tem muita complicação, eu acho que trabalho melhor hoje... isso é uma coisa que eu não gosto na profissão, resultados ruins eu fico muito chateado.

E- Você poderia me contar um evento que te marcou e como você fez internamente para encarar as coisas (quase não deixou acabar a colocação).

DR3- Eu tenho alguns pacientes que guardo comigo até hoje. Com uma paciente que chamava Maria, eu estava com o residente e houve uma complicação cirúrgica e, e... outro dr. amigo

veio para ajudar, mas acabou que ela perdeu olho. Complicou com o residente, mas eu estava ali como assistente também era responsabilidade minha... transplante de córnea, mas não acabou bem também. Eu não esqueço dela, eu lembro dela nítida assim, até hoje... tem bastante desse tipo...

E- Então uma outra pergunta seria assim. Quando você passa por essas emoções cada pessoa faz de uma forma diferente, tem gente que muda o pensamento... (o médico foi falando junto)

DR3- Não eu fico martelando... e sofro muito com isso.

E- Algumas pessoas vão para música, outras para religião, uns contam piada ...

DR3- Eu faço promessa, rezo... perco o sono. A gente convive também com outros residentes, outro dia uma residente começou a chorar do meu lado ali ... aiii, não dá nada certo... ai eu falei calma, são fases... É uma área um pouquinho mais complicada... assim fazer uma cirurgia do coração, o torax está aberto, o paciente está entubado, os nossos erros são ali na hora “pa pumba”, então é uma área mais chatinha, mais difícil por ser muito dinâmico... são erros de um milímetro e dão complicações graves, muito delicado.

E- Então como sr falou, a religiosidade faz parte dessa forma de lidar com essas emoções?

DR3- Eu não sou praticante, mas eu rezo toda noite acho que ajuda é óbvio, mas não sou praticante de nada.

E- Como é para você, DR3, a relação da religião e da ciência, parceira, inimigas, conflitantes?

DR3- Eu acho que são parceiros, eu sempre peço ajuda, rezo antes de começar... acho que são parceiros e ajuda assim.

E- Na faculdade, você disse que fez em Brasília, certo?

DR3- Isso, eu sou do interior de São Paulo, uma cidade perto de Bauru, mas passei no vestibular, a 700 quilômetros da minha cidade. Morava em alojamento não foi uma vida fácil não...

E- Na faculdade você teve alguma classe, algum preparo, em relação às emoções para vocês como médicos?

DR3- Falha grave da faculdade. Falha muito grave... a gente não é preparado, não é preparado para lidar com esse tipo de coisa. Não tive uma matéria sobre isso.

E- E sobre religiosidade e espiritualidade?

DR3- Não, nada disso, é uma falha.

E- E quanto a capelania, você percebe se há necessidade?

DR3- Ahh, capelão, acho que não eu não conheço, não vi lá no hospital. Tive um paciente capelão..., mas não sei.

E- Dr3, você ficou surpreso que sendo uma pesquisa de psicologia caminhou para a religiosidade, espiritualidade?

DR3- Ah!!! Não, acho que elas se complementam e são importante sim. No meu caso, sempre foi muito difícil isso, meu pai nasceu fora do Brasil e ele era muçulmano. Minha mãe era católica, e eu cresci nesse mundo, ele não deixou eu ser batizado quando criança, só depois de adulto. Cresci no meio de dois mundos bem diferentes. Eu acabei assim, não tomei nenhum rumo já segui um pouco o espiritismo no ano passado, mas atualmente não... sou nada agora.

E- Dr, gostaria de saber se tem algo mais que você ache importante, ou queira colocar pra mim, que você julgue importante.

DR3- Puxa, já acabou

E- Fica a vontade de colocar mais algo, fica à vontade...

DR3- Muito legal...

E- Muito interessante a mistura dos seus pais de cultura e religião.

DR3- Sim eram dois mundos muito diferentes porque uma coisa era engraçado.... Deixa eu ti contar para você ter uma ideia. Eu não tenho a fé que ele tinha... Meu pai lia o alcorão, o livro a bíblia deles, pra você ter uma ideia... para matar o frango não podia destroncar a cabeça... Então eu tinha que ir amolar a faca, enquanto isso ele ia se lavava inteiro, rezava e aí na hora de matar o frango, matava rezando então o que eu não tive de experiência assim do lado católico, a fé que meu pai tinha era inabalável. Ele cantava muitos hinos e minha mãe não tinha essa fé assim. Não conheci minha família lá, lembro dele recebendo uma carta falando que meus avós tinham morrido e ele ficou muito triste... mas não conheci e nunca fui pra lá.

E- Muito legal a sua história, DR3, muito especial. Dr, muito obrigada por seu tempo, disposição de participar. Super obrigada mesmo.

DR 4**Tempo de formação:** 7 anos**Gênero:** masculino**Especialidade:** ortopedia**Local de trabalho:** hospital público e privado**Estado civil:** solteiro**Adesão religiosa:** evangélica

E- Oi Doutor, muito obrigada por separar esse tempo para a minha entrevista. Doutor, os médicos são preparados para agir rapidamente em situação de stress para solucionarem o problema..., mas há momentos que surgem situações que exigem mais do médico. Gostaria de pedir que você me contasse um evento marcante, uma experiência que foi marcante pra você, que surgiu uma dessas emoções de tristeza, medo ou raiva e como você lidou com elas. Como foi para você, como você lidou com a emoção aí dentro, internamente... como você fez nessa experiência.

DR4- Iche, eu sou ruim de história... Como você comentou a parte de stress, apesar de parecer, nem todos os médicos estão preparados para isso, né? Apesar de parecer. Por isso existe as divisões, a maioria das divisões da urgência, aí sim, estão mais preparados para isso... quem não é dessa área... Por isso quem tem a especialidade de urgência sofre um pouco mais com isso... aí a parte emocional afeta muito... Mas quem é mais dessa parte, assim como eu, as vezes preciso ir no Pronto Socorro, tenho que ir, aí a gente tem que ser rápido, tem que ser frio na verdade. É claro a gente pensa na pessoa como uma pessoa, como um humano, mas a gente tem que resolver o problema também. Acho que tudo antes da gente se preocupar com a gente, a gente precisa se preocupar com o outro. Então é assim, levar as diferenças pra outro nível e não se stressar, acho que é o mais importante e depois fazer o que é necessário, agilizar ao máximo pra fazer a cirurgia, no nosso caso da ortopedia. Principalmente fraturas expostas, né? Geralmente o motoqueiro vai lá precisa de um atendimento rápido, muitas vezes as pessoas não entendem a urgência assim, aí stressa um pouco... assim. Principalmente da parte dos funcionários, da equipe, né? Mas o importante é não perder a calma, vejo muitos outros colegas perdendo e isso não leva a nada, né? Dentro da cirurgia quando dá algo errado, você precisa manter a calma assim... Agora... vamos ver então uma experiência, não tem muito assim... eu

esqueço fácil assim (dá risada), eu tento ... ignoro assim... Mas deixa eu ver... Hum... deixa eu ver...iche, eu ignoro para ser mais feliz até...

E – A experiência que você lembra, não precisa ser de agora que foi marcante para você, Doutor.

DR4 – Acho que o mecanismo é isso, ignoro os menores detalhes. Eu não tenho... eu não lembro os detalhes... situação do paciente. Muitas vezes quem está mais stressado é o familiar. Sempre tento me colocar no lugar das pessoas. Elas vão sempre colocar os fardos nas nossas mãos, elas querem que resolvam, tem coisas que nem é da nossa responsabilidade, a gente tem uma certa limitação assim. Então a gente tem que explicar da forma mais calma possível e tentar entender o outro lado, porque as pessoas nunca viram isso, né? E pra gente é rotineiro. Então a gente tem que lembrar essa parte e explicar para o paciente, geralmente o stress é nisso, como, por exemplo, se o paciente é idoso, “mas vocês não vão operar logo?”. “Olha não é assim que funciona tal e tal.” Você tem que tentar ver o lado da pessoa, “Olha... é o seguinte essa fratura tem que ser operada, mas não adianta a gente querer operar de qualquer jeito. Ela tem que ter uma condição mais favorável possível!”, porque o paciente pode até morrer em cirurgia dependendo do caso. A gente, sempre que lembrar essa frase, que “a gente vai fazer sempre o melhor possível”, “pra deixar o mais bem preparada”. Apesar de que tudo que pode acontecer, a gente fala as vezes, né? Mesmo o melhor hospital do mundo, gente vai fazer todo o protocolo certinho... mas mesmo a gente fazendo tudo certinho, às vezes acontece de infeccionar, de dá errado, falhar o material. “Quero que você entenda isso, apesar de tudo a gente não faz milagre, a gente só conduz, mas a gente não tem como prometer resultado”, né? “E a gente vai fazer o melhor possível pra sua mãe melhorar” ... Às vezes a gente não pode operar no dia seguinte, porque as vezes a gente não tem nem material pra fazer a cirurgia, as vezes, tem que solicitar porque é muito específico pra cirurgia dela. “Não são todos os cirurgiões que fazem isso, então tem que ser um especialista nisso para fazer”, então aí vai explicando cada coisa. E quando a pessoa começa entender, o seu meio assim... aí ela fica um pouco mais calma. As vezes, a gente vê o braço para fora e as pessoas ficam desesperadas. A gente fala “fica calmo que a gente tá cuidando da situação que a gente já vai resolver”. Não dá para ficar explicando todos os detalhes, mas assim, dá uma certa calma. Acho que assim, o stress vem sempre mais dos outros, eles trazem muita responsabilidade pra gente. É igual assim as pessoas gostam de achar o culpado. Não dá pra dar muita trela. “Olha, eu estou te ajudando, e não tenho que obrigatoriamente resolver a sua vida, não. Eu tô aqui pra ti ajudar. Vou fazer dentro do possível tudo que posso fazer, e não fica chateado comigo.”

E – Então, cada pessoa faz de uma forma de como lidar com essas emoções da tristeza, medo e a raiva cada pessoa lida de uma forma, tem pessoas que vão para arte, outras vão pra música, algumas vão pra religião, outras vão para exercício, outras vão pescar... então o que você faz normalmente?

DR4 – Primeiro, é tentar igual a gente tá fazendo, o foco que a gente fala na ortopedia, primeiro precisa ser feito o serviço. Primeiro resolve o que precisa ser feito de urgente e depois pode relaxar um pouco. Então o que precisa ser feito de urgente, é cirurgia, tá isso. Preciso pedir material, fiz... geralmente vou... bom não dá para pescar todo dia, né? Eu tento pegar o violão, né? Pra dar uma desestressada, mas o que eu acho que é importante, pode reparar, muitos médicos comentam entre si e compartilham as histórias, pra você aliviar o peso. Então conversar com outras pessoas é muito importante, principalmente da sua área porque vai te entender um pouquinho melhor. Conversar com a família, acho que é muito importante ou com a sua companheira, ajuda bastante. Fazer algo que gosta... eu gosto de pescar, mas eu também gosto de criar peixe... às vezes vou na loja de aquário eu compro, ou às vezes eu nem compro só fico olhando. Eu tenho 10 aquários em casa. Esporte também é legal, distrair na internet, redes sociais acho que é o que o pessoal mais faz... apesar que eu não gosto eu sou bem desconectado.

E – Então pelo que você está me contando, não entra a parte de religião pra você ou no como você lida com essas emoções?

DR4 – Na verdade entra, porque assim, o que me faz assim fugir um pouco da rotina médica é o fato de domingos ter essa parte da igreja. Tento participar, na medida do possível E também conversar com pessoas que são... ainda bem que a gente tem também muitos médicos cristãos e que eles entendem também. Então isso facilita muito pra quebrar a rotina da nossa parte profissional, o fato de saber que tem a vida normal, as pessoas normais, principalmente conversando com as pessoas, como foi a sua semana, isso ajuda muito assim. E o fato da gente estar assim em família, cristã, porque é uma segunda família pra gente. Me ajuda a esquecer, por isso que eu falo pra mim os domingos são o reset da minha vida, eu encontro minha paz assim. É a gente sempre fala com Deus todo dia, mas domingo, é uma coisa que me ajuda muito a criar essa ... tipo desligar a máquina e ligar de novo. Você consegue ter força de novo.

E – Você não lembra de nenhuma história pra me contar, uma experiência tua, pode ser até de lá da residência. Por favor, vê se você consegue lembrar algo que te marcou, Doutor. Sempre foi assim de tentar esquecer ou mudou a sua forma de lidar com o tempo?

DR4 – Não, é diferente de quando fiz a residência. É um amadurecimento, no começo a gente é uma... a gente aprende a ser extremamente prático e nem tanto pensar na pessoa e hoje em dia você está menos sobrecarregado e você começa a pensar um pouquinho na pessoa. Ah... teve uma história de stress, essa na verdade era um caso lá da residência mesmo, eu estava entrando. Era uma mulher que tinha torcido o tornozelo, mas não quebrou nada assim. Eu tenho muito problema com essas pessoas que são de “atestadite”. Eu tenho um sério problema com eles.

E – Como assim, o que é essa palavra?

DR4 - É uma palavra que a gente fala brincando. São pessoas que se machucaram e que no julgamento deles eles precisam ser totalmente afastado, eles as vezes precisam de um descanso da vida. Às vezes machucou mesmo, mas não é nada grave. Só ralou só machucou um pouquinho o tornozelo, e é assim se fazem de vítima e aí elas acham que o médico tem obrigação de afastar elas. E isso é o maior problema de todos porque eu não acho certo isso, não é porque sou amigo da empresa. Já tive várias reclamações de hospitais, porque eles acham que você tem de resolver problema e evitar que dê ouvidoria no hospital. Eu falo, “mas não dá, isso aqui é errado”. E às vezes o teu chefe fala que “não quero problema com você se vira”. Antes eu era muito mais inflexível nessa parte assim, mas é que acontecia isso mesmo. A gente aprendia assim, que se a pessoa não quebrou ela consegue fazer as coisas, puxa a pessoa anda, né? Tá machucada, mas não precisa ficar completamente afastada? Não. Então essa mulher chegou lá no plantão nosso. E a mulher ... bom, eu fiz o atendimento normal, “Pois não, o que aconteceu, olhei examinei ela...”. Pra não dar a desculpa que “nem encostou em mim”. Eu examinei, eu vi. Quando o paciente chega falando, “eu estava trabalhando” é porque já armou tudo, a gente já sabe que quer pedir atestado. Finge que não sabe nada, manda fazer um raio x para ver se não quebrou, aí o paciente volta e ah... que bom não quebrou, você quer medicação. Aí ela volta, não melhorou nada. Mas você sabe que não tem fratura. E aí ela pediu atestado, eu falei, “não, não tem atestado”. Puxa, ela se exaltou! Aí eu tive que argumentar com uma coisa que não precisava, justificar quando você está certo. Aí fiquei com raiva, eu que sou o prejudicado e tentando fazer o certo. Aí ela falou que ia chamar polícia. Eu falei tudo bem, pode chamar. E sabe que ela chamou mesmo. Aí veio a polícia. Ah... na verdade o meu chefe entrou pra me defender e ele que se exaltou com a paciente. E falou para ela que só queria atestado era para ela ir embora. E aí ela falou que ia chamar a polícia, e chamou mesmo. A polícia veio me perguntou o que aconteceu, eu expliquei que ela queria atestado. Mas aí ela falou que o problema não era comigo era com o outro médico, o meu chefe. Só sei que o policial

falou pra eu ficar tranquilo e que ele ia tirar ela da li. Bom, hoje eu estou mais flexível. Mas aconteceu em outro hospital parecido e o policial ficou revoltado, e falou para a paciente, “você me tirou do meu trabalho, de ir atrás de bandido para reclamar de atendimento aqui”. Você está fazendo o certo e ainda coloca você como prejudicador. Vários brasileiros fazem isso, sempre a culpa é do outro, do médico, do governo é sempre de alguém.

E – Como você percebe as relações do campo da ciência e da religião, como parceiros, como inimigos ou como campos distintos?

DR4 – Percebo o campo da religião e da ciência como parceiras. Elas se complementam algumas coisas a ciência consegue provar, outras não. E não é que não consegue provar e se justificam com a religião, mas não é uma coisa que a gente entende e que ainda não foi justificado pela ciência. Pois algumas coisas não são possíveis mesmo, algumas ainda não. Mas pela fé a gente sabe que muita coisa vai ser provada mais pra frente assim.

E- E você teve algo ou algum preparo para essa parte das emoções, como médico durante a sua graduação?

DR 4- Não. A gente tinha algo dentro da saúde coletiva, na saúde mental, uma ou duas aulas sobre a saúde mental do médico durante todo o curso. Porque realmente precisa, na minha faculdade teve suicídio. Teve um caso de suicídio, porque a pessoa não está preparado. Todo mundo pensa que é bonito é fácil, mas as pessoas...eu também não entrei preparado assim, um pouco mais preparado por todo essa parte de apoio da escola dominical, dos cultos assim. A fé ajuda bastante.

E- E sobre a religiosidade, você teve algo durante a faculdade, na graduação?

DR4 – Na faculdade não. Isso não faz parte da faculdade, a faculdade precisa ser mais imparcial. Pra suprir essa necessidade que a gente tinha, a gente fez reuniões de grupo de estudos bíblicos. Mas depois vai ficando mais apertado o tempo, no quarto ano com internato... então foram algumas reuniões.

E- E na sua opinião, como você vê o trabalho de capelania no hospital?

DR4 – Um pessoal da minha igreja ia fazer um trabalho no Hospital. Faz diferença sim, é importante sim. Principalmente para a pessoa que está em situação de dor, solidão. Muitas vezes está sozinho, às vezes não pode ter ninguém da família e nem pode ter gente junto. Então você está sozinho em um lugar que não é seu, você desconhece todos, praticamente ninguém e

de repente vem uma pessoa que compadece por você sem querer ter nada em troca. Ajuda você a lembrar a humanidade. Eu vejo como uma imagem do que Deus quer demonstrar fisicamente para os outros, não é só a minha relação com Deus, mas como demonstrar Deus através de outras pessoas, isso é um outro meio.

E – Você gostaria de falar mais algo que você gostaria de me falar, que você acha importante acrescentar?

DR4 – Não sei, acho que mais essa parte de que existe muita gente que é mentalmente fraca. E a gente, por ter Deus, a gente lida melhor com as coisas. Toda a carreira de médico ajuda muito ... o fato de conhecer a Deus, isso te dá forças para lidar com tudo isso. É muito isso, as pessoas precisam de alguma coisa assim, pouco de Deus, e precisam pensar um pouco no próximo. Principalmente quando está em situação de dor, tristeza, né. É igual amizade assim, a gente só sabe quando a pessoa é verdadeira no velório, que a gente vê quem gosta de você. Acho que isso também tem que ser valorizado pra quem ti ajuda, principalmente todo apoio. Em especial a família de Deus assim, é muito importante. Apesar de tanta carga ruim, vamos dizer assim até que as pessoas fazem até maldições que eles jogam na gente... a gente se renova no encontro aos domingos, como falei. Segue a vida assim. O que eu vejo é que as pessoas precisam de Deus que é o maior psicólogo. Estava conversando com uma amiga que todo médico precisa de psicólogo. Ah, acho que é isso.

DR 5**Tempo de formação:** 15 anos**Gênero:** feminino**Especialidade:** cirurgia ortopédica**Local de trabalho:** hospital público e privado**Estado civil:** casada

E- Muito obrigada por separar esse tempo para a entrevista, Dra. Isso é muito importante pra mim. Obrigada mesmo! Primeiro você poderia me falar quanto tempo você tem de formada e como é a sua atividade profissional no hospital e no consultório.

DR5- Sou formada desde 2005, eu atendo clínica, ambulatório e no hospital. No hospital como plantonista, né. Com emergência na área da Ortopedia e eu atendo na clínica de convênio, também eu faço pequenas cirurgias na clínica. Mas emergência mesmo é no hospital público do SUS. No hospital eu faço cirurgias que são emergências e urgências ortopédicas, mas são pacientes que chegam pelo pronto-socorro e são internados, urgentes aí a gente também opera. Existe também o conceito de emergência e urgência. Emergência é o que tem que ser imediatamente e urgência é o que pode ser dentro das primeiras 6 horas até 8, 10 horas no mesmo dia. A gente opera urgências porque não existem muitas emergências. É muito raro. A gente opera as urgências ortopédicas do dia que chega do pronto-socorro ou as cirurgias dos pacientes que estão internados, né? Para poder vagar o leito, tem algumas cirurgias que são, a gente chama de eletivas na verdade, que são pacientes que têm fraturas que precisam ser resolvidas logo, tipo nos próximos 15, 10 dias. Eles vão para casa para aguardar a chamada. Então eu só faço a parte cirúrgica e ambulatorial eu atendo assim e o pós-operatório. De manhã eu atendo os pós-operatórios e de tarde eu vou operar, no hospital.

E- Então, doutora, vocês médicos são preparados para agir rapidamente em situação de stress para solucionarem os problemas... fazer escolhas, tomarem decisões, mas há momentos que surgem situações que exigem mais do médico. Gostaria de pedir que você me contasse um evento marcante, uma experiência que foi marcante pra você, que surgiu uma dessas emoções

de medo, tristeza ou raiva e como você lidou com elas. Como foi para você, como você lidou com a emoção internamente... como você fez nessa experiência.

DR5- Mas você diz... eu não entendo o que você quer dizer... você está perguntando sobre algum erro médico?

E- Não necessariamente, o que mais te marcou, independentemente. Uma situação que te marcou em relação a essas emoções e que exigiu mais de você. Como que foi para você, dentro de você como que você agiu em relação a isso, com essas emoções da tristeza, medo ou raiva. Como você lidou aí dentro de você com essas situações, com essas emoções.

DR5- Sim, basicamente... dentro da minha especialidade particularmente, como a gente não lida muito com morte, com isso aí a gente se preocupa muito com a questão do erro. É mais para esse lado que eu vou falar para você. Na cirurgia já aconteceu alguns problemas comigo. Alguns foram minha culpa, outros... outros não foram a minha culpa, foram circunstâncias. Mas assim em particular, foram poucos, mas eu tive, alguns foram culpa minha, que eu acabei errando assim e não tive um bom resultado na cirurgia. Eu acho que existe a frustração de você ter feito algo errado e nossa chorei... fiquei chateada..., mas assim... mas raramente. Bom, primeiro que você não demonstra isso na frente dos seus colegas, dos funcionários. Na verdade, eu sou assim, do tipo de pessoa que não tento esconder muito o que tá por dentro a minha chateação. Eu não consigo. E eu acho particularmente que colocar para fora que eu estou chateada me ajuda a processar melhor as coisas. E eu acho particularmente que a gente não tem que ter vergonha de errar então quando a cirurgia dá errada, porque isso é uma característica muito particular do médico, assim, né? Principalmente ortopedista. Ele não gosta de admitir o erro, né? Então eles fazem... eles gostam de se sentir muito potentes, muito bons então, admitir o erro assim na frente da equipe, dos médicos menores é muito humilhante. Então... existe uma tendência muito ruim dentro das especialidades cirúrgicas dos médicos em geral de um colocar a culpa no outro, ou bota a culpa na instrumentadora ou no residente ou da enfermeira... Dentro da ortopedia tem um negócio muito... ah... acho que é um pouco menos agora... agora tá um pouco menos, mas tem essa coisa, né? Da geração do respeito, né? E esse negócio de xingar, de ficar nervoso, fala palavrão... bá bá bá bá que é chato isso. É a forma de lidar com o erro. É... uma forma muito característica do ortopedista, do cirurgião em geral, eu acho, de jogar a culpa nos outros e particularmente para mim foi muito marcante na minha residência. Coisas que hoje não são muito admitidas, mas há uns anos atrás, 15 anos, era ainda razoável... eu tinha chefes que gritavam: "Ohhh seu burrão!!! Incompetente!! Você é imbecil!"

e jogar instrumento na parede, bater na mesa, gritava “Eu tô trabalhando com um monte de incompetentes”, bom ele era o cirurgião principal, ele tinha que admitir e assumir, né? Ele tinha que ser homem na verdade, né? Abraçar o negócio. E assumir o negócio, manter todo mundo calmo... ao contrário. Ele em vez de assumir deixava um caos e todo mundo nervoso, estressado, desesperado e já entrava na cirurgia assim. Eu prometi para mim mesma, quando eu terminei a residência. Eu prometi para mim que quando eu terminasse a residência eu nunca ia ficar pondo a culpa nas outras pessoas. Eu sempre iria... eu teria honra, ter o caráter de admitir o meu erro, e lidar com meu erro, isso é difícil porque tem horas que dá um desespero assim, né? Na parte de cirurgia quando você tá fazendo. Por exemplo, você tá fazendo uma cirurgia e você passou um parafuso e quebrou... e aí você precisa desmontar tudo... que já aconteceu assim na hora de colocar o último parafuso, quebrou. Ou você tá quase conseguindo e não ficou bom aí você tem que desmontar tudo e quanto mais você desmonta para refazer de novo e voltar para trás, na mesma cirurgia, mais terrível, vai ficando desesperador. Porque o osso vai ficando fragilizado ali e você tem que aumentar muitas vezes o tamanho do corte e é muito difícil é uma situação desesperadora. E assim... foi engraçado foi no começo do ano, essa não foi assim tão séria, foi uma situação bem leve, não foi nada grave. Eu já passei por situações bem piores, mas eu vou contar ainda que até a instrumentadora falou assim, “puxa, Doutora, nunca vi você nervosa. A senhora está sempre calma”. É na verdade eu raramente fico nervosa assim na cirurgia. Mas não tava dando certo... aí... eu falei assim, “vamos dar cinco minutos”, enfaixei o membro da pessoa e falei assim “eu agora vou respirar fundo, vou respirar fundo, respira fundo”. Aí respira, se concentra, aí repassei toda cirurgia na minha cabeça, pensa o passo a passo de novo para tentar mais uma vez. Mas é claro são segundos, não é a mesma coisa de ter que ir entubar uma pessoa, né! O que é muito pior... eu nunca passei assim... ah sim, já passei sim. No meu primeiro ano, a gente teve um paciente que veio no pronto-socorro e ninguém conseguiu entubar e eu era a recém-formada eu tentei, outro residente tentou, outro residente tentou e o chefe e nenhum de nós conseguiu. Todos nós especialistas da ortopedia, não é nossa especialidade e o paciente veio a óbito... não deu tempo de conseguir, mas ele tinha tido um trauma craniano e tinha sido mandado para o pronto-socorro da ortopedia, mas ele não tava bem... então na verdade foi um erro da parte dos médicos da parte geral, né? Quem que encaminhou ele para lá, mas foi uma situação muito ruim, cara... poxa porque ninguém morre na ortopedia, né?! Entendeu? Então é uma coisa muito assim, para a sua tese de doutorado a gente não tem que lidar muito com essas situações de morte e isso teoricamente as piores situações que eu passei foram algumas situações. Foi mais com erro médico. Nós... uma vez a gente operou membro errado do paciente, operamos os dois membros. Mas foi uma cirurgia

pequena, uma cirurgia bem pequena, foi só um corte operamos os dois membros... e o paciente entendeu. Mas abriu uma sindicância foi um horror... Foi um nenezinho e então não deu problema, nenhum no fim. Mas outra....

E- Então deixa eu te perguntar, quando está acontecendo, você falou então que você para respira pra poder pensar.

DR5- ... então eu só me toquei depois que eu errei, quando fui falar com a mãe da criança... só me toquei depois... nósaaaa eu já tinha acabado. Aí eu fui para o vestiário... e chorei... fiquei desesperada... Era um problema congênito com bebezinho de 3 meses, né? Então cicatrizou e não aconteceu nada. Não deu nenhuma sequela. Mas você fica com aquilo e depois tive que encarar o paciente no consultório, então é que não deu nenhum problema com o membro que operou errado, né? Mas ele podia me processar... essa era a maior preocupação na verdade. E daí eu tinha que operar um outro paciente logo depois e eu fiz a cirurgia. Foi uma das piores cirurgias que eu fiz no maior silêncio. A cirurgia do paciente que veio depois ficou excelente. Tava muito mal entendeu?! Era um paciente particular, não era do plantão então não dava nem para entregar na mão de um outro médico, eu tinha que fazer, tinha que engolir a seco e continuar e isso foi muito ruim e depois ainda fui chamada no hospital. Tomei advertência foi bem ruim e eu fiquei superchateada, a única pessoa que conversava comigo naquela hora lá... porque não era o meu hospital de plantão, era Hospital fora e era uma cirurgia do consultório. Então lá, não tava com a minha equipe estava sozinha. A única pessoa que eu tinha levado era instrumentadora e era a única pessoa que eu tinha para conversar... E aí a pessoa falava: “não vamos torcer para não dar nada, isso é algo que já aconteceu com outras pessoas” e isso é verdade mesmo acontece mesmo com outros. Agora a gente tem um protocolo que a gente tem que seguir, que a gente tem que fazer que é bem mais um protocolo de checar tudo que a gente vai fazer, então erra menos agora. No meu caso eu nunca tinha pensado que isso pudesse acontecer, né? Foi uma lição para mim, foi muito bom para mim. Eu era recém-formada na verdade. Você, quando você se forma, você pensa isso nunca vai acontecer comigo, né? Nunca imagina..., mas aí aconteceu, né? E aí foi maior chato... assim eu voltei para casa, assim mal para caramba, chorando. As minhas crianças eram pequenas e chorei com meu marido. Aí eu liguei para o meu pastor, ele me deu uma mão. E eu realmente, eu precisei de ajuda, orei, pedia pelo paciente e para algumas pessoas orarem por mim, a minha mãe, o pastor. Porque são coisas que você não consegue expor. Não dá para você contar para outras pessoas da igreja. Mas eu tinha um grupo, o meu marido, tinha o pastor, os meus pais... que não na verdade assim, eu não tinha meu marido naquele momento o meu marido tinha ido estudar

fora. Foi na verdade quando ele tava estudando fora e isso foi uma das razões que eu tava super cansada e foi um desastre. Então esse foi um dos episódios piores, mas me ensinou muita coisa. Meus filhos tinham quatro e um aninho, mas aí tudo bem, não deu problema, não deu processo. Ainda bem e eu continuei, mas foi um dos episódios do turbilhão de acontecimentos na minha vida. Aí então... acho que tudo tem um motivo, né? E esse foi um motivo que eu decidi que eu deveria ir embora, para ficar com meu marido. Fui para os Estados Unidos onde ele tava estudando. Eu fazia muitas coisas, muitas coisas importantes e tudo sozinha e de todos os lados, e o profissional. Foi terrível assim, muito terrível, mas me ensinou uma série de coisas. Entender sobre como encarar, como está preparada para o trabalho, você não pode levar assim de qualquer jeito. A parte pessoal influencia a sua vida profissional e vice-versa. Sua vida profissional influencia a sua vida pessoal, mas aí vi que a vida pessoal influencia a sua vida profissional e como você tem uma responsabilidade como profissional que não é uma coisa qualquer, você está lidando com a vida ali... e você tem que ser muito cauteloso, mesmo na parte de ortopedia você não tá lidando com a morte de ninguém, mas você precisa estar sempre atento. Porque a gente tem que tratar com muito cuidado para não deixar sequelas para pessoa não ficar marcada, né? A pior coisa é você fazer uma cirurgia e a pessoa ficar aleijada, então a gente preocupa muito com isso, existe esse medo de fazer a cirurgia e pensar que a pessoa vai ficar pior do que ela estava antes. Na parte de Traumatologia, que é o que eu mais faço, no hospital, meio que não tem muito isso porque o paciente já tá no vinagre entendeu?! Então Toda vez que você faz, você vira para o paciente e fala, “olha já era ruim. Você não ficou perfeito, eu fiz a cirurgia, mas não ficou assim perfeita”. Mas dentro disso, dessa parte existe a possibilidade de você fazer uma cirurgia excelente dentro dessa realidade e existe a cirurgias que ficam média, né! E são essas que são ruins, nesse sentido, o fato de eu ser mais experiente hoje, me dá mais tranquilidade. Hoje, não tem ninguém, que faria melhor isso, a que ficou ruim é porque era um caso ruim e ficou bom porque eu tenho um treinamento melhor. Então o fato de eu ter uma experiência maior, me dá mais segurança na hora da cirurgia, e me dá mais segurança para encarar as dificuldades. Mas já teve situações que eu tive que entregar mesmo, de falar para outra pessoa, “para o meu, o meu não tô conseguindo fazer, não tá dando eu preciso de ajuda, preciso que você pegue aqui nessa situação.”

E– Então eu entendi que pelo que você tá falando houve uma mudança na sua forma de encarar essas dificuldades, essas emoções e com o contexto.

DR 5- Eu acho que eu tô mais experiente até de saber o meu limite, eu acho que é isso sabe? Acho que quanto mais tempo você passa na sua especialidade na medicina, mais você começa

aprender que você tem várias coisas que você não consegue fazer. E mesmo que você consiga fazer você entra com mais humildade. Quando você termina a residência você só tem aquela ideia “consigo fazer quase tudo, consigo tudo. Eu vou fazer e vou acontecer vou estudar para caramba e vou fazer. Mas aí quanto mais experiência a gente passa, aí você começa a pensar: eu faço, mas pode não fica bom. Eu entro na cirurgia, antes de fazer cirurgia, agora que está no google, eu não tenho vergonha de entrar no Google e ler de novo o capítulo toda vez. Antes eu tinha decorado... sabe? Eu tinha os nomes das doenças decorados... sabe que o residente hoje, veio para mim, você faz a técnica de não sei o quê tem muitas cirurgias que eu já esqueci dos nomes dos fragmentos na ortopedia tem vários epônimos esse é um fragmento de Talo, cada pedaço a pessoa batizou com o nome dele e eu já esqueci esses nomes, mas eu sei onde são e tudo. E mesmo assim eu vou ir agora que tá no Google, eu vou e olho de novo e óleo de novo e óleo de novo. Eu acho que a gente tem que ser mais humilde. Eu olho, estudo, estudo, estudo antes de chegar o dia ali né antes de chegar a hora. O residente fala assim, é o nome desses fragmentos aqui assim, assim, assim... nome dessa cirurgia é esse assim e eu...muitos eu já não me lembro mais muitos nomes, mas sei remontar eles. Eu acho que essa mudança ela é mais assim. Eu lembro quando eu terminei a residência e eu tava dando um plantão fora e tinha que passar um caso para outro médico que era um caso de um paciente que eu ia transferir para um outro hospital. Então tava conversando com esse ortopedista e ele até me perguntou pelo telefone, “Quantos anos você tem”, né? “Nossa eu sou muito mais velho que você”. “Olha eu tenho um paciente... aí eu falei para ele “olha eu tenho um paciente que tá com não sei o quê do fêmur, pela escala de não sei o quê, aí o médico falou, do outro lado, “Olha eu não lembro essas classificações. Então me fala aqui, ele tá fora do lugar?” Eu depois fiquei pensando, puxa mas que ortopedista lixo, não sabe mais especificações, entendeu? Mas agora, eu que tô nessa fase, agora a situação mudou, não sei mais os nomes, mas eu olho a fratura e eu sei o que fazer. Esse eu não sei, eu vou lá dar uma refrescada na minha memória, porque para o paciente não é mais importante o quanto que eu sei da classificação eu tenho que saber fazer direito e e eu acho que essa fase que eu estou agora eu tô ficando mais velha e é engraçado. Vai formando assim uma cicatriz. Quando você perguntou sobre uma situação marcante que você lidou, acho que essa foi uma das mais difíceis de lidar e eu precisei desse suporte desse grupo, né? E acho que isso é muito importante e são poucos médicos que tem esse suporte por trás.

E- Quando você fez faculdade você teve algum preparo ou alguma classe para vocês como médico, como lidar com as emoções?

DR5- Da parte psicológica, de como lidar com os eventos adversos para o médico, nós não tivemos. Não, eu acho que não, não, não, não a gente não teve nenhum preparo.

E- Você falando, você fala então de uma rede de apoio que veio de sua família e da religiosidade. E aí a minha pergunta é o seguinte você teve algo na faculdade sobre essa parte da religiosidade da espiritualidade?

DR5- Da parte da psicologia de como lidar com esses eventos adversos para o médico eu não tive. Eu tive curso de psicoterapia, mas fazia parte da psiquiatria. Para a gente lidar com a depressão e daí, tipo, dentro da parte da psiquiatria a gente teve algumas dinâmicas de como, o que você acha de ser médico é... que é como ser um sacerdote. Então era uma coisa mais assim de discussão e de troca, mas foi dentro da psiquiatria. A gente teve o curso de ética médica que era bem esse esquema de processos, como você falar com as pessoas que também abordava de alguma forma isso. Essa parte de encarar assim foi mais na psiquiatria mesmo e tinha muito isso mais nas partes práticas. Quando a gente falava na parte do internato quando tinha que discutir com o chefe sobre pacientes a gente acaba acabava caindo nisso... que tem que falar com familiar. Na hora de discussão dos casos a gente sempre teve esse interesse e a gente ia junto com o médico ou junto com o residente, né? Para falar com familiar e o residente também dava algumas dicas para gente, assim sabe, “não fala nada, fica quieta” acho que eles também tinham passado na prática assim como se comportar. De alguma forma nós éramos o suporte deles, eram recém-formados e eles passavam na prática pra gente o que fazer. Mas assim principalmente essa parte da morte ou para falar com familiar essas coisas assim, eu não lembro de ter uma aula específica assim, a gente não teve não.

E- E quanto à religiosidade você teve algum preparo na graduação?

DR5- É que eu fiz parte da capelania...

E- Seria o que eu iria perguntar, como você vê a capelania?

DR5- Então para mim, sim claro é importante, eu fiz parte do grupo da capelania. Eu acho que é sim, muito importante eu fiz um curso mesmo. Eu fiz o curso e participei seis anos da capelania. Eu fiz um curso também no Mackenzie... de três dias. Também fui responsável com um pessoal de montar esse curso para dar para os colegas. Eram palestras, aí a gente divulgou capelania. Divulgamos na faculdade e para os estudantes para que pudessem participar e assistir o curso que falava sobre espiritualidade, como lidar com a finitude. Tudo, mas tudo que eu fiz foi fora do currículo e para os médicos, né? Foram todos fora do currículo e estavam acessíveis

para todos, mas não era da grade curricular. É porque particularmente eu tenho uma formação. E olha só que curioso eu tenho toda essa formação sobre a finitude, de conversar com paciente, com pacientes terminais, sobre espiritualidade, mas eu escolhi a minha profissão, na verdade, a minha especialidade, exatamente por isso, porque eu queria escolher uma especialidade que não tivesse que lidar com a morte.

E- Doutora, como você percebe os campos de estudo da religião e da ciência, como parceiras, inimigas ou incompatíveis como campos distintos?

DR5- Parceiras. Bom eu vejo a religião como muito importante, tanto para o médico como para o paciente.

E- Você teria mais algo que gostaria de acrescentar e que você julga seria importante para a mim, para a pesquisa?

DR5- Eu acho que religião ou o que eu creio é um componente muito importante do que eu sou, acho que como médico me faz ser um médico diferenciado. Eu acredito nisso, eu vejo muitos colegas e no hospital e até na minha prática clínica eu vejo tudo que você puder imaginar... Agora sim falando como médico, como profissional, quando a gente tem uma visão de Deus e quando a gente encara a nossa profissão como algo, uma forma de servir a Deus. Porque dentro da medicina tem muitos médicos que pensam muito mais em si mesmos antes de pensar no paciente, número um. É isso muitas vezes que faz as coisas darem errado. A segunda, é quando você pensa que você consegue fazer tudo e você não tem humildade. Então as duas coisas, quando você pensa em si mesmo e não tem humildade. Por exemplo assim, eu vejo assim, que tem médicos que indicam cirurgia que realmente não precisa, quando assim... indicam também procedimentos ou fazem algumas coisas que são desnecessários. Convencem o paciente que eles vão ficar bom mas aí coloca parafuso a mais para ganhar mais dinheiro... entende? Então você não tá colocando o interesse do cliente em primeiro lugar, o que é super antiético, né? Falando da ética médica e quando você encara então sua profissão como só uma forma de ganhar dinheiro, né? Então, você pensa só em você mesmo, isso é muito ruim e o fato de quando você enxerga que é uma coisa que você faz para Deus, então, mas nesse sentido, também é um diferencial. E nesse sentido também é um alento, porque você faz o seu melhor, mas se não sai da melhor forma, você tem uma rede de suporte que é o próprio Deus que eu acredito que fazem as coisas darem certo... Eu já vi várias cirurgias que eu fiz, eu falei nossa... esse negócio não ficou bom não ficou do jeito que tinha mas daí no fim deu tudo certo, ficou tudo ótimo. Então... assim, dentro da Medicina eu fiz A vai sair A, ou eu fiz B vai sair B mas

muitas vezes não sai. Então você crê que existe uma coisa a mais, que tá fora do seu controle que pode ser ruim, mas se você sabe o que é, é bom. Acho que essa é a questão e da visão do propósito que tem um propósito para você e que você faz parte do propósito, o propósito que você foi chamado e o paciente também. Nessa situação também para o paciente muitos falam “ah... mas por que isso tá acontecendo comigo mas aí você consegue visualizar que tudo tem realmente um propósito. Eu já vi isso acontecer em outras situações, com os próprios pacientes em situações de que o paciente estava com problemas familiares. Aí a gente vê claramente... teve mais sessões e ajudei resolver, é que faço muito ambulatório de dor crônica e ansiedade.

E- Puxa, que legal!

DR5– Então é evidente, muitas vezes o paciente tem problemas familiares, muitas vezes o paciente tem problemas que ele precisa resolver com ele mesmo e na verdade ele acaba manifestação com dores. Problemas familiares que acaba se manifestando com dores, você vai lá entuchando remédio, e faz fisioterapia e o paciente não dorme... Já teve alguns pacientes que eu tive que falar assim, “Olha... você tem amigos? Você tem pessoas com quem você pode conversar? Você tem um objetivo na sua vida? Você tem uma esperança? Porque é visível, é muito visível isso. Então no campo de dor crônica e ansiedade a falta de religião e falta de perspectiva é brutal. E se você não tem. E se você como médico não consegue dar isso para o paciente é péssimo. Se você não tem pra você, você não pode dar. É importante ter um olhar para isso, então eu acho que é importantíssimo que o médico tenha a certeza do seu propósito, uma visão espiritual da vida, bom isso sou eu.

E- Puxa, muito obrigada por todo esse tempo, Doutora.

DR5– Iche... acho que falei de mais, se deixar a gente vai indo...

E- Obrigada mesmo, foi muito bom.

DR6**Tempo de formação:** 7 anos**Gênero:** masculino**Especialidade:** anestesista**Local de trabalho:** hospital particular**Estado civil:** solteiro**Especialidade:** Anestesista**Adesão religiosa:** evangélica.

E- Primeiro, obrigada por sua disposição em separar este tempo pra minha entrevista. Doutor, os médicos são preparados para agir rapidamente em situação de stress para solucionarem o problema..., mas há momentos que surgem situações que exigem mais do médico. Gostaria de pedir que você me contasse um evento marcante, uma experiência que foi marcante pra você, que surgiu uma dessas emoções de tristeza, medo ou raiva e como você lidou com elas. Como foi para você, como você lidou com a emoção internamente... como você fez nessa experiência.

DR 6– Bom... ahhhh ... preciso pensar. Só tem essa pergunta ou tem mais?

E- Tem mais. Tudo bem, pode pensar... uma experiência que te marcou e como você fez para lidar com isso internamente. Pode ser em qualquer momento de atuação... pode ser lá da residência.

DR 6– Hum... quais emoções são?

E– De tristeza, medo e raiva.

DR 6– Bom, pensei em uma situação aqui... interessante. Não sei o que você vai achar. Pensei em uma situação... olha, a anestesia a gente pode considerar como um voo, um voo de avião, né ... quais são os momentos mais intensos o de decolagem e a aterrissagem. Então a decolagem a gente chama, seria a gente pode dizer o preparo, a preparação do paciente, intubação geralmente a intubação. Geralmente esse momento é um momento breve, assim como a decolagem, mas a gente sabe que é um momento de stress. Mas eu posso dizer, no ano passado, um dia que teve esses três sentimentos. Raiva porque eu não gostava do lugar que eu trabalhava, eu trabalhava em um hospital, e eu fui remanejado para este outro hospital, porque o que eu trabalhava estava fazendo reforma. E nesse outro hospital eu estava... é... bom era

muito mais corrida as coisas e eu não gostava justamente... e era meu último dia de trabalho lá. Então já estava meio... chega desse lugar, né? E justamente nesse dia uma cirurgia muito difícil, de um paciente que tinha obstrução intestinal, era uma laparotomia e um paciente que precisava... E já era o final do dia, já soma a falta de paciência. E ainda tinha trabalhado não só 12 horas, estava há 18 horas trabalhando e eu ainda ia fazer um plantão cinderela. Bom vamos lá, né? Aí descobro que o paciente era especial, autista e tinha algum déficit e eu ali conversando. E ele já era velho, não era novo não e fui procurar um familiar para assinar o termo anestésico. O único familiar que tinha era um irmão. Aí, conversando ali e explicando da gravidade, ali. Puxa... foi me dando uma tristeza, sabe por quê? Eu tenho um primo especial, sabe com Síndrome de Asperger. Se você fala uma data pra ele, na hora ele te fala que dia da semana era a data. Se você pergunta que dia você nasceu e ele fala qual era o dia da semana. Mas apesar de não ser próximo dele, me deu uma tristeza de imaginar meu primo na cama assim e o irmão dele. Graças a Deus ele tem outros dois irmãos que são mais próximos. E que o futuro dele vai ser isso... já vai ter perdido minha tia... E a situação do paciente não era boa e associada ao hospital, e fiquei muito chateado. Medo, porque na hora da decolagem, tirando alguns percalços no caminho... algumas árvores do caminho... como eu disse, foi meio bom... Saiu da UTI conversando, tendo interação, mas como ele tinha muita coisa e tinha comida, a comida não estava conseguindo passar pelo intestino. Na hora de fazer a intubação, puxa... eu vi... nossa... foi a primeira vez que eu vi assim... Me passou um temor assim... enquanto eu tava tomando conta de outras coisas a equipe já estava mexendo ali... E até pensei calma gente... porque a comida pode ir do estômago para o pulmão, e dá o que a gente chama de bronco aspiração. É desastroso. Por isso a gente pede pelo menos 8 horas de jejum para ir para a cirurgia. Nesse caso, acontecendo ou não, a família já estava mais preparada por que o paciente já era grave..., Mas na hora assim você vê... e o oxigênio começa a baixar... Admito que não gostei muito... sai xingando e fui embora assim. Se o anestesista se desesperar iche, aí tá perdido. Até a auxiliar estava tentando ajudar. Vamos fazer o que é necessário para ajudar o paciente. A tristeza porque pode ser parte da família... poderia envolver alguém próximo. Bom, é isso. Bom, paciente não morreu, depois eu fiquei sabendo que ele morreu...

E- Então, Doutor, você poderia falar mais um pouco. Cada pessoa tem uma forma de como lidar com essas emoções da tristeza, medo e a raiva. Cada pessoa lida de uma forma, tem pessoas que vão para arte, outras vão pra música, algumas vão pra religião, outras vão para exercício, outras vão pescar... então o que você faz ou como foi nessa experiência.

DR6– Apesar de ser cristão, eu confesso que nessas horas, nessa hora especificamente não busquei refúgio. Talvez nesses casos você conversando com alguns médicos... eu desconto é na comida, viu?! Quer saber vou sair daqui e comer algo que eu gosto, um MacDonalds! Ou vou jogar jogo! É a situação é toda, ha... eu fazer algo pra mim. Tocar piano... não conversei com ninguém... não minto. Eu conversei sim com um amigo que é médico... falei um monte de palavrão... o que não é muito cristão.

E- Doutor, gostaria de fazer uma outra pergunta. Durante a graduação, na faculdade, você teve algum preparo nesse sentido, quanto às emoções, esse mundo interno, que vocês médicos enfrentariam durante o exercício da profissão quero dizer algo referente as emoções do médico?

DR6– Tivemos especialmente psicologia. A palavra-chave era empatia, a gente foi muito ensinado a ter empatia em relação ao paciente. Agora como a lidar com a gente mesmo, era mais os grupos de mentoria, que começava no primeiro ano e que poderia persistir. Poderia durar um mês, até quando quisesse ou ir durante o curso todo. Mas geralmente esses grupos de tutoria terminavam em um mês eu tive um pouco disso.

E– E sobre a parte de religiosidade, você teve algo?

DR 6– Não muito, né? Porque já se começava a desvincular da ciência e a espiritualidade. Não, não tive. A gente tinha um pouco disso na psiquiatria quando a gente falava do delírio persecutório e transtorno do tipo bipolar. Eu não me lembro se era isso mesmo os nomes. É... estou tentando lembrar ... Bom, se você quisesse você teria que buscar a parte.

E- Como você percebe a capelania no hospital?

DR6– Eu acho superinteressante, super necessário. Com certeza é um alívio para os pacientes. Eu trabalhei no H. X. onde as pessoas ficavam no corredor, ah... em outro também, o H. Y., também ficava no corredor. Puxa você fica lá parado, muitas vezes de pé... Uma situação bem desconfortante, ali sabe... porque é desgastante, eu já estive em uma condição de acompanhante de um paciente de corredor é muito difícil ... e veio a capelania cantando “Deus enviou”, ah... não foi “Porque Ele vive”. Eles vieram cantando foi superlegal... tem uma parte muito legal... só é ruim quando fala “quando enfim chegar a hora”. Mas independente, Mônica, o que eu vi, médicos eu não prestei atenção, mas os auxiliares, a enfermagem... muita gente cantando junto e aquilo foi, meu... parece que é clichê, mas baixa uma tranquilidade ... uma paz.... Parece muito “crentês” falar isso, mas eu vi essa situação lá... todo mundo parar e orar, é muito visível.

E- Outra pergunta que gostaria de fazer, é sobre a relação entre os campos da religião e da ciência. Como você percebe essa relação, como parceiras, como uma relação conflituosa ou como campos distintos, incompatíveis sem conexão.

DR6- Eu sempre tento ver como parceiras, tento fazer essa ligação. Tem certos pontos que a ciência chega e depois é necessário um passo de fé. E querendo ou não, a gente sendo um país católico, não tem como você evitar no centro cirúrgico o que a pessoa mais fala é “Graças a Deus”, no final. No final... que às vezes enche o médico de raiva (riso)... mas assim quando tudo termina bem... você fala, né? Eu que geralmente falo que a cirurgia acabou para o paciente... é o que mais se fala. Eu costumo falar, é “Graças a Deus mesmo!” “É ... Deus é bom”. Eu tenho muita oportunidade de falar de Deus, apesar da capelania não ser ativa no centro cirúrgico. O anestesista pega o paciente antes da cirurgia, quando tem mais medo... aí nessa hora ... Só da pessoa estar lá já é a ciência, diagnóstico e a medicina que está lá..., mas ainda tem um erro.... chega uma hora que a ciência não vai cobrir. Eu acho que é a capacidade que Deus deu, essa capacidade para o homem, de estudar... essa minha visão.

E- Doutor, você teria algo mais que gostaria de acrescentar, ou outra situação que gostaria de contar.

DS 6- Puxa... preciso pensar, Mônica. Puxa, agora assim... acho que é isso...

E- Então muito obrigada, Doutor, por separar esse tempo para me dar a entrevista. Muito obrigada, mesmo.

DR7**Tempo de formação:** 25 anos**Gênero:** masculino**Especialidade:** UTI pediátrica**Local de trabalho:** hospital particular**Estado civil:** casado**Adesão religiosa:** evangélica.

E- Primeiro, Doutor, muito obrigada por separar esse tempo, pra me dar esse tempo para entrevista. Antes da gente começar com minhas perguntas, você poderia falar qual a sua especialidade e há quando tempo você é formado?

DR 7- Bom, eu fiz pediatria e me especializei em Terapia intensiva pediátrica; desde 1996 que trabalho nessa área. E já devo ter visto uma centena de óbitos durante a minha vida, pelo menos. Vou dizer, que como médico a gente não aprende a lidar com isso, pelo contrário muito pouco. A gente não aprende a lidar com isso e na faculdade a gente vai tendo uma seleção natural, tem aquelas pessoas que gostam mais do stress, de coisa rápida e tem as que fogem disso. Vão para outras áreas otorrino, oftalmologia, psiquiatria, radiologia... e aí vai tendo uma seleção natural. Eu não escolhi bem UTI, eu gostava da pediatria em geral, era minha segunda opção. Eu tinha muito medo do stress, mas passei em segundo lugar na UTI, que era a minha segunda opção, a primeira era Pediatria Geral para continuar me especializando. Mas aí pensei, orei vou confiar se Ele não deixou entrar na Geral vou seguir em frente... no começo foi muito difícil, bom, sempre foi muito difícil, muito plantão, muito cansaço, muito stress, mas eu gosto muito disso. Mas aí teve uma época, quando meu primeiro filho nasceu... eu comecei a ficar mal, em termos de... Eu via lá no Hospital X tinha 13 crianças internadas. E me lembro de uma noite que pensei: estou aqui me matando de trabalhar... e não dormi um minuto à noite, stress louco, e via aquelas crianças lá e pensava, “daqui 6 meses não tem nenhuma viva” ... Por mais que a gente faça com as doenças graves que elas tinham... E eu com um filho pequeno em casa, foi aí que decidi abrir o consultório pra fugir um pouco do stress de só ver criança doente, eu queria ver criança saudável. Então eu fui abrir o consultório depois de 14 anos de UTI. E mais um pouco eu larguei o Hospital X, por vários motivos... porque já não me dava esse prazer... de tanto ver criança morrendo, mas aí só fiquei no Hospital Y, que estou até hoje. A mortalidade

é bem menor..., mas só pra ter uma ideia, no ano passado só perdemos uma criança... não que não sejam graves. Mas chegam mais cedo para o tratamento a gente tem uma estrutura mais ideal, então a mortalidade é menor. Então com isso as tensões diminuiriam.

E- Então, minha primeira pergunta é o seguinte: os médicos são preparados desde lá da faculdade para agir rapidamente em situação de stress para solucionar problemas..., mas há momentos que surgem situações que exigem mais... porque o ser humano é bem mais complexo. Gostaria de pedir que você me contasse um evento marcante, uma experiência que foi marcante pra você, que surgiu uma dessas emoções de tristeza, medo ou raiva e como você lidou com elas. Como foi para você, como você lidou com a emoção internamente... como você fez nessa experiência.

DR 7- Olha... eu acho que a maior parte dos profissionais da área tenta meio separar... se bloquear um pouco para não permitir que isso detone muito. Mas as vezes, como cristão a gente fica mais... tem mais conflitos. Eu lembro de uma criança que morreu comigo, e eu fui conversar com os pais e... aí... a mãe estava chorando muito tava inconsolável... e aí o marido falou alguma coisa assim “Deus vai nos dar forças...” e... a mãe falou “Deus, Deus... eu acho que não posso mais acreditar em Deus se ele deixou isso acontecer” e ele falou, “Não fala isso”. E eu naquela hora, eu me ajoelhei e peguei a mão dela chorando, falei “Olha eu também não sei o que dizer porque aconteceu isso, que Deus permitiu tudo isso, mas saiba que por mais difícil que seja, Deus não só é leal, mas Ele te ama, apesar disso e eu não sei te explicar, ninguém sabe. Ele te ama, e Ele está aqui pra te abraçar, e Ele vai te fortalecer e as coisas não vão ser esquecidas, mas Ele vai te dar força”. Não sabia nem o que falar, e aquilo até hoje me dói muito, esse negócio porque que acontece as coisas. Eu me lembro de uma menina que eu cuidei e ela tinha uns 4 anos, e o pai era um missionário e ela teve uma meningite com uma lesão muito grave, mais de um mês internada... até morrer, morreu comigo também. E que ele orava, ele o tempo inteiro, a gente conversava, “ela vai ficar boa, é para a glória de Deus e ela não vai morrer” e ele mostrava que ele ia nas igrejas, tinham cartazes e orava por cura. E era uma situação difícil, era filha única e a esposa já tinha perdido o útero e não podia ter mais filho. E ela morreu. Aí ele falava “Eu já vi gente ressuscitar, que Deus pode e com a minha filha não pude fazer nada.” E aí a gente orou junto e foi muito difícil para ele, a gente não tem a resposta e quantas crianças... Eu falo que as situações mais difíceis de lidar nessa hora, são com os evangélicos, as famílias cristãs, porque elas têm tanta fé que Deus vai curar e Deus não cura. Aí... não só a dor da perda do filho, como vem muitas vezes dúvidas, fragilidades, que Deus não foi fiel, ou que Deus não é real. E esses são os meus maiores conflitos nessa hora.

Maiores do que quando não são cristãos, é difícil. A gente, posso dizer está acostumado, posso dizer assim... a gente sabe que alguns vão morrer e aí a gente se lembra de tantos que chegaram morrendo e ficaram bons. A gente sabe que alguns morrem, a gente perde alguns e sempre tento lembrar os muitos que eram para ter morrido e não morreu. E isso é o que mais dá força. Tem gente que fala, não sei como você aguenta ver criança morrendo, não tô aqui pra ver criança morrendo, estou aqui para ver criança que iria morrer e sair bem. E essa é a força que a gente tem, o ânimo que a gente tem, tá lá pra atender as crianças que eram para ter morrido e não morre. Quando morre a gente fica mal mas a gente tenta... não depende da gente.

E- Então, doutor, cada pessoa reage ou age de uma forma diferente quando sente essas emoções de tristeza, medo e raiva. Tem gente que vai para a arte, outras vão pra música, algumas vão pra religião, outras vão para exercício, outras vão pescar ou comer. Como você faz, como você pode descrever como é pra você.

DR 7- Normalmente eu oro para que Deus dê força para aqueles pais, e tento não ficar pensando muito. E tento virar a página, porque se eu ficar pensando... a gente fica com uma carga grande, uma carga que não é nossa. Porque a minha responsabilidade é fazer tudo que dá pra fazer. Tem criança que não vai morrer e outra que vai morrer independente do que a gente faça. A gente sabe disso. A gente sabe que a gente fez tudo certinho e que não foi erro nosso. A pior coisa é quando vem na sua mente, “será que eu poderia ter feito melhor”, já aconteceu algumas vezes de vir dúvida... de... será que poderia ter feito melhor, será que eu fiz o certo, e aí são as... aí é difícil... ai normalmente a gente conta para um amigo, “aconteceu isso, isso, isso... você teria feito diferente, poderia ter feito assim, assado...” Tem umas duas crianças que até hoje que eu, quando eu lembro eu falo assim, ai não sei se poderia ter feito melhor quem sabe não tivesse morrido e isso eu evito ficar pensando... ainda mais naquela hora do stress e da sobrecarga... a gente não é perfeito. Evito ficar pensando muito e entrego para Deus... Lembrei de uma experiência mais antiga, um paciente que eu estava acompanhando e no quarto ele me falou “Eu acho que vou morrer também”, eu falei “não... o senhor vai ficar bom... não sei o que...” e depois de um tempo eu voltei lá no quarto. Ele estava mal assim... e me fez sinal. Ele estava entubado é... ele teve um derrame e foi reanimado e voltou. Aí... ele estava acordado, me pediu um papel, eu dei um papel e ele começou a escrever uma oração, aquela assim “Senhor, dai-me sabedoria para diferenciar as coisas que posso fazer, das que não posso mudar, para vencer umas e superar as outras”. Mas eu nunca tinha visto aquela oração e eu achei que era dele, mas depois ouvi falar que era de um santo... Ele foi escrevendo e a letra foi falhando e acabou de escrever... ficou liso e parou de novo. Ele me deu aquilo lá e eu sai

correndo e mostrei para o assistente. “Não... ele parou, não tem mais o que fazer”, aí eu mostrei “olha o que ele escreveu pra mim”. Aí o assistente saiu correndo para reanimar ele. Nosso professor não aguentou, no final todo mundo chorou, porque ele tão consciente de que ia morrer, fazendo uma oração daquelas se despedindo da vida. E foi um dia que eu chorei bastante... todo mundo chorou, foi assim muito... eu tenho aquela cartinha guardada em algum lugar. E isso é uma coisa que lembro sempre, e peço sempre sabedoria para ver as coisas que posso mudar das que não posso e saber superar essas coisas que não posso mudar. Foi uma lição que ele me deu, Esse é outro caso que nunca vou esquecer. Mas nunca tivemos aula, técnica do que fazer, nunca se comentou sobre isso...

E– Essa era a minha pergunta agora se você teve na graduação algum preparo, para vocês como médico na parte de psicologia, como lidar com tudo isso.

DR7– Na minha época, pra mim, zero preparação. Não sei se hoje existe algum curso que tenha essa preocupação, que faça isso ou faça discussão sobre isso.

E– E sobre a religiosidade, você teve algo na graduação, durante o curso.

DR 7– Não, não tivemos nada. A gente tinha as reuniões de estudo bíblico e eu andei e fiz umas palestras com a Maria, capelã evangélica. Às vezes acompanhava ela na visitação, assisti algumas aulas e eu era recém-convertido ao cristianismo. Eu me converti no quarto ano da faculdade. E pra mim foi muito importante isso, mas oficialmente no currículo da faculdade nada. Eu acho que ouvi que algumas faculdades hoje, tem alguma coisa. Acho que tem em algumas faculdades algo nessa área da espiritualidade, e tem crescido muito na área da... Eu tenho um cara que foi meu calouro, ele é geriatra e tem doutorado... essas coisas em cuidados paliativos e ele dá muito curso sobre espiritualidade, acho que ele é budista, espiritualista. Ele fala de todas as religiões e como cada religião aborda a morte.

E- Então, Doutor, como você vê capelania, qual a sua opinião?

DR 7- No hospital que eu trabalho não tem trabalho de capelania. No Hospital Y tem duas capelas. Eu tive uma época que fiz um curso de capelania e fiquei um ano acompanhando a capelania. Eu notei que pra mim na época não dava, é muita coisa. Porque eu trabalho e lido com morte todo dia, então achei que fica muito pesado para mim. No hospital funciona assim a pessoa, o paciente tem liberdade. Se o paciente quer chamar padre, ou pastor tudo bem. E o serviço de atendimento ao paciente do hospital chama, é aberto. O paciente que precisa acaba que tem alguém para ir, mas não existe o trabalho oficial lá dentro. Mas é importante sim.

E – Doutor, como você vê os campos da ciência e da religião, como parceiros, como campos em conflito ou como campos distintos, incompatíveis, sem conexão?

DR 7 – Em geral totalmente parceiros. A gente lá médicos de várias religiões, eu sou o único evangélico. A maioria católicos não praticantes, alguns espíritas... tem uma católica que quando a coisa tá muito pesada, ela fala que vai chamar o padre pra benzer... Mas todos valorizam muito essa parte. Temos muitas enfermeiras, técnicas de enfermagem evangélicas e a gente conversa bastante sobre isso. Médico tem menos, eu lembro de um colega meu, foi colega de faculdade, de residência e de trabalho e um dia ele falou “Você é um cara tão inteligente como você consegue acreditar nessas coisas?” Aí eu respondi que não era só acreditar, é viver, é um relacionamento não tem como te convencer, mas eu tenho certeza, eu tenho convicção. Eu posso te falar e você não vai acreditar, pra mim é real. Na hora você não sabe o que falar, e alguns acham a gente bem louco de acreditar assim nos dias de hoje.

E - Doutor, você teria algo mais que gostaria de acrescentar, ou outra situação que gostaria de contar? Algo que seria interessante pra mim, para a minha pesquisa.

DR 7 – Eu sempre sofri muito com essa parte, o porquê da dor, o porquê do sofrimento... porque Deus não interfere quando a gente ora. O paciente que o familiar é crente são os mais difíceis às vezes para a equipe, porque a gente já jogou a toalha, tem certeza que a criança vai morrer. Mas eles não deixam porque creem que Deus vai curar, você quer parar para não gerar mais sofrimento. Mas a família muitas vezes reluta... Meus colegas reclamam bastante e eles falam “esses crentes são difíceis” porque não querem que parem. E vai pastor lá e começa a profetizar cura. O paciente já está morrendo, e morre. Gente, porque Deus não ouve as orações desses irmãos. São coisas que vêm, eu já li muitos livros da Maria, e de outros autores, sobre sofrimento... tentando procurar respostas. Já tive depressão por isso, já fiquei um tempo meio longe de Deus por isso. Por não ter essas respostas. Me bate muito, eu me lembro de um pai de uma menina que chamava Ana, que cuidei. Ela tinha câncer, e já tinha mais de um mês. Eu vi ele conversando e descobri que ele era missionário, e acabei descobrindo que a Ana era colega do meu filho, e eu tenho ela filmada em uma festinha da escola. E ela morreu, ela estava careca e eu não reconheci ela. Ele falava assim, que ele sabia que Deus poderia curar a filha, mas ele não sabia se Deus queria curá-la. Mas eu vi ele revoltado com Deus. Isso me incomoda até hoje.

E- Puxa, muito obrigada, Doutor, por contar essas experiências, pelo seu tempo. Muito obrigada!!!

DR8**Tempo de formação:** 31 anos**Gênero:** feminino**Especialidade:** UTI pediátrica**Local de trabalho:** hospital particular**Estado civil:** casada**Adesão religiosa:** convertida ao judaísmo/não praticante

E- Primeiro, Doutora, muito obrigada por separar esse tempo pra me dar esse tempo de conversa de entrevista. Antes da gente começar com minhas perguntas, você poderia falar qual a sua especialidade e há quanto tempo você é formado?

DR 8– Eu trabalho na UTI infantil, por 31 anos.

E - Então, minha primeira pergunta, Doutora, é o seguinte: os médicos são preparados desde lá da faculdade para agir rapidamente em situação de stress para solucionar problemas... mas há momentos que surgem situações que exigem mais... porque o ser humano é bem mais complexo. Gostaria de pedir que você me contasse um evento marcante, uma experiência que provocou uma dessas emoções de tristeza, medo ou raiva e como você lidou com elas. Como foi para você, como você lidou com a emoção internamente... como você fez nessa experiência.

DR 8– Bom, é assim desde que eu comecei a trabalhar em UTI, que já são 31 anos trabalhando na UTI. Na verdade, eu optei para a UTI, por gostar mesmo. Algumas pessoas me perguntam como é que você foi acabar na UTI, não, na verdade eu comecei na UTI, eu optei para trabalhar na UTI. Durante a residência eu percebi que eu tinha habilidade de decidir rápido. E... de conseguir priorizar as coisas. Quando alguém precisa mais, atender antes do que os outros, né? Ter essa noção boa do que priorizar e eu sempre gostei de ver o resultado rápido, então esse negócio de fazer ambulatório que você precisa esperar um mês pra ver o paciente de novo era o que me incomodava muito. Pra ver se funcionava ou não, até por isso decidi por terapia intensiva. E logo desde o início a gente não aprende, né? Na faculdade, na época, a gente não tinha uma formação de como lidar com a morte ou de como lidar com as perdas. Era algo que a gente não discutia na faculdade... então eu percebo assim, desde sempre, eu quando estava atendendo alguém muito grave, eu ficava meio obsessiva de querer resolver, ficava em cima para consegui resolver. E quando não dava certo eu sofria e sofria mesmo de ficar remoendo,

de ficar pensando no caso alguns dias, e as vezes as pessoas acham, mas isso é muito ruim e tal... Mas pessoalmente não acho que isso foi ruim. Não pra mim porque eu acho que fui crescendo e atualmente, com isso, eu repensava o caso o que eu poderia ter feito diferente. Mas isso dura um pouquinho, não é uma coisa que dura pra sempre. São dois, três dias que eu fico ali e depois a coisa se resolve espontaneamente... então eu percebo que eu vejo isso como uma coisa boa de pensar no caso... é claro que tem caso que a gente sofre mais porque a gente se envolve com a família, então a gente acaba sofrendo mais. Mas é sempre mais ou menos a mesma coisa, eu cumpro ali um luto que eu tinha que cumprir comigo mesma e aí a coisa se resolve. Tristeza é uma coisa sempre comum. Há umas duas semanas atrás nós perdemos uma criança, eu nem conhecia. Essa criança chegou extremamente grave e eu fui tentar cuidar algumas horas, mas aí parei o investimento porque não tinha a menor chance de sobreviver, não tinha mais o que fazer e acabou falecendo e eu do mesmo jeito que muito antigamente sofri alguns dias. Ficava pensando será que eu deveria ter parado, fiquei remoendo um pouquinho e depois de repente foi embora. A tristeza é um pouco assim. Até dou muita aula hoje em dia de como dar má notícia. Eles perguntavam, mas, doutora a gente pode chorar, a gente pode sofrer eu falo a gente é humano se a gente tem água nos olhos, a gente chora. Você não pode chorar como uma mãe ou um pai que está perdendo um filho e o sofrimento, o choro a tristeza não pode paralisar. Às vezes eu já tive criança que eu estava animando e a enfermagem estava chorando, oh... não tem problema, mas se você achar que você não tem condições de continuar cuidando então fala ali com a sua chefe e troca, porque sofrer não tem jeito e se envolve... a gente gosta, a gente é humano. Mas a gente não pode paralisar se acontece de paralisar, na mesma hora eu troco a pessoa e segue o atendimento e aí a gente conversa. Eu sempre falo isso pros meus alunos. Agora raiva... as vezes a gente tem... aí eu pessoalmente, eu aprendi a controlar e a entender que o doente e a família. Eles estão todos doentes, a família adocece junto... então quando a gente vai dar uma má notícia quando a situação está indo para um caminho irreversível a gente tem que estrar preparado para um turbilhão de emoções e as vezes as emoções não são o que a gente espera. E as vezes a pessoa fica agressiva. Eu percebi desde do começo que eu tinha dificuldade de lidar com as pessoas agressivas porque isso gerava em mim um sentimento de raiva também. E... isso era muito ruim, porque eu deixava de acolher as pessoas nesse momento, porque eu recebia uma patada, e eu tinha dificuldade de lidar com isso. Mas com o tempo eu fui interiorizando essa coisa de que cada um vai reagir do seu jeito, e não tem a ver com você... teve um caso o ano passado, que a gente estava perdendo uma criança... e agente inclusive tinha uma dificuldade de língua, acho que eles eram uruguaios. Eles estavam aqui para tratar a criança e a criança acabou falecendo. Cada coisa que eu oferecia

para mãe, uma cadeira levava uma patada, aí eu ia lá e oferecia outra coisa e outra patada, e fui oferecendo e ela só me dando patada... e eu lá tentando fazer o que eu pudesse para eu acolher. E ela só me deu patada. Ai Assistente Social me mandou uma mensagem depois, que a mãe agradecia muito que ela nunca tinha sido tão bem tratada na vida. No momento de maior sofrimento da vida dela que foi perder o filho, depois ela agradeceu, porque eu fui lá oferecia cadeira, oferecia chá... fiquei paparicando ela. Eu penso isso assim, raiva a gente tenta controlar e de um modo geral acho que consegui isso. Eu sou uma pessoa muito passional, mas aprendi a controlar a paixão, pelo menos não demonstrar raiva com o paciente e o familiar porque eles estão sofrendo muito, já tem muito sofrimento. Medo já tive medo de perder o paciente, mas você tem que atuar. Você atua e aí o medo vai embora... Já tive medo e perdi e também já tive medo e deu tudo certo. Então a gente tem que enfrentar e o doente precisa de você, você precisa estar inteiro para o doente.

E- Então, doutora, como você falou para você dura alguns dias, vai amenizando. Mas eu gostaria de saber, porque cada pessoa reage ou age de uma forma diferente quando sente essas emoções de tristeza, medo e raiva. Tem gente que vai para a arte, outras vão pra música, algumas vão pra religião, compras, artes, outras vão para exercício, outras vão pescar ou comer. Como você faz, como você pode descrever como é pra você?

DR 8- Então... eu, acho que já tem uns 13 anos, 14 anos que eu faço teatro. Então fazer teatro, atuar é uma válvula de escape. Quando eu tinha meus filhos em casa eles falavam, “gente, você faltou no teatro?” (riu...) . Porque eu estava de mau humor, porque se eu estava indo no teatro eu estava de bem, e de bom humor. Então eles sempre brincavam comigo “Ai, meu Deus faltou no teatro!”. Mas eu acho que isso é uma válvula de escape, agora, esse ano na pandemia, acho que eu sofri... bom, não só eu sofri, né? o mundo todo sofreu. Mas eu acho que eu tive um pouco de ansiedade, insônia, depressão que eu acho que tem a ver com fato do meu teatro ter sido suspenso... a gente não fez nada disso. Então apelei um pouquinho para a meditação, leitura, filme, assisti séries coisas que me fazem bem.

E- Então, doutora, como você tem me falado, a religião não faz parte deste contexto do agir em relação a estas emoções.

DR 8- Não, pra mim não. Eu assim... Mônica, não sou uma pessoa religiosa. Mas hoje em dia eu sou judia, eu me converti ao judaísmo por causa do meu marido. Mas eu acredito em Deus. Minha mãe era adventista e meu pai era católico, então eu tive uma formação religiosa um pouco cristã, mas tinha os dois lados assim. Minha mãe mais rigorosa com relação a algumas

coisas, porque ela adventista, se bem que ela não era tão rigorosa senão ela não teria se casado com meu pai católico, né? Meu pai era de ir na missa e tal. Então eu fui batizada, fui crismada eu tive uma formação é... católica e adventista. Mas eu no fundo, no fundo, nunca fui muito religiosa. Apesar de que eu tive a formação e eu fiz tudo que era esperado pelos meus pais. Eu só não batizei nos adventistas porque você só batiza quando você é mais velho... e aí, quando era mais velha, eu já não concordava tanto, que tinha umas coisas muito rigorosas e eu não concordava, então não podia ser batizada. E como conheci meu marido e fui estudar o judaísmo, e pra ele era muito importante que se a gente tivesse filho eu fosse uma mãe judia. Mas eu fui muito honesta com o rabino, eu falei que eu estava ali por... mais por uma questão teatral de família (risada). No fundo num vou dizer que vou mudar minha crença... na verdade minha crença... eu acreditava em Deus. Não acredito em religião. Então fica mais fácil assumir com qualquer religião. Na verdade, todas são teatrais em uma certa parte.

E- Doutora, acho que eu vou perguntar algo que você já me respondeu. É sobre a preparação para ser médico, se durante o curso da faculdade, se houve algum preparo para vocês como médicos como lidar com essas emoções.

DR8 – Nenhuma. Isso é uma coisa muito ruim, né? Porque a gente, eu na verdade fui tendo preparo. A vida foi me preparando do ponto de vista familiar, meu pai adoeceu quando eu estava no terceiro ano da faculdade, quando ele morreu. Então eu fui tendo que lidar com a morte pessoalmente e aí eu fui adquirindo uma maneira de lidar muito pessoal, de aceitar a morte. Então foi mais fácil pra mim porque eu tive a vivência. Eu perdi meu pai no terceiro ano da faculdade, depois perdi meu irmão, depois perdi minha irmã e isso foi me preparando.

E- E houve algum preparo na faculdade quanto à religiosidade?

DR8– Então... ninguém prepara a gente não. Eu fui aprendendo na vida, a perceber quem era mais religioso para usar isso como forma de amenizar o sofrimento. Então eu usava isso, muitas vezes e até um dia que eu levei uma cacetada... Eu fui chamada aqui no hospital para ir em um centro cirúrgico para tentar acalmar uma médica pediatra, cujo marido estava passando por um transplante cardíaco e a coisa não estava indo bem e aí... era uma médica que eu conhecia, mas não tão bem. Eu perguntei para ela se ela era religiosa, se ela acreditava em Deus e aí ela virou pra mim e falou, não, eu acredito em ensaio clínico randomizado, né? Isso... eu tava lá tentando acolher, toda carinhosa... na hora foi um murro, porque eu acredito em Deus e também acredito em ensaio clínico randomizado também, mas eu acredito em Deus. Na hora eu sai para o lado clínico randomizado... e quebrou o gelo aí... fui dando as respostas científicas pra ela... aí ela

foi se aproximando. E foi muito importante esse momento... o marido veio a falecer, mas ela encarou o luto normalmente, no fim deu tudo certo. Na hora estava muito difícil pra quem estava lá no centro cirúrgico com ela. Mas depois disso não deixei de usar a religião não, mas eu sempre eu procuro os indícios, se a pessoa é religiosa ou não, se tem crucifixo, ou se tem a Bíblia ao lado, se está lendo um Salmo... eu uso esse lado para tentar amenizar o sofrimento no sentido se a pessoa acredita em Deus eu trago Deus pra conversa. Porque eu acho que as vezes isso ajuda.

E – Então, doutora, como você a capelania no hospital?

DR8- Ajuda muito, a gente quando vê que a pessoa é cristão e acredita em Deus, a gente chama, às vezes, a gente pergunta qual é a religião, senão quer ajuda da própria religião da pessoa. É um suporte que é muito importante. Eu trabalhei no H. X por muitos anos, e o Padre José é um padre que foi muitos anos de lá... e ele era uma pessoa que acho que assim, trazia uma paz enorme de conversar com ele, dele conversar com os pais e às vezes batizar uma criança que estava morrendo. Não é que ... é... varia muito do indivíduo. Porque não é só religião, é a espiritualidade. Agora também, tem gente que fala que espírita e é mais fácil. Mas uma das experiências mais difíceis que eu vivi era espírita, então eu não digo assim... é crer em algo que ajuda. Essa coisa do espírita que foi difícil, é que não tinha nada que eu pudesse fazer, mas a mãe queria que eu ficasse reanimando, dando drogas porque ela era espírita e eles acreditavam que a criança tinha que passar por todo o sofrimento, então que não poderia aliviar o sofrimento. E isso pra mim estava muito difícil, eu podia dar uma adrenalina, o coração iria bater mais um pouco e ia parar. Entraria na distanásia, que é prolongar o sofrimento. Porque não tinha, mas assim na hora assim me veio uma luz e eu falei assim, a senhora não quer segurar o seu bebê? porque a criança já estava há meses na UTI, e essa mãe nunca tinha segurado essa criança no colo. E aí ela quis e eu pude parar de reanimar, mas isso já no meio da madrugada. Eu estava fazendo uma coisa que eu era contra, mas como eu era a plantonista, eu obedeci ao médico do paciente.

E – Doutora, você teria mais algo que gostaria de acrescentar que você acha que seria importante.

DR8 – Não... acho que contei bastante coisa pra você, né? A gente vai aprendendo, a gente tenta ajudar os mais novos, os meus residentes. Eu acho que assim, é importante... eu pessoalmente não creio que é uma religião que é importante. É importante você ter um tempo pra você mesmo, por isso eu falei meditar, é uma coisa boa. Ler um Salmo, ter um tempo pra

você cuidar de si, da sua espiritualidade, da sua crença. Isso pode ser a religião pra quem é religioso, eu, como por exemplo que não sou religiosa, eu acabo lendo uma série de coisas, não só ligada ao judaísmo, às vezes sim às vezes não. Um tempo consigo mesmo, um tempo para esvaziar a cabeça, um tempo para respirar para se ver e se cuidar um pouquinho. Acho que é mais importante do que ser religioso e ser bom poder ajudar as pessoas é o que faz bem pra gente.

E- Obrigada, Doutora, pelo seu tempo e sua ajuda para o meu doutorado. Sou muito grata!!!

DR9

Tempo de formação: 34 anos

Gênero: feminino

Especialidade: UTI pediátrica

Local de trabalho: hospital privado

Estado civil: casada

Adesão religiosa: católica com forte viés espírita

E- Primeiro, Doutora, muito obrigada por separar esse tempo pra me dar esse tempo de conversa de entrevista. Antes da gente começar com minhas perguntas, você poderia falar qual a sua especialidade e há quanto tempo você é formada, um pouquinho da sua caminhada?

DR9 – Eu sou pediatra, tenho 34 anos de formada. E acho que no quarto ano decidi que queria trabalhar com criança, me apaixonei pelas crianças, com o ser em crescimento... acho que eu não sei lidar com adulto mesmo. Com adolescente tenho até um pouco de dificuldade, vou ter que aprender porque estou com filho adolescente em casa... é bom. Quando eu fiz pediatria eu achei que ia fazer neonatologia, berçário dos pequenininhos. Eu sempre gostei de paciente grave, de doentes mais graves e quando eu passei na UTI pediátrica eu vi o mundo se abrir, porque na neotologia o mundo é muito estreito. O mundo das patologias e o mundo das coisas. Sempre gostei de cuidar de pacientes graves, pacientes que precisam de um médico e eu sempre aceitei que pacientes podem morrer embora muitas vezes você fica muito brava, porque você acha que não deveria ter morrido ou aconteceu alguma coisa que não deveria ter morrido, mas eu sempre aceitei que pacientes podem morrer. E sempre aceitei esta missão, quando você recebe uma dessa missão, de acolher os pacientes no fim da vida. Então nunca me incomodei, nunca fui daquele plantonista que fala assim, no meu plantão não vai morrer não. Só muito lá no começo. Aí eu fui aceitando as coisas e assim... eu espero que o paciente vá no meu plantão, porque eu sei bem, e eu consigo dar o suporte. Às vezes a família se desespera... mas não é uma coisa que me incomode. Eu sei que a vida é um processo e a única coisa que a gente tem certeza é a morte, que a gente um dia vai morrer. E que infelizmente criam essas mortes de doença, de trauma de alguma coisa... eu não tô aqui pra julgar, eu estou aqui para ajudar a cuidar. Ficar triste quando o doente morre, claro, claro, mas eu entendo que muitas vezes faz

parte do processo. Tem luto, né. Você se apega ao doente, você se apega à família e às vezes se apega aos casos. Mas o que incomoda muito mais do que o sentimento de tristeza, é o sentimento de raiva. É quando você não consegue fazer aquilo que você acha que deveria. Então, isso eu acho que é algo que incomoda muito mais, muito mais do que tratar. Eu estou aqui, na UTI Pediátrica, e desde 2014 sou a coordenadora da UTI do H. Y na oncologia. O que foi um desafio muito grande, porque e até lá eu dizia, oncologia, não. Até que um dia o Professor titular da oncologia me chamou e disse “a gente vai abrir uma UTI lá e eu queria que você chefiasse”, opa... Meu Deus do céu, o que vou fazer lá dentro... como fazer com aqueles pacientes que eu não consigo nem olhar. Por que assim, quando você pega.. na fase final você não conhece eles como eles eram antes. Então isso era pra mim era maior dificuldade do oncologista. Agora seis anos que estou lá. Lá... hoje é minha casa, vesti a camisa. Hoje eu sei que dei conta disso.

E– A minha primeira pergunta é exatamente isso, será que você poderia me contar uma situação que marcou e como foi que você lidou como uma dessas emoções de tristeza, medo ou raiva. Situação que foi além de tudo que vocês médicos são preparados para enfrentar, o ser humano é muito complexo. Então como você lidou com a emoção.

DR 9- É muito engraçado que você fala isso, nós somos preparados pra isso. Daí te pergunto assim, nós somos preparados para isso, fomos preparados algum dia, quem preparou a gente (dá risada). A gente fala da boca pra fora, “nós somos preparados, somos treinados para isso... ninguém de verdade dá suporte para isso. Você resolve por contas próprias.

DR9 – A gente muda... vou contar em várias fases da vida porque a gente vai mudando...

E– Eu iria perguntar isso também, se mudou a forma de lidar com o passar do tempo.

DR 9– Muda totalmente. Então há uns vinte e tantos anos, acho que uns 26 anos, porque eu vi no Face que a irmã dele fez 20 anos. Eu cuidava de um menino que tinha o intestino curto, então ele tomava NPP em casa tudo. Eu vi com uns dois meses de idade até os cinco anos, no último ano não via todo dia, eu via uma, duas vezes por semana. Eu falava com a mãe todos os dias, todos os dias, aí ele teve um tromboembolismo, alguma coisa, e eu estava de plantão no hospital. E com insuficiência respiratória não deu jeito e ele morreu de madrugada. Fiquei muito mal, foi muito agudo. Porque ele teve algo em casa. E aí fui dar plantão em outro Hospital. Na época a gente fazia as prescrições normais na mão, não tinha nada dessas coisas hoje e aí assim, sabe quando você está meio sonada por que não tinha dormido a noite inteira? E aí... quando eu vi o que eu tinha escrito na prescrição... eu liguei para uma amiga minha e

falei, alguém vem aqui porque não tenho condições de ficar. Eu prescrevi banho de imersão de água de coco com chimarrão (demos risada). Aí eu fui pra o velório do menino, eu falei... gente do céu... essa história é muito viva a lembrança de eu olhar a prescrição de eu rasurar a prescrição, depois a enfermagem já tinha escrito e eu não poderia fazer outra. A sensação de que eu tinha literalmente viajado e perdido o controle e ter rezado, graças a Deus não aconteceu nada grave com ninguém aqui agora. E de ver assim, isso aqui não é só cansaço, isso não é fruto de cansaço. Aí... foi um tempão de terapia, comprando água de coco com chimarrão (mais risadas). Bom, esse marcou bastante porque eu via todo dia, era uma judiação porque ele era preso numa nutrição parenteral sempre, né? Acabou a missão, descansou, a mãe era muito espírita, muito, muito, muito... dois dias depois a mãe disse, “sonhei com o Pedro, ele mandou um beijão pra você e falou que ele está ótimo e que é para ficar tranquilo”. O espiritismo, eu acho que ajuda muito nesse aspecto, as pessoas aceitam que elas vão.

E- Doutora, você é espírita?

DR 9– Bom... eu sou católica, mas... com um viés espírita total, total, total. Não frequento lugar nenhum, na verdade. A morte desse menino deve fazer uns 23 anos.

E- E agora, doutora, porque você falou que mudou com o passar do tempo. A doutora poderia me contar um outro evento mais recente, como que mudou a forma de lidar?

DR9 – Então... outro paciente era um adolescente com leucemia, há mais ou menos uns três anos. E eu fazia só a sedação para biopsias de medula e exames. E ele não deixava fazer com ninguém e era só eu que fazia e tudo... ele tinha uma super confiança. Propofol é o remédio que a gente dá, ele me chamava da “fada do propofol”. Ele estava bravo... não estava querendo fazer o exame... aí eu chegava (falando com voz mansa) e acabava com aquilo e amansava. E a gente fazia os exames, a gente conversava... e eu estava de férias. E ele internou na UTL... e ele morreu, aí me liga a chefe da enfermagem “olha, eu tô te ligando porque o Danilo... morreu e eu sei que você era muito próxima com dele.” Aí eu falei, “Dulce, ele descansou. Eu tô triste de não poder ir lá dar um abraço no pai, dar um abraço na mãe”. Ela me ligou preocupada com como eu iria me sentir, porque você vai cuidando... “Dulce, pode ficar muito sossegada, eu sei como ele estava se sentindo.” Claro fiquei triste de não me despedir, então não me desestabilizou. Outro caso, foi antes desse, que era outro menino com câncer e eu fazia as sedações. E eu comecei a entrar no quarto pra fazer as sedações e ele queria conversar comigo sobre morte e ninguém conversa sobre morte com criança, não pode deixar falar. Então vamos lá conversar, aí eu punha a mãe pra fora, com um certo tempo ela ia espontaneamente para fora,

nem precisava pedir. E era a única pessoa que ele podia falar da morte e dessas coisas. Ele também... senti porque não pude me despedir, porque ele já tinha morrido. Os pais eu encontrei depois de um certo tempo então ficou mais tranquilo. O pai do menino anterior, também encontrei depois de uns dois ou três anos, ele faz parte de um grupo de luto, de acolhimento de pessoas que perderam. Agora não desestabiliza mais.

E- Então, doutora, quando você está contando, a religião fez parte de todo esse processo de lidar com essas emoções?

DR9- Sim, querer acreditar em alguma coisa espírita te acalma, te acalma... Porque tem a missão das pessoas, o espiritismo acredita nisso, que as pessoas escolhem o que elas vão passar. Então muitas pessoas falam, puxa que judiação, crianças com câncer, eu penso assim, foi a escolha dela... Eu cuido de um menino que tem 15 anos e ele é um encefalopata crônico de pós meninge e ele não tem nenhum contato com as pessoas, e eu cuido dele há 14 anos. É bastante tempo, não tem o que acolher não, mas tem a família.

E- Então você já era espírita antes de fazer medicina?

DR9 – Não. O encontro com o espiritismo foi durante a caminhada. Eu não fazia ideia sobre missão, sobre escolha própria... então estava falando desse menino, que faz 15 anos e não tem contato todo esse tempo. Isso ajuda aceitar, que judiação um menino desse jeito, não olha, não conversa... aparentemente não tem pessoa lá dentro.

E- Doutora, acho que você já me respondeu, mas me deixa falar mais objetivamente. Durante a preparação para ser médica, você não teve algo de preparo para essas emoções?

DR9- Naaaaadaaaaaa, nada, nada. Agora burnout dos alunos, se suicidar... então agora tem um pouco mais de preparação. Você era talhado a ferro e fogo. Então era assim, trabalhava 36 horas seguidas, para ti deixar forte, o que não ti mata fortalece. Uma paulada faz a outra.

E- E sobre a religiosidade, vocês tiveram algo na faculdade?

DR9- Não. Naquele primeiro caso foi muito importante a mãe ser espírita, porque ela me introduziu bastante no espiritismo. Eu lembro uma vez que ele precisou trocar o cateter e ele ia fazer mais uma cirurgia e precisava trocar o cateter. E ela teve um sonho e o espírito falou para ela que era algo simples. Mas eu não quis ir muito a fundo no espiritismo, nada da religiosidade não.

E– Doutora, como você vê o trabalho de capelania no hospital?

DR9– Então, eu trabalhei uns anos no Hospital X., e lá tinha um padre muito especial, que sabia ser capelão, o que não é para qualquer padre. Hoje ele está em outro hospital. Você chamava ele pelo bip, extremamente solícito. Ele ia conversar com os pacientes e a gente também... a gente conversava com ele. Conversava com os doentes, mas do ponto de vista católico. Isso foi muito legal. Mas ele é ele, não é qualquer padre. Teve um padre que entrou aqui, olhou o doente e saiu, eu sei que é difícil você ver, mas se você se dispõe a trabalhar de padre em um hospital. Os padres antigos, Deus me livre!! Eles chegavam aqui benziam o travesseiro, não tinha uma palavra para os doentes, para família. Já outro hospital que eu trabalhei era católico, você pensava tinha padre, uns padres legais... para ser capelão precisa ter postura. Tem padre que é para fazer casamento, outro para rezar missa, mas para extrema unção. Agora chama a unção dos doentes... precisa saber fazer.

E– Doutora, outra pergunta que gostaria de fazer, é sobre como você vê a ciência e a religião. Como campos parceiros, como campos em conflito ou como campos distintos, incompatíveis sem conexão?

DR9- São parceiros. Embora uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. A ciência, a medicina e os remédios são coisas. A fé é inabalável. Eu já li vários artigos, eu li que os pacientes que têm fé, e famílias que tem fé, os pacientes vão melhor, é impressionante. Aí eu vou contar mais uma história. Eu atendi uma menina que eu cuidei um montão. Quando ela tinha um ano ela tinha um problema na traqueia, precisou operar. Ficou muito ruim e ela foi para o centro cirúrgico. Fazia broncoscopia e voltava, para broncoscopia e voltava. Tinha umas coisas..., foram duas situações e sempre que eu ia no centro cirúrgico, a mãe botava no meu bolso o tercinho dela, conclusão... eu nunca mais entrei no centro cirúrgico sem o terço da menina. Nunca mais. “Me dá o terço”. Bom, aí ela estava muito cheia de probleminhas que não andava e eu fui e comprei uma pulseirinha da Nossa Senhora e ela fez a reza inteira. Então não é só você dar, mas fazer e acreditar. A fé é uma coisa muito engraçada, tem fé da boca pra fora e tem a fé do coração. A fé do coração é que ajuda os doentes. A fé da boca pra fora não. E aí as pessoas que tem fé você vê muito aqui na UTI, bastante religiosas com fé, com oração, mas elas não falam “Deus vai fazer um milagre, vai tudo melhorar”. Aquelas que tem fé, eu acredito naquilo que o Senhor está fazendo, tem um propósito, e eu tenho fé, não é fé de melhorar, aí elas vão bem. Eu acho que elas caminham juntas. Apesar de ser coisas bem diferentes. Pra mim é muito ruim lidar com famílias que não tem religião, ou que a religião é fraca, o vínculo

religioso é fraco. Quando eu falo vínculo religioso não é aquela pessoa que vai na igreja toda semana, e se confessa e espera que Deus faça tudo. Não, não é essa não.

E- Doutora, teria mais algo que você gostaria de me contar. Algo mais que você julga ser importante sobre o que conversamos?

DR 9 – Não vem nada na minha cabeça agora. Lembrei de mais um, que marcou muito. Que fiquei muito triste e com raiva, com muitas coisas. Ele tinha câncer, ele transplantou mas ele morreu. E a família muito religiosa, e “Deus vai curar, ele vai melhorar”, “Deus vai curar” e você contando as coisas explicando... no dia que ele morreu, você vai dar as condolências pra família. E... “eu não quero abraço, eu não quero contato” (silêncio). E falou um monte. A família era muito complicada. Mas normalmente essa hora, os dias mais próximo da morte, conforme a situação vai se agravando e eles vão vendo a não solução dos problemas, vai acontecendo que o coração vai acalmando na hora chora. Na hora grita... mas assim conseguem fazer um pouco do luto antecipatório, as vezes tem uma intercorrência... E conforme vai chegando ao final da vida e aí tem uma resiliência maior, mas essa foi uma daquelas que não aceitou de jeito nenhum a doença e nem a morte. Apesar de ser difícil, a gente sabe que quem são os vilões são os médicos, né? A enfermagem nem sempre. Que enfermagem fica mais tempo no quarto e ela sempre acolhe mais, dando um banho... Foi com uma enfermeira mais velha que aprendi muita coisa, me ensinou muito. Ela me falou que a hora do banho, vocês vão ter contato com o corpo, com pele e nessa hora a família vai contar mais coisas. É a hora que não tem roupa, é a enfermagem passa muito mais tempo, as vezes 40 minutos para um fazer um curativo. Então a gente ajuda elas, por que para a enfermagem a perda é muito maior. Vou contar mais uma coisa. Essa família não quis nada da enfermagem. A gente só faz coisa ruim, damos notícias ruins, e impomos tratamentos. E aí a enfermagem contou pra gente que nem pra elas... bom eu me resolvo na minha terapia depois. Quando você vê que é uma transferência, tudo bem, eu resolvo lá depois. Bom, aí se eu acho que fiz algo errado aí sim, mas quando não, eu faço terapia a um montão de tempo, o bom da psicóloga é que você pode falar que você quer matar a mãe, quero matar meu pai, eu quero pegar meu pai e afoga elas não mudam a cara. Você é psicóloga?

E– Sim.

DR9– Fica assim fazendo cara de paisagem, né? Mas se você começa contar um caso do hospital, é muito difícil não há quem aguente. Não há quem aguente ficar. Você pode falar que você quer matar um pai, uma mãe... acho que o psicólogo é treinado para isso. É outra história,

ainda mais criança... eu fiz o curso de psicanálise no Sedes. Abre a cabeça pra muita coisa e é isso, né? Eu vi para o que você está treinado, para quais angústias você está treinado, mas pra ouvir uma pessoa falar que cuida de uma pessoa que vai morrer. A gente tem um menino, essa quebra as pernas de qualquer um, primeiro é da idade do meu filho. Isso pega, pega muito... a menina que eu vi morrer de covid tinha 7 anos e minha filha tem seis. E esse tem 15 e tem um franjão desse tamanho, igual o do meu filho de 13. Como ele tem um linfoma, ele está acabado, e ficou sem o franjão. Está pele e osso, cheio de hematomas no corpo e o cabelo que caiu... E o cilião que não caiu, está bem consumido, e ele agora está falando. Então chega no quarto ele chora, e foi a primeira vez que eu vi, a mãe falou para ele, “Filho, se você quer chorar, chora filho”. Ela falou, “Você está triste chora.” Mas teve uma menininha aqui, que não teve quem não se apegasse, ela fez um transplante, ano passado, foi bem. Mas aí ela teve um linfoma, aí ela tratou o linfoma e ela passou acho que um ano e meio, ela dever ter passado três dias na casa dela. Uma criança de 3 pra 4 anos, bem malcriada. Bom, mas não dá para não ser, doente desde que nasceu. Vai dando raiva da criança. Batia no pai, na mãe, as meninas eram escolhidas pra cuidar dela porque tinha que ter paciência. Aí eu estava de plantão e começou a sangrar pelo intestino, e a ter diarreia e aí entubei estava ruim. Fomos fazer uma endoscopia e a gente viu que ela tinha perdido o intestino inteiro que tinha sido doado, deu rejeição, perdeu tudo. A gente via aquele sangue escorrendo, aquela coisa, eu saí péssima. Péssima, da endoscopia. O cirurgião saiu e disse “É... perdeu... vamos operar amanhã”, eu falei “não, você não vai tirar amanhã, tira já”. Ela iria sofrer muito até o outro dia, a mãe aceitou bem porque iria tirar a quimioterapia. As enfermeiras que cuidavam dela ficaram dias sem poder vir trabalhar. Nossa senhora, eu fiquei morrendo de dó, entravam aqui e começavam a chorar. Essa experiência também foi muito forte, me marcou muito também.

E- Doutora, muito obrigada pelo seu tempo a sua disposição de me dar entrevista...

DR9- Mas eu queria muito falar, participar. Gostei muito, Mônica, sucesso no seu trabalho.

DR10**Tempo de formação:** 19 anos**Gênero:** feminino**Especialidade:** UTI pediátrica/ cuidados paliativos**Local de trabalho:** hospital particular**Estado civil:** casada**Adesão religiosa:** espírita

E- Muito obrigada, Doutora pelo seu tempo, a sua disposição em me ajudar com a entrevista. Também por me ter enviado o TCLE preenchido rápido. Doutora, primeiro gostaria de pedir pra você me falar um pouco sobre você. Seu tempo de formada, qual a sua especialidade e se você trabalha em hospital privado ou público.

DR10- Eu me formei em 2001, primeiro eu fiz pediatria e depois fiz UTI pediátrica. Então eu sou formada em UTI pediátrica há 15 anos e trabalho só com isso, por 15 anos. E por 3 anos da minha vida de 2014 até 2017 eu me dediquei única e exclusivamente à uma UTI pediátrica oncológica, o que me levou para o burnout. Exatamente, eu acho, porque eu não me cuidava, não lidava com as minhas emoções e tive que sair porque lá era o foco do burnout. Eu continuei trabalhando em UTI pediátrica, então hoje eu só trabalho em UTI pediátrica privada e eu dou aula em uma faculdade de medicina pra internos do quinto ano. E o que me fez sair do burnout foi estudar cuidados paliativos... parece um pouco contraditório, né? Nossa, mas aí você vai cuidar de quem não é curável, de quem está morrendo!! Mas na verdade o cuidado do paciente integral fez com que eu olhasse pra mim mesmo e pras minhas emoções. Porque no cuidado paliativo tem muito autocuidado e a gente aprende muito. E resgatar isso me fez querer voltar para minha profissão de novo, porque eu queria largar. E estudar cuidados paliativos me fez voltar a olhar a medicina, como um cuidado integral do paciente. Eu não atuo exclusivamente em cuidado paliativo, hoje. Mas eu tenho essa formação e dou aula na pós-graduação de cuidados paliativos pediátricos. Eu fiz meu mestrado e meu doutorado e fiz agora uma pós-graduação de filosofia e autoconhecimento, na faculdade X. Fiz um curso de mediação familiar agora. Eu tive essa vertente nessa área de autoconhecimento. Tenho uma amiga psicóloga que gosta também de constelação familiar e aí ela me levou para esse outro lado que o médico acha

que é muito assim... eu tenho a impressão que a medicina ficou muito biológica e a biografia ficou um pouco deixada de lado e a gente tecnicamente é muito bom e agora a gente está resgatando o cuidado. As doenças crônicas estão aí, e os pacientes graves estão aí... e estão sobrevivendo aquilo que há duas ou três décadas não sobrevivia. E é isso um pouquinho isso da minha história.

E- Então, Doutora, a gente sabe que os médicos são preparados para enfrentar situação de stress, responder rápido para agir conforme a profissão exige. Mas a gente sabe que há situações que exigem além, o ser humano é muito complexo. Gostaria então de pedir que você me contasse uma situação que te marcou, onde você experimentou tristeza, medo ou raiva. E como você lidou, enfrentou aí dentro com você mesma com a emoção.

DR10- Eu posso dar mais de um exemplo então? É que tem uma situação que marcou muito quando estava nesta UTI. Uma situação antes do burnout e uma mais de hoje.

E- Fica à vontade, doutora. Na verdade, eu iria perguntar se mudou a forma de lidar. Fica à vontade.

DR10- Então quando trabalhei nessa UTI oncológica teve uma criança que me marcou muito... eu não lembro exatamente a profissão dos pais, mas era uns pais diferenciados porque o hospital que trabalhava era público, mas esses pais eram de Salvador e eram mais diferenciados. E a criança tinha um ano e pouco e ela foi tirada... tinha um tumor incurável... ela foi tirada do peito da mãe e foi intubada. E disso ela nunca mais foi para o peito da mãe. E isso foi uma coisa muito triste pra mãe, mas naquela época foi muito difícil de eu enxergar isso, na verdade eu enxergo olhando retrospectivamente. Naquele momento era tanta coisa junto, que aquela questão pros médicos não vinha ao caso. Porque, nossa, eu tenho que tratar tanta coisa e essa coisa de não mamar no peito, da questão biológica, para criança não fazia diferença. E teve um determinado momento que a gente teve conversas diárias sobre o risco de vida da criança, e numa dessas conversas eu coloquei para os pais que ela não tinha indicação de reanimação cardiopulmonar e que ela estava caminhando para o óbito. E foi muito difícil, porque essa informação eu teria que ter dado desde a primeira reunião e foram umas cinco ou seis, até a gente conseguir abordar esse tema, e no dia que eu consegui falar isso, meu olho encheu de lágrima e tristeza. Porque foi muito difícil pra mim também ter que falar. Aí o pai virou e falou, “olha, eu vejo que você ficou emocionada em falar”. E aquilo acabou comigo, eu não sabia lidar com isso... foi uma cena muito marcante pra mim. Foi muita tristeza, mas como a gente lida, como eu lidava naquela época, era trabalhando mais. Era não olhar para a tristeza. Quando

o pai falou que eu fiquei emocionada, ele falou me respeitando...acolhendo. Mas como eu lidava com a tristeza naquela época era, “não olha”. Passou, vamos, vida que segue... próximo paciente e vamos. E acho que isso que me levou a todo esse processo de esgotamento emocional. E depois de todo esse processo passando, eu tive oportunidade de participar de outras vivências..., Mas uma que me marcou muito, foi uma outra criança que ficou com a gente por uma ano e meio e todo mundo era muito apegado nessa criança. Foi um transplante e foi bem no começo, deu certo e depois todo mundo se apegou muito à criança, e no fim, no dia do óbito, quem estava lá foi eu. E eu acolhi muito melhor a tristeza no sentido de separar o que era meu e o que era da mãe. No sentido de me perceber triste, que tá ok. E ficar um pouquinho no quarto, por exemplo, porque não aguentavam ficar ali vendo... porque ficaram velando a menina viva algumas horas, porque demorou para a menina ir a óbito. Então as pessoas estavam velando a criança viva. Mas nesse momento eu acolhi minha tristeza, tanto que eu cheguei em casa a noite e eu falei, eu preciso dormir, eu vou ter que tomar remédio para dormir. Por que eu realmente preciso descansar porque hoje não foi bom. E conversas com outras pessoas também eu acho de acolher todo mundo em si. Hoje eu olho a tristeza. Esse último óbito que eu tô contando, me deu raiva também e eu percebi que a raiva era minha, porque muitos profissionais da saúde foram entrando para ver a menina e aquilo me incomodou por demais. Eu fiquei com a raiva e fui perguntar pra mãe se ela estava incomodada e ela falou não. Porque ela não deixava ninguém da família entrar, só os profissionais da saúde podiam, só quem tinham cuidado dessa menina que tinha ficado internada a vida inteira, ela tinha quatro anos. E vieram outros profissionais da saúde de outros hospitais para vê-la e a mãe falou “não, Doutora, eles fazem parte da história dela”. Tudo bem, então, a raiva é minha... ela não está incomodada. Hoje eu consigo me perceber nas emoções... não é também que eu fico com elas, fico triste por um tempo, até porque eu tenho uma profissão, até porque eu preciso dar conta também. Ela já não me atrapalha, eu consigo olhar para elas, saber de onde vem, ver o que é meu e ter um autocuidado depois.

E- Então cada pessoa, Doutora, lida de formas diferente com essas emoções. Algumas pessoas vão para música, artes, religião, compras, comidas... Você faz uso de algumas dessas formas ou outras formas.

DR10- Eu faço corrida, era minha válvula de escape sem nem saber. Eu fui no começo para perder peso e fazer uma atividade física... Eu fazia corrida desde antes do burnout, aí a prescrição do psiquiatra foi “não pare”, aí então eu corro até hoje. Pra mim hoje não é só corrida, é fazer um exercício físico. Uma caminhada no campo, ou esteira, hoje eu preciso fazer

um exercício físico. Voltei a tocar piano, eu toquei minha adolescência toda, na infância e voltei a tocar. Eu faço Reiki. Comecei a fazer um autocuidado no hospital de reiki, e depois fiz um curso.

E- Desculpa, Doutora, você poderia explicar um pouco melhor isso, não sei se entendi.

DR 10 – É estabilizar a energia da própria pessoa, não é eu passar a minha própria energia para alguém. Porque as vezes as pessoas têm medo, né? É uma imposição de mãos que é para estabilizar a sua própria energia. Então se eu for fazer reiki em alguém, não tem nada a ver, não vou pegar a energia do outro. Na verdade, é para fazer fluir a energia da própria pessoa. Então eu tenho o curso que posso fazer em mim e numa outra pessoa. Mas eu não posso fazer a distância por exemplo, aí eu teria que fazer um outro nível de reiki. Então quando eu tô... dias que eu tô muito stressada eu ponho a música e eu faço a imposição de mãos em mim mesma e isso me dá uma paz assim e alivia. Aí... eu não vou falar que comecei a estudar a religião, mas a espiritualidade de uma maneira geral. Eu faço curso de espiritismo, na Federação Espírita. Mas na verdade eu fiz o curso de budismo. Então pra mim várias religiões orientais... então não é muito religião, mas sim uma espiritualidade.

E- Doutora, como você vê o reiki, é uma religião ou uma forma de pensamento?

DR10– Não é religião não, na verdade qualquer pessoa pode fazer porque é só uma questão de energia do outro e da sua própria. No espiritismo tem o passe, e a pessoa que está dando o passe transmite uma energia para outra pessoa, não é isso. No reiki a imposição de mãos é pra que a própria pessoa canalize as energias dela.

E– Doutora, então essa espiritualidade faz parte dessa forma de lidar com essas tristezas, ela faz parte. Você pode explicar pra mim?

DR10– Ela ajuda um pouco para dar o significado para o meu papel ali. Pra trazer um significado para mim de trazer pra mim algum motivo para eu estar ali. Naquele sofrimento para aquela pessoa, trazer um sentido para o sofrimento daquela pessoa e também me ajudar a lidar com o sofrimento do outro. Me ajuda a entender por que aquela criança de seis meses está passando por aquilo. Porque aquela família está passando por aquilo e porque eu vim a conhecer aquela família naquele momento. Eu acho que me ajuda dar sentido tanto no ponto de vista profissional pra mim como do ponto de vista meu pessoal. O pessoal do outro e com a família do outro. Não que faça isso para eles, ou faça proselitismo de jeito nenhum. E passar por diversas e entender as religiões inclusive me ajuda a entender como o outro pensa e aí eu

acho que ajuda na empatia. E eu jamais vou falar o que eu penso para o outro, mas me ajuda a sofrer menos pelo outro...

E- Quando você fez a faculdade você teve algum preparo para essa parte das emoções que o médico passa, algo dessa parte da psicologia?

DR10 – Eu lembro que a gente tinha uma disciplina de psicologia clínica, e eu lembro que era no terceiro ano da faculdade, ninguém sabia por que raios a gente tinha aquilo. Não fazia nenhum sentido e o sentido era mais em relação ao paciente. E eu vou ti falar, nem na graduação e nem na residência. Eu vim ter isso depois do burnout, foi quando eu comecei a falar “eu sou uma pessoa também, que tenho minhas emoções”. E eu posso dizer que isso veio a aparecer na minha vida depois de 15 anos de formada. São vinte anos depois de que eu entrei na faculdade. É porque os exemplos que a gente tem, na faculdade, naquela época, né? Eu vejo que dou aula para os alunos, a abordagem é totalmente diferente, mas naquela época a gente era uma máquina. Uma máquina de ver doença e tratar doença e escutava muito “não se envolva com o paciente, porque isso é ruim”. As frases que a gente escutava e os exemplos que a gente tinha era esse... e o interessante é que foi uma coisa que sempre me incomodou, desde a residência, mas porque eu não sabia o que fazer... e quando eu comecei a fazer o curso de cuidados paliativos, as indicações de livro para ler eu já tinha lido inúmeros. Só que eles não fizeram sentido para mim naquela época, e eu falava assim “eu já li esse livro”. Então eu percebi que esta procura já existia na minha vida há alguns anos só que eu não conseguia encaixar as peças e que essas peças vieram a ser encaixadas nestes últimos três, quatro anos...

E- Em relação a essa religiosidade, espiritualidade que você mencionou houve algum preparo na faculdade?

DR10- Eu me considero outra médica depois dessa experiência, desse passo que eu dei. Com menos julgamento, mais compreensão. A menos que eu não concorde com o que está acontecendo. Mas com respeito mesmo sem concordar. Antes eu sofria mais de stress moral. Hoje eu acho que eu respeito, posso não concordar. É lógico o nosso paciente é a criança, e a gente tem que lidar com a família e com o sofrimento da criança. E eu não posso colocar mais sofrimento na criança porque a família quer uma coisa. Acho que isso é um campo um pouquinho mais minado do que com os adultos. Mas hoje eu vejo com outros olhos e eu saio mais em paz. E eu não tive nenhuma coisa sobre espiritualidade nem na faculdade e nem na residência na minha formação, sério! Na formação toda eu não tive isso.

E- Doutora, como você a capelania no hospital?

DR10– Eu acho muito importante, pena que no Brasil a gente não vê ecumênicos no Brasil. Tem em muitos outros lugares que eu já trabalhei que tinha padre, e quando é pastor às vezes traz de fora a própria pessoa acaba trazendo. Mas é um tema muito pouco abordado tanto pelos médicos, como pela família. E como você tocou no tema, e eu acredito que nada é por acaso, Mônica, eu acabei de enviar meu TCC da pós do autoconhecimento e filosofia que tinha que escolher o tema, o meu tema foi “A importância da espiritualidade no contexto do paciente nos cuidados paliativos”. Eu acabei de estudar esse tema e como as pessoas não abordam assim, os médicos não abordam por si, o autoconhecimento para sua própria realidade e não abordam com os pacientes embora os pacientes quando perguntados queiram. O capelão essa figura não é só importante para o paciente, mas também para os profissionais da saúde. Toda vez que o padre vai lá, semana passada o padre foi lá e eu falei pra ele “Padre, dá uma benção aqui na UTI”. Eu já fui católica hoje eu não sou mais, mas tudo bem, não é assim uma questão da religião, porque toda benção é bem-vinda, toda oração. Tanto que eu dei plantão no ano novo e a gente fez uma oração toda a equipe, os profissionais de saúde a meia-noite, a gente fez uma oração ali dentro. E é isso, não é religião. Todos estavam ali enquanto todas nossas famílias estavam festejando, e a gente também estava ali com amor e carinho sem os nossos familiares, mas não sem essa conexão ali. Foi bem legal esse momento, que a gente reuniu todo mundo e fizemos essa oração e quem puxou fui eu, que é raro também. Às vezes as pessoas falam que a gente nem parece médico, e essa frase me incomoda muito...

E– Como assim, me explica melhor por favor.

DR10– Quando a gente faz esse tipo de abordagem, os outros profissionais da saúde da equipe nos dizem que a gente nem parece médicos. Porque não é habitual que os médicos façam isso, e isso me incomoda profundamente, porque eu não acho que isso é ser médico, é ser humano antes da profissão e eu num entendo essa frase. Sabe então eu acho isso muito triste, as pessoas verem o médico só do ponto de vista biológico. E os pacientes também só nos veem a gente do ponto de vista biológico. A gente entra no quarto e pergunta para o paciente se está tudo bem, ele fala que está tudo bem. Aí a enfermeira entra e volta e fala “Dra. 10, não tá tudo bem não, ele falou que tem isso...”. Mas, gente, eu acabei de entrar e perguntar. Então eles não veem na nossa figura, uma pessoa que possa abordar esse tema. Então o paciente não vê na minha figura, aí vem a importância da equipe multi.

E- DR 10, para você, como você vê os campos da ciência e da religião, como parceiros, como inimigos, ou campos totalmente independentes.

DR10– Para mim são absolutamente parceiros complementares e não se exclui de maneira nenhuma. Só acho a espiritualidade um mistério e dá pra fazer ciência, tanto que eu procurei e tem muito artigo de espiritualidade. Então dá para fazer ciência com isso, mas para mim a espiritualidade é um mistério. E ela é de cada um, por isso acho que é difícil, é difícil você provar estatisticamente da forma como a gente faz ciência a espiritualidade. Mas eu não preciso disso para ter espiritualidade e ver que ela muda. Eu não preciso que o “p” seja significativo para eu perceber que ela muda a vida das pessoas. E não vai mudar a morte porque todas nós vamos. Mas ela muda a forma de viver até morrer, tanto a nossa que está cuidando do paciente, quanto da família do paciente.

E- Você teria mais algo que você julgue importante, ou que você gostaria de acrescentar à nossa conversa. Algo que ache importante.

DR10– Já que você falou da espiritualidade, como ela pode ajudar...eu vou contar uma historinha que acho que é um bom exemplo disso, eu acho que ela também pode atrapalhar dependendo da crença, mas o paciente estava indo a óbito. E a família era muito difícil, ele era filho único e a família estava sofrendo demais, demais, de mais... e no dia que ele faleceu eu estava de férias e eu tinha muita ligação com esse menino. E eu estava na época do burnout, eu tinha prometido pra mim que eu não iria entrar no sistema para ver. Por que a gente tem acesso, né? E eu tenho esse péssimo hábito de não desconectar. Eu tinha prometido que eu não ia ver, já fazia mais de 20 dias que eu não tinha entrado, mas nesse dia eu acordei inquieta... aí eu entrei e o nome dele estava ali ainda no sistema, então ele estava lá ainda. A hora que eu entrei, ele tinha ido a óbito há poucas horas. Eu realmente estava em conexão com ele naquele momento e ..., mas de uma certa forma me deu paz, porque ele estava sofrendo muito e eu fiquei muito encafifada com a família, como tinham reagido. Falo que a mãe, no momento que ele estava indo a óbito que ela olhou pra janela e viu uma luz e pra ela aquilo fez todo o sentido, que ela falou que ele foi em paz e foi na hora que ela viu a luz que ele foi a óbito. E isso deu muita paz para ela, porque foi como se ele tivesse ido para a luz. E pra mim também, eu também estava muito conectada com esse menino. Então pra mim essa espiritualidade foi importante para me dar paz e foi importante para a mãe também, para essa questão da morte do filho. E eu vejo como essencial assim na vida e mesmo quem é ateu. Quem é ateu também tem uma crença de não crer. Eu acho que é isso, Mônica.

E- Puxa... muito obrigada, DR10. Por contar toda essa sua experiência.

DR11

Tempo de formação: 32 anos

Gênero: feminino

Especialidade: UTI pediátrica/cuidados paliativos

Local de trabalho: hospital particular

Adesão religiosa: espírita

E- Muito obrigada, Doutora pelo seu tempo, a sua disposição em me ajudar com a entrevista para meu doutorado. Ainda mais sabendo que é fim de semana, obrigada mesmo. Também por ter me enviado o TCLE preenchido. Doutora, primeiro gostaria de pedir pra você me falar um pouco sobre você. Seu tempo de formada, qual a sua especialidade e se você trabalha em hospital privado ou público.

DR11- Tenho 32 anos de formada, eu me formei em 1988, isso dá 32 anos. A minha prática atualmente é totalmente em hospital privado. Eu atuei no SUS durante o período da minha formação e depois já fui trabalhar em hospital privado, a gente tem residentes, mas eu não tenho aluno porque não tem aluno na minha prática. E no hospital que eu trabalho H. X., é privado ele se define como uma instituição filantrópica. Eu ensino em pós-graduação. Eu fiz dois anos de residência em cirurgia geral e dois em cirurgia torácica e atuei nessa área até 2012. E em 2012 eu fiz o lato senso em cuidados paliativos e aí passei exclusivamente a atender no Hospital X... comecei minha atuação nos cuidados paliativos em um outro hospital, fiquei uns 4 anos nesse hospital. E no ano seguinte que eu fiz a pós comecei a fazer parte da equipe de cuidados paliativos no Hospital X. E desde do ano passado eu trabalho também na área de consultoria de projetos de homecare e hoje sou a coordenadora médica dessa empresa. São ramos de atividades bem diversificadas, mas tudo na medicina privada, nenhuma relação com SUS. Quando me formei ainda não tinha os cuidados paliativos, mas se tivesse acredito que já teria decidido por essa área, é uma área muito nova.

E- Então Doutora, como você viu no TCLE minha pesquisa é sobre as emoções de tristeza medo e raiva, então gostaria de pedir que você me contasse uma situação que foi marcante para você em que você experimentou uma dessas emoções. E como foi para você, como você lidou com essa emoção.

DR11-Olha, na verdade eu acho que no treinamento médico é muito ruim em várias coisas e essa é uma delas. Ninguém fala abertamente sobre morte, sobre emoções, sobre perda ao longo do curso. E precisa lembrar, talvez isso esteja mudando mais eu sou velha já. Eu me formei em 88, eu entrei na faculdade em 83. Então isso era um tema totalmente tabu, era como se não pudesse ser falado que essa prática vai desencadear emoções. Tinha lá um cursinho de psicologia médica no terceiro ano que na verdade era assim. Como funciona a faculdade, primeiro e segundo ano, a gente não tinha praticamente nenhum contato, talvez isso tenha mudado também, nenhum contato com o paciente era tudo cadeira básica. O paciente mais legal que você iria ver era um rato. Então no terceiro ano, é que a gente começava a entrar no hospital em grupo para atender pacientes, e ter aulas com pacientes e aprender a examinar e tal. Aí nesse momento tinha esse curso de psicologia médica e a única coisa que eu lembro desse curso é que tinha a ver com psicodrama. Porque quem dava essa classe era um psiquiatra que tinha essa especialização e que é uma referência na área. Ou pelo menos, na época, mas eu não me lembro de absolutamente de mais nada, eu não me lembro desse curso instrumentalizar a gente para lidar com esses desafios, essas emoções. Então assim ninguém falava, não lembro. Então tinha esse curso e o resto era tudo coisas clínicas, clínica. Então não tinha uma coisa de falar abertamente “olha essas emoções vão mexer com você”, “você pode ter tristeza, pode ter raiva, pode ter culpa”. Era um assunto que não se falava. Na verdade, o que a gente ensina é sobre doenças, aprende sobre doenças e sobre tratamentos. Mas o tópico o cuidar de uma pessoa doente, você é uma pessoa olhando por uma pessoa, cuidando, dois seres humanos não se relacionando, isso é claro que aparece quando a gente começa a cuidar dos nossos próprios pacientes, mas isso não era o foco de conversa passava batido... era tipo um elefante branco na sala que ninguém falava no ensino. Eu não me lembro... vai que teve e eu não prestei atenção, sei lá. Mas eu não lembro de alguém falar sobre isso ao longo do curso. Aí assim uma situação que pra mim foi muito mobilizadora, foi meu segundo paciente que eu tive na vida, que no quinto ano comecei o externato na clínica médica. Aí meu primeiro paciente era um paciente, acho que tinha esquistossomose, um negócio assim. Ah não foi no terceiro... depois a gente passava três meses na clínica médica, supervisionado pelo residente primeiro, eu tinha um preceptor e aí a gente tinha os pacientes lá com os residentes, fazendo inscrição, tinham discussão de casos, tinha aulas, aquela coisa toda. O primeiro foi esse, depois Salmonelose era algo assim, depois veio um paciente que tinha uma insuficiência cardíaca que hoje eu sei que era uma insuficiência cardíaca em fase terminal, mas que foi transferida para o hospital na época, porque ele precisava ficar recebendo dobutamina. E aí o meu terceiro paciente, foi um paciente cirrótico, com uma cirrose de etiologia alcoólica que evoluiu para uma síndrome

aburrenial e acabou falecendo. Foi uma coisa muito, muito intensa para mim, porque eu me vinculei super ao paciente. Na medida que o paciente foi piorando eu também fui piorando e aí eu não ia mais embora do hospital, eu queria ficar, eu ficava até 10 da noite, até o momento que ele acabou indo para UTI e falecendo. E isso foi muito ruim, eu não tive nenhum apoio, e isso foi percebido pelas pessoas que me supervisionavam, se é que gerou... não gerou nenhuma conduta, nenhuma conversa. Uma coisa que hoje eu faço com os residentes, olha eu vi que esse caso tá difícil para você, vamos conversar e tudo... Hoje eu sei que existe um serviço de apoio psicológico aos residentes, mas naquela época não existia. Isso era totalmente ignorado, como falei pra você como se não existisse. A gente entra na faculdade com uma ideia muito mitificada do que é o médico. Aí assim na hora que eu perdi meu primeiro paciente, e eu fui perdendo, foi muito difícil pra mim e na época, embora minha mãe não fosse uma pessoa que eu tivesse uma abertura muito grande de conversa, ela percebeu e começou a buzinar na minha orelha que eu precisava fazer terapia eu acabei indo, porque eu entrei em parafuso. Fui em algum lugar para eu poder buscar ajuda e aí começou um longo processo de análise que durou uns longos 10 anos, mas enfim, aí já é outra história. A forma de lidar mudou muito com a terapia, a terapia fez toda a diferença. Aprender o que é meu e o que é do outro, e me ajudou a entender o que aquelas coisas que aconteciam com os pacientes tinham a ver comigo. E olhar para essas coisas e entrar em contato com minhas emoções. Foi na terapia que eu aprendi que a morte do outro traz a minha morte, a morte dos que eu amo. E todas as emoções que vêm nesse baita balaio de gato e foi o momento que eu aprendi a olhar para essas emoções de uma maneira que acho que é saudável. Tanto que eu acabei vindo para essa área hoje de cuidados paliativos porque eu acho que apesar do meu primeiro confronto com essas emoções tenha sido muito difícil, eu tomei um caminho que eu acho que foi saudável porque eu já me inclinava para essa área da finitude e da morte há muito tempo antes dos cuidados paliativos.

E- Então, Doutora, a minha pergunta como você lida com elas a partir disso, dessa clareza que a terapia ajudou a você ter. Cada pessoa tem uma forma de lidar com essas emoções. Algumas pessoas vão para o esporte, outras pra música, artes, outras para religião, compras. Você poderia falar pra mim como isso é para você, Doutora.

DR 11- A terapia me ajudou a entrar em contato com essas emoções e a não ficar racionalizando, a nomear e entender essas emoções. Então assim acho que para mim, tentar entender e eu sempre tive dois caminhos. Um que é o caminho de estudar, então aquilo que eu não entendo eu vou ler a respeito, vou pesquisar, eu me interessar. E o outro, o caminho da religião me ajuda muito eu sou uma pessoa religiosa, então o jeito de entender todas essas

emoções passa muito pela religião. Eu sinto muito, que é muito suportiva para mim. E eu fui entendendo que dentro das minhas relações pra quem que eu podia direcionar esse tipo de conversa e ter um apoio para mim, de ouvir os outros. Então é claro que não é com todos os seus vínculos, mas é, tenho amigos que posso conversar a respeito quando eu não tô bem sei lá. Então eu faço cuidados paliativos em crianças.

E- Na sua preparação na graduação, Doutora, você já me falou que você não lembra que houve preparo para essa parte psicológica, quanto as emoções. Mas e sobre essa área da religiosidade e espiritualidade.

DR11- Nada, zero, zero, zero ,zero. Mas como isso é muito importante para mim, lá pelas tantas eu até fiz um levantamento porque eu dou aula sobre espiritualidade em cuidados paliativos. E eu fiz um levantamento, nos últimos 30 anos do século XX, na primeira metade desses 30 anos você não tem 100 artigos indexados sobre esse assunto. Nos últimos 15 anos do século XX, você tem alguma coisa. Mas o interesse pelo tema começou a aumentar mesmo no século XXI. Mas como eu sou muito interessada nesse assunto, e isso é algo muito importante na minha prática, eu já buscava leitura em fazer as correlações por minha própria conta. Mas assim, não tem uma palavra sobre isso, muito pelo contrário. É quase um preconceito mesmo contra o médico que traz qualquer coisa ligada à religião. Num tinha nada. A psicologia tinha essa disciplina que falei da psicologia. E aí depois a gente tinha a psiquiatria que aí era as coisas da psiquiatria, não tinha muito a ver com a psicologia. Mas sobre espiritualidade... tinha um professor na anatomia que era espírita e ele juntou um grupo extracurricular fora das atividades. Usava as dependências da faculdade para se reunir. Então um grupo de estudos de médicos espíritas. Mas isso não tinha nada a ver com a faculdade. Eu participei de algumas reuniões e não consegui dar continuidade porque a faculdade era muito puxada. A gente tinha aula na USP e uma vez por semana na Doutor Arnaldo, os primeiros dois anos eu não tinha carro na época, então a locomoção para ficar indo e voltando da USP na hora do almoço era inviável. E era uma rede de transporte público muito ruim, muito pior do que é hoje. Não que hoje esteja boa.

E- E, Doutora, na sua opinião como você vê a capelania?

DR11- Fundamental, fundamental. E eu lamento muito nos cuidados paliativos que no Brasil a capelania é muito ligada à religião, e a gente não tem capelães, ou tem muito pouco capelães efetivamente ecumênicos que eu acho que se seria o expert de um cuidado espiritual necessário para os cuidados paliativos. Eu tenho um colega que brinca que se eu terminasse minha carreira nos Estados Unidos eu ia terminar minha carreira como capelã. É uma das coisas que gosto

muito de ajudar. Então espaço tem, o que não tem é o profissional capacitado. Há um tempo atrás o maior evento que já existiu de congresso de cuidados paliativos a aula sobre a capelania foi com uma capelã superfamosa de um grande hospital brasileiro. Foi uma das coisas mais proselitista da face da terra, eu falei “gente que é isso?”. Meu Deus! E a gente não está lá pra converter as pessoas, muito pelo contrário, isso é uma coisa muito grave. A gente não tem pessoas capacitadas para exercer a capelania com sucesso, tenho certeza disso.

E- Doutora, continuando como é a sua visão desses dois campos, do campo da religião e do campo da ciência. Eles são parceiros, inimigos ou completamente independente?

DR11- Eu percebo eles como parceiros, porque a matriz do espiritismo conforme Allan Kardec é o positivismo. Então ele nasceu no meio do racionalismo científico. Então pretensamente ele é ciência, filosofia e religião. Kardec procurou fundamentar aquilo dentro de um método científico e dentro das publicações espíritas existe uma busca de explicações científicas pra vários fenômenos tais como milagres. Então tem explicação como Moisés abriu o Mar Vermelho, pra concepção de Jesus, por Maria ser virgem. Tem várias explicações porque o que a gente sempre acredita que Deus não vai contrariar suas próprias leis da natureza. Dentro de toda religião há um mistério e aí o mistério é onde mora o milagre, onde mora as coisas que a ciência não vai explicar. Porque a ciência é apenas uma maneira de explicar o mundo, mas não a única. Então eu não vejo uma briga entre ciência e religião, e eu vejo que a ciência, com os instrumentos que tem hoje, não consegue explicar tudo e ponto.

E- Gostaria de saber, Doutora, se há algo mais que você gostaria de falar ou me contar alguma outra experiência tua.

DR 11- Ah, nossa são tantas experiências, histórias, ah... são muitas, muitas histórias. Nossa eu já perdi tantos pacientes, na verdade eu me deparo diante de um caso de sofrimento, a minha religião tem um jeito de explicar aquilo que eu aceito e que pra mim faz sentido. Porque é um jeito de dar sentido a testemunhar situações extremas de sofrimento que eu não sei se conseguiria dar sentido de outra maneira. Porque é muito difícil você entrar em contato com uma coisa que te parece totalmente absurda e sem sentido. Então a minha religião me dá um sentido, por exemplo uma criança com um câncer horrível, todo mundo “ah o que a criança fez?” E a minha religião me dá um sentido pra isso. Então ok eu não preciso saber mais detalhes, mas existe um motivo e eu estou aqui para aliviar esse sofrimento e eu muitas vezes acontece que quando vou lidar com situações desafiadoras, situações... a morte pra mim não é necessariamente uma situação desafiadora. Alguém que está morrendo placidamente, bem

cuidado, com seus sofrimentos controlados e está nos últimos dias de vida é muito tranquilo pra mim, porque isso é um limiar para outro estágio dentro dos preceitos da minha religião, então algumas vezes eu inclusive dou um suporte espiritual pro paciente quando isso faz sentido. E dentro das crenças do paciente e não das minhas. Já fiz algumas vezes isso, não tenho o menor problema em rezar pra um paciente assim, mas isso tem que partir dele. Então aquilo me ajuda a dar um sentido, me ajuda a cuidar, me ajuda a ficar pacificada e quando eu estou diante de uma situação tensa, de conflito, uma situação que me deixa assustada, desafiadora e que tenho medo de não conseguir lidar, uma coisa que eu faço é rezar, pedir ajuda. Tenho lá meus jeitos de pedir ajuda. Então são várias histórias e algumas vezes ficou totalmente guardado pra mim. Quase sempre quando eu tenho a oportunidade eu me despeço dos meus pacientes e faço uma oração. E se a crença do paciente não condiz com aquilo eu faço totalmente em silêncio pra mim mesma. Às vezes a situação de tensão e perturbação é tão grande que eu não consigo fazer, eu fico até chateada, mas enfim, tem limites, né? E as vezes a gente acaba tendo a oportunidade de participar de momentos muito significativos. Então muitas histórias de uma fala que você teve, sei lá... lembrando aqui de uma esposa que estava se mortificando porque ela, o marido estava em uma situação de muito sofrimento porque as pessoas não recebem a previsibilidade de como vai ser aquele fim de vida. E aí, quando nem sempre o cuidado paliativo é acionado em tempo hábil para instrumentalizar as pessoas como lidar com a fase final da doença. E ela estava em um super sofrimento porque ela achava que aquilo era um castigo, porque ela tinha pedido pra Deus que encurtasse a vida do marido se fosse para ele sofrer. E aí... isso é uma coisa que eu já usei mais de uma vez, que é falar de Jesus no Monte das Oliveiras que ele pede ao Pai que afastasse aquele cálice de angústia. Puxa... se até Jesus pediu, não tem nenhum problema você ter pedido isso, e foi muito legal. Pra algumas pessoas já usei isso fez um enorme sentido e tranquilizou o coração. Mais algo que gostaria de dizer, é que fiz terapia por 10 anos, não faço mais agora. Agora eu lido com isso de outras formas, então tem a religião, o suporte da família, dos amigos. Também comecei a fazer meditação pra me ajudar a voltar para o centro. Acho que cada um no hospital, precisa achar a sua forma de lidar com essas emoções, porque é tudo muito pesado, é muito difícil, muitas cargas de emoções negativas, as nossas, as dos outros. Então cada vai ter que desenvolver sua maneira de lidar com isso. Mas precisa tomar cuidado grande pra não ficarem só no fazer, porque para realmente transmutar de fato, você precisa entrar em contato com as emoções, e buscar um transformar isso em alguma coisa pra você.

E- Muitíssimo obrigada, DR11! Pelo seu tempo. Por dividir suas histórias comigo.

DR12**Tempo de formação:** 13 anos**Gênero:** feminino**Especialidade:** UTI pediátrica**Local de trabalho:** hospital particular**Estado civil:** casada**Adesão religiosa:** católica

E- Oi Doutora muito obrigada pela sua disposição, em me ceder este tempo. Sei que você está bem corrida aí porque precisar ir buscar sua filha. Primeiro, Doutora, você poderia falar um pouco sobre o seu percurso como médica, em que área você trabalha, se hospital particular ou público.

DR 12- Então, Mônica, eu sou pediatra intensivista, eu fiz faculdade na USP, depois dois anos de pediatria geral e depois dois anos de UTI. Comecei trabalhando como pediatra intensivista, dei plantão em vários lugares em São Paulo. Quando foi 2016, comecei o consultório, mas comecei a dar mais atenção ao consultório só depois que minha filha nasceu em 2018, nos últimos 3 anos por uma questão de logística. O consultório passou a fazer mais sentido e antes estava trabalhando em vários hospitais, lugares diferentes. Hoje eu trabalho no consultório particular e só estou no Hospital X, que é particular.

E- Doutora, a minha pesquisa é sobre as emoções de tristeza medo e raiva no contexto do trabalho no hospital. Porque vocês, médicos, são preparados para o stress e para respostas rápidas para solucionar os problemas, os outros precisam de você. Eu gostaria de saber uma experiência que foi marcante na sua experiência profissional e como você lidou com essa emoção.

DR 12- Então, eu conheço, Mônica, a DRY (que a indicou para fazer parte da pesquisa) lá do hospital de câncer infantil. Bom justamente lá, eu acho que realmente as emoções de tristeza, medo são muito intensas... ainda mais quando a gente fala de UTI, isso é um pouco mais complicado. Quando eu decidi fazer UTI, eu gosto, da questão da resposta rápida, da adrenalina um pouco do stress. Mas um pouco diferente da UTI adulto, a UTI pediátrica ela tem uma característica que a taxa de mortalidade é muito baixa, graças a Deus. Então durante a residência eu optei para ir para a UTI, eu gostava muito, do sucesso da UTI pediátrica. Em

como ela pode reverter a situação grave e a maioria das crianças, de alguma forma saem bem. Eu acabei parando no Hospital X, público por uma situação do destino, enfim as coisas foram me levando para lá. E quando eu terminei a residência a UTI pediátrica tinha dobrado o número de plantonista, então muitos residentes do meu ano, quando eu terminei, foram para a UTI porque eles estavam contratando bastante. E aí, lá a situação é muito diferente, a taxa de mortalidade é muito alta, diferente de outras UTIs. Acho que lá esses sentimentos eram muito difíceis. E eu tive a grande sorte de encontrar pessoas que me apoiaram a DRY e também o pessoal que trabalha com dor, é um pessoal bem-preparado, mas aí nesse caminho depois que voltei da licença do nascimento da minha filha, um pouco depois a DRY tinha saído..., Mas o que mudou muito minha experiência foi o ser mãe, depois que eu tive minha filha, no começo de 2018. Fiquei mais alguns meses, uns 7,8 meses e pedi demissão porque eu estava em uma situação muito complicada emocionalmente. Por exemplo, depois que tive minha filha eu passei por situações de chorar na frente do paciente. Eu lembro que era um paciente bem debilitado, era um paciente bastante grave e ele era institucionalizado. Então ele não tinha os pais acompanhando na internação, uma coisa muito difícil de lidar... uma coisa assim que eu até falo para as pessoas, as pessoas que falam “mas nossa... o meio pediátrico difícil”. Então eu achava a UTI adulta muito mais difícil, porque tinha muito idosinho sofrendo sozinhos sabe? Quando eu acabei a faculdade, eu via aqueles idosinhos sozinhos e eu falava “Ah, aquilo que é triste, criança sempre tem alguém com ela, tem uma mãe que está lá segurando as pontas, um pai, uma vó. A mãe tem a vó, aí é outro astral. Aí eu lembro que este menino mexeu profundamente comigo pela situação que estava de sofrimento dele, doença grave e de abandono também. Aí eu chorei, isso nunca tinha me acontecido, aí eu sei que estava um pouco a mais para mim. Foi mais ou menos no fim do ano e eu fiquei mais alguns meses. E aí eu decidi pedir as contas porque frequentemente eu vinha pra casa chorando... a situação que eu vivi foi um divisor de águas assim. Um dilema foi essa situação do paciente ali sozinho. Eu admiro muito aquele hospital, a instituição e valorizava muito a minha função lá dentro realmente gostava de mais. Mas acho que foi o ponto que eu me vi sem conseguir dar conta e por tristeza mesmo. Foi uma época bem difícil pra mim... aí eu passei quase um ano assim... fui para terapia e tive um pouco de coragem de sair, foi uma série de repercussões em várias áreas da minha vida.

E- Continuando nesse olhar, Doutora, cada pessoa lida com as emoções de uma forma, você me contou que foi para o psicólogo. Algumas pessoas vão para música, outras para comida,

outras para religião, outras vão para esportes. Cada pessoa tem uma forma de lidar com tudo isso, você usa alguma dessas formas?

DR 12- Eu acho que eu trago muito pra casa os pacientes. Então... meu marido também é médico então a gente dentro de um sigilo mesmo, a gente acaba falando um pouco dos pacientes mesmo. Aí eu me abro e converso, acho que isso me alivia. Eu acho que se eu tivesse um momento meu pra pensar em outra coisa, lidar com outra coisa de uma forma, algo como música ou esportes por exemplo. Teria sido mais fácil, mas eu estava tão sobrecarregada que na época... eu nunca tive baba pra minha filha. E eu assumi um esquema de trabalhar somente à noite pra ficar com ela durante o dia. Eu tava bem esgotada e não tinha espaço para música, atividade física. Eu sou formada em piano e eu amo tocar. Tenho piano em casa, mas aí se eu falar que ajudou... a música pra mim é realmente uma saída boa. O final do ano passado, foi tão diferente, ainda está sendo... foi antes da pandemia que tudo ficou mais difícil, né? Então eu entrei em grupo de... bom, não é um grupo formal de dança, encontramos uma vez por semana. Então uma vez por semana, eu e mais três meninas e a professora em um lugar bem amplo e tal... então eu gosto de dançar, mas na época não era o que eu fazia. Acho que a chave da gente é isso, bom pra mim ... eu me apego tanto da energia dos pacientes, da história dos pacientes e trago isso pra casa... acho que o que alivia é quando eu ocupo minha cabeça com algo que não seja a atividade médica. Por exemplo a dança, ou a música quando sobra um tempo para tocar. Com filho vira tudo, fica tudo corrido com filho. Mas acredito que isso mesmo a chave do sucesso, é atividade física... pelo menos estou me movimentando na dança já faz 4 meses e me ajuda bastante.

E- Então, Doutora, nessa forma de lidar com essas emoções, a religião a espiritualidade não faria parte?

DR 12- Entra, entra. Eu sou católica, mas eu sou bem assim... eu sou bem... Eu não vou a missa. Mas eu diria que tenho muita fé. Eu e meu marido rezamos todos os dias, e agente reza com minha filha todos os dias antes de dormir. Eu rezo com ela antes de dormir. Então eu acredito sim, e nós como médicos, todos da área da saúde somos instrumentos de algo maior. Então acho que sim a gente tem que sempre se avalizar para dar o melhor cuidado para o outro, para os pacientes, mas eu acho que na minha cabeça quando as coisas acontecem me dá conforto pensar que foi vontade de algo maior que existe sobre a vida e a morte. Eu acredito nisso. Então em momento nenhum eu acho que como intensivista eu consigo ir contra algo que

está no destino daquele paciente, pelo contrário, acho que é um grande presente eu ser usada como instrumento de Deus, mas eu acho que é vontade de algo maior mesmo.

E- Doutora, como você percebe a capelania, o trabalho nessa área?

DR 12- Olha, Mônica, eu trabalho principalmente à noite e nos fins de semana então eu não acompanho esse seguimento espiritual que é feito no hospital. No outro hospital que eu trabalhava muito durante os dias, eu via mais. Então eu tive oportunidade de conviver com o Padre X, na época de aluno. Ele é famoso e fez meu casamento. Ele acompanhava os pacientes e eu pude conviver com ele.

E- Mas na sua opinião, como você vê a capelania para os pacientes, ela é importante?

DR 12- Ahh, por inúmeras vezes, os pacientes pedem para chamar o padre ou pastor. A gente teve uma experiência bem interessante no hospital de crianças com câncer, com uma criança que foi um pajé com uma fumaça, com a cerimônia deles. Aí, não podia entrar por causa da fumacinha... foi muito curioso e fez todo o ritual religioso. Sem dúvida, para as famílias é muito importante para a maioria das famílias, as famílias se apegam muito à religiosidade quando estão em um momento difícil. Cada um com a sua religiosidade, mas é muito importante.

E- Doutora, na sua formação você teve algo nessa parte sobre as emoções, na graduação para vocês como médico?

DR 12- Formal... hoje que eu saiba tem. Mas na minha época o que tinha era um serviço da psiquiatria e de psicologia, que agora eu não me lembro o nome. Então no internato o aluno pode procurar o serviço gratuito e eu acho que psicologia também. E quando a gente chegava na faculdade era avisado que tinha esses serviços. Mas como disciplina eu não me lembro, alguns professores ao longo da minha formação montavam grupos para dar apoio, mas era os professores que faziam à parte, por uma preocupação pessoal deles e aí tinha esses grupos. A mentoria ia muito mais para o lado mais da experiência profissional, mas nunca para esse lado, e na residência aí tinha alguns professores. Eu sempre tive apoio dos colegas mais velhos pra conversar sobre isso. Como a DRY, que me deu muito apoio quando a gente estava lá no hospital X. Ela me recomendou leituras um monte de coisas que me ajudou muito.

E- E quanto à religião e espiritualidade na graduação, teve algo?

DR 12- Não. O que eu me lembro, logicamente a gente é ensinado a respeitar a religiosidade do paciente, mas acho que tinha mas no sentido de nos preparar como médico para o outro, mas não sobre a nossa religiosidade. Eu acho que tem muito pouco espaço para esse tema e até como a nossa religiosidade poderia impactar no cuidado do paciente. Bom, pra mim que já estou formada há 11 anos, mas 15 anos atrás não tinha sobre isso.

E- Outra pergunta, doutora, quando você pensa sobre os campos da religião e da ciência, você os percebe como parceiros, como inimigos ou como cada um distinto em suas áreas?

DR 12- Para mim são como parceiros, como coisas que se completam. Eu sempre falo que eu tenho um grande privilégio que é trabalhar com pessoas que querem trabalhar para o bem. Então puxa... quem precisa trabalhar com papel deve ser tão difícil, não é ter o objetivo de vida de ser uma empresa. Mas quando seu objetivo de vida é uma pessoa, isso está em total acordo com a religiosidade e espiritualidade. Não vejo como antagonistas.

E- Minha última pergunta, na verdade é se você teria algo que você julga importante ou algo a mais que queira falar referente aos temas que a gente tratou.

DR12- Mônica, eu não me atentei que o tema era sobre religiosidade eu achei muito legal, eu tenho muita curiosidade de saber quando a gente fala de médico, como é a vivência religiosa deles, a religiosidade, o quanto isso é importante na vida dos médicos. Então, parabéns pelo seu trabalho, quando a DRY me falou da pesquisa ela falou que seria sobre os sentimentos da raiva, tristeza... mas me surpreendeu positivamente o tema da sua pesquisa. Bom, enfim espero depois saber como que foi o desfecho do seu trabalho.

E- Obrigada, DR 12, pelo seu tempo ainda que correndo para buscar sua filha. MUITÍSSIMO obrigada mesmo, Doutora!!!

DR13**Tempo de formação:** 12 anos**Gênero:** feminino**Especialidade:** UTI pediátrica**Local de trabalho:** hospital particular**Estado civil:** casada**Adesão religiosa:** espírita

E- Doutora, primeiros parabéns, sei que você separou este tempo no meio do preparo para a sua filha nascer. Puxa... muito obrigada, DR13. Primeiro, Doutora, gostaria que você falasse um pouco da área que você está trabalhando e um pouco da sua caminhada profissional, quanto tempo tem de formada e hoje se você trabalha em hospital público ou privado.

DR 13- Eu me formei 2009, e no intervalo até fazer a prova de residência eu estava acompanhando a mãe de um amigo que era pediatra, e chegou uma criança parada, quase parada, e ela não sabia entubar. E aí... a criança faleceu e eu fiquei muito mal nesse dia, e então eu decidi que eu ia aprender procedimentos de UTI, que eu iria pra esse lado da medicina, porque eu não queria que isso acontecesse comigo, né? Ai... eu fiz pediatria já sabendo que eu ia fazer UTI. Onde estudei tinha os grupos de trabalho, e eu não me identificava, não conseguia me imaginar trabalhando com esse grupo o resto da minha vida... aí decidi vir pra São Paulo. E porque aqui tinha, lá na época não tinha, essa área de transtorno mental. Fiquei dois anos no Hospital X e agora estou no Hospital de câncer infantil onde trabalho até hoje e um outro aqui particular em São Paulo. E por trabalhar com câncer, decidi estudar paliativos no cuidado pediátrico. Agora já estou afastada por causa da gravidez, eu não sei como vai ser voltar pras UTIs depois que tiver o bebê. Estou tentando arrumar a carga horária. Eu também atuo na área de ensino na área de UTI pediátrica. Eu gosto muito desta parte acadêmica e estou tentando terminar o meu doutorado, sobre algo bem específico de medicina da UTI.

E- Estamos juntas nessa, Doutora. Então, vocês médicos estão preparados para agir em momentos estressantes, dar resposta rápida. Mas têm aqueles momentos que as exigências vão além do que o médico está preparado, e surgem essas emoções da tristeza, medo e raiva. Eu gostaria de pedir que a doutora me contasse uma experiência que foi marcante, com uma dessas emoções. E como foi que a doutora agiu quanto a essas emoções.

DR 13- Bom, eu já acompanhei diversos óbitos assim. É como te falei, trabalho com oncologia com crianças, nem sempre a gente reanima porque a gente tem uma ideia de quem vai a óbito, mas tem um óbito bem específico que foi bem difícil para mim. Era uma criança que estava de alta da UTI, e ela teve uma intercorrência súbita... e a gente reanimou, mas a gente costuma reanimar no máximo até 20 a 30 minutos, mas a gente acabou reanimando porque a gente queria ter certeza que a menina estava parada e ela foi a óbito. Depois na necropsia saiu que ela tinha (não consegui entender a palavra), bom... então ela não iria voltar mesmo, mas pra mim a maior dificuldade foi não compreender o que estava acontecendo, e achava que a gente estava errando em alguma coisa, ou que a gente estava deixando alguma coisa passar. E tive que dar a notícia pra mãe que a menina... e ela estava de alta da UTI, né? E que ela teve uma intercorrência e que depois ainda tinha que dar a notícia que precisaria de ir para biópsia, porque a gente não sabia o porquê ela tinha acontecido. Então acho que esse foi o mais difícil assim pra mim dos vários que eu já tive. Então tem que pensar rápido, como fazer, o que fazer, e não ter nenhum tipo de resposta... Normalmente criança não para do nada, a gente tem uma noção... estava com falta de ar, estava com febre... a gente tem uma noção da evolução. E como atuar, por exemplo, quando tinha uma rolha na ventilação mecânica, ou ... e elas voltam. E tem criança que a gente sabe que não adianta reanimar, porque já está toda comprometida. Mas esse caso específico, precisava pensar em muitas coisas e muito rápido e agir, e nada dava certo na nossa visão.

E- Puxa, Doutora, então... cada pessoa lida de uma forma diferente com essas emoções. Algumas pessoas vão para música, arte, religião, esporte cada um faz de uma forma diferente. Como é para a doutora?

DR13- Essa experiencia faz uns dois anos já. É como eu tento lidar, né? Eu na verdade, eu tento não ficar apagando o fogo, tento me prevenir um pouco. Então eu tenho uma rotina de cuidados assim... pra qualidade de vida. Então eu faço atividade física regular, eu treino e eu coloquei algumas regras assim na minha escala, pra que eu tenha tempo de descansar. Porque era uma coisa que eu percebia, que quando eu estava muito cansada as coisas me abalavam mais. Eu ficava mais emotiva e eu sofria mais. Então antigamente eu me dava muito noturno, diurno... hoje já não faço mais isso. Se eu faço plantão a noite eu saio e vou para casa dormir. Não sei como vai ser com o bebê agora, né? Vai ser plantão em casa e no hospital. Mas eu criei essa notícia assim, eu e meu marido a gente combina e sai... agora na pandemia não dá, então eu comecei a fazer yoga que eu não costumava fazer antes, e pra mim fez toda diferença. Porque a yoga pega um pouco de meditação, de resistência, resiliência e trabalha também o corpo, né?

Então une corpo e mente. Eu estou fazendo tem um ano já, comecei bem no iniciozinho da pandemia, vai fazer um ano então. Eu acho essas coisas assim que eu tento me cuidar. Quando tenho dificuldade de dormir, eu também ponho um difusor com aroma. Eu sou vegetariana, a alimentação também gera uma melhor qualidade de vida, muitas frutas, verduras. Tento fazer isso... e faço terapia. Então são essas as estratégias para vencer essas coisas e se cuidar. Eu acho que quando a gente faz residência, a gente acha que a gente consegue fazer tudo... a gente precisa de 70 horas, mas fazemos 80. E as vezes a gente acha que dá conta de continuar assim, mas não dá não. Uma das coisas é trabalhar cansada, é uma das coisas que a gente normaliza e depois a gente vê o quanto é perigoso trabalhar cansada. Trabalhar em UTI, lidando com pessoas, com famílias não dá pra estar cansada. Então eu fui mudando as coisas por conta disso. Às vezes eu me sinto um estranho no ninho em geral as pessoas vão no automático.

E- Então, conforme você me falou sobre a forma que você lida, a religiosidade não faz parte de como você lida com essas coisas?

DR13- Acho que sim também, eu sou espírita atualmente, hoje me considero espírita. Eu tenho uma formação toda católica, mas de um tempo pra cá o catolicismo não me deu muitas respostas. E eu tive a curiosidade mesmo de conhecer o espiritismo, comecei a estudar o kardecismo, fiz um curso Aprendiz do Evangelho que durou três anos. Atualmente eu tenho o costume de fazer o Evangelho com meu marido, em casa mesmo, a gente faz sempre um dia da semana a noite. A gente tira pra ler uma mensagem e aí conversa um pouquinho sobre aquele tema. Eu tenho certeza que isso me ajuda muito.

E- Essa busca foi por causa do seu trabalho como médica, ou não tem nada a ver?

DR13- Eu sempre fui católica e estudei em colégio jesuíta. E quando eu estava estudando para fazer medicina, aconteceu uma situação na minha vida. Uma pessoa chegou pra mim e disse “eu tive um sonho e tal...” e esse sonho era meio que realidade. Ai eu fiquei impressionada... aí a pessoa falou pra mim, porque você não vai no centro espírita, mas eu morria de medo, eu sempre fui católica. Deus me livre! Eu resisti um pouco, mas aconteceu outras coisas que aí, eu decidi me dar o direito de conhecer outra coisa... e comecei a frequentar um centro espírita na minha cidade, que eu gostava de mais. Era um lugar muito agradável, tinha muito verde e eu me sentia muito bem em ir lá. Sentia minhas energias recarregadas e frequentei muito tempo lá na minha cidade. E aqui em São Paulo foi meio complicado por causa da distância. Mas aí agora tem um centro espírita aqui na esquina de casa, e é nesse lugar que eu fiz o curso. Só parei por conta da pandemia, mas vou voltar. Mas essa coisa de entrar em contato com essa

coisa mística, sei lá, dá um conforto. É uma coisa que eu utilizo também como lidar com as emoções. E assim, eu percebo que principalmente... o catolicismo não fala da reencarnação, e o espiritismo sim. Eu sinto que trabalhar e ver tanto a morte, acho que saber que tem um algo a mais e que não termina tudo aqui, acho que me conforta.

E- Quando você fez a faculdade você teve algum preparo direcionado para o médico quanto a suas emoções?

DR13- Na minha cidade tinha a aula de Psicologia Médica que era muito mais de suporte mesmo para o estudante, do que de conteúdo. Só no primeiro semestre. Aí depois disso a gente tinha serviço de psicologia disponível para o estudante e eu mesmo fiz terapia lá por um tempo e depois contratei esse mesmo terapeuta para ser meu terapeuta pessoal. Ele tinha consultório fora da faculdade e usava a psicanálise.

E- E sobre essa área da religiosidade, você teve algo?

DR13- Eu tive um professor que dava umas aulas, que já foi no final da faculdade. Ele questionava mais as questões de paradigmas assim. Abordava mais essas questões de espiritualidade, questões mais filosóficas, mas não senti muito o impacto dessa disciplina na minha vida não. Eu ia e assistia...

E- E como você vê a capelania no hospital?

DR13- Eu acho que poderia ser mais frequente para as famílias, aqui no hospital, tem uma capela ecumênica. A gente tem um padre e um pastor disponível para a família, mas a gente precisa chamar. Se a gente não chamar eles não vão. Acho que precisava ser uma coisa mais sistemática. E no outro hospital que eu trabalho, tem uma capela que é católica, não é ecumênica. E tem um padre que faz as missas, e fica disponível se alguém quiser.

E- Doutora, como você percebe os campos de estudo, a ciência e a religião, como campos parceiros, inimigos ou independentes.

DR13- Eu acho que tem que ser parceiro. Mas na prática nem sempre funciona assim. Eu tive uma situação com uma criança que estava em fim de vida e eles tinha pedido que a gente liberasse para o pastor da família ir lá e a gente liberou. E antes do pastor entrar, a gente sentou com ele e conversou a situação da família e aí ele fez uma oração no leito da família dizendo que a criança iria ressuscitar. E aí, foi péssimo esse dia, foi muito difícil conduzir esse óbito, porque a família meio que idealizou que a criança iria ressuscitar, foi desesperador, foi gritaria,

foi péssimo. E assim, a gente... eu tenho visto os médicos mais abertos a respeitar as diferentes religiões. E o pai falou pra mim, “eu vou pra lá e quando eu voltar meu filho vai estar acordado”. Foi um show de horrores, gritaram, se jogaram no chão... foi a única vez que eu vi isso, foi horrível. Mas eu acredito que tem esse potencial para ser parceiro sim... Eu acho que talvez o próprio hospital poderia ter pessoas para fazer esse papel, ou pessoas que tenham um preparo para isso.

E- Doutora, essas eram as minhas perguntas, mas gostaria de saber se você teria algo que gostaria de acrescentar.

DR13- Acho que... achei bem bacana o seu tema da sua pesquisa, acho superimportante abordar esse assunto com os médicos. Porque não dá para o médico achar que ele é só um técnico. Todos nós carregamos alguma bagagem de algum tipo de espiritualidade que pode ou não estar ligada a uma religião. E olhar para isso ajuda muito tanto no controle das emoções, como lidar, saber respeitar a crença do outro. Então achei bacana. Parabéns!

E- Muito obrigada, por seu tempo. Tudo de bom com o nascimento, curte bastante!! E muitíssimo obrigada, Doutora!!!

DR14**Tempo de formação:** 25 anos**Gênero:** feminino**Especialidade:** cuidados paliativos**Local de trabalho:** hospital particular e OSIP (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público)**Adesão religiosa:** sem adesão religiosa

E- Oi, Doutora, muito obrigada pelo seu tempo e disposição de me ajudar com a entrevista. Percebi que você está começando a oferecer um curso agora e imagino como o tempo está corrido. MUITÍSSIMO obrigada! Doutora, inicialmente você poderia falar um pouco sobre o seu percurso a escolha da área de atuação, para poder te conhecer um pouco.

DR14- Durante a faculdade tive muita dificuldade nos momentos que eu tinha que lidar com os pacientes que viviam um adoecimento, causava um grande sofrimento pra eles. E eu via que os professores tinham muita dificuldade de acessar e tratar esse sofrimento. Era muito raro os professores que realmente conseguiam trazer o paciente como um ser total e não só uma doença. Eu tive essa dificuldade e isso me fez parar a faculdade por um tempo porque todo mundo dizia que eu não iria ser capaz de ser médica por causa da minha sensibilidade. Eu voltei, parei seis meses, e aí eu vi que para eu poder mudar essa história eu tinha que ter um carimbo. Então se todo mundo dizia que eu não tinha nada pra fazer e eu acreditava que tinha alguma coisa pra fazer, pra eu fazer alguma coisa eu tinha que ser médica. Então eu voltei e comecei a ver que tudo que eu assistia de sofrido para o paciente, e o comportamento do profissional da saúde frente a esse sofrimento era aprendizado daquilo que eu não deveria fazer. Consegui o carimbo, terminei a faculdade, fiz a residência de clínica e depois residência em geriatria. E na geriatria aprendi a trabalhar em equipe, a vida médica é uma vida muito solitária. Os outros profissionais de saúde consideram a gente arrogante e Deus e tudo mais, mas o comportamento distanciado do médico é um comportamento de autoproteção. Porque é muito solitário ali na hora “h”, não é o enfermeiro e nem o psicólogo que vai lá dar a notícia e não é a enfermeira que vai ficar com as consequências de um tratamento que não está funcionando... é um poder muito pesado. E a gente muito jovem, a gente é colocado com esse mundo nas costas. Na geriatria, a gente um comportamento bastante humano frente à equipe multidisciplinar profissional, porque tem um entendimento que na gerontologia, o

envelhecimento é um contexto multifatorial. Com esse aprendizado de equipe eu entrei em contato com os primeiros conceitos de cuidados paliativos e vi que era o que eu precisava aprender para dar conta do sofrimento das pessoas. Aí comecei o aprendizado por minha conta e depois tive a oportunidade de participar da formação de cuidados paliativos. O que trouxe um currículo bastante potente, porque não era só achar lindo, achar legal, precisa se esforçar, se preparar. É uma área de conhecimento antiquíssima porque não tinha cura e as pessoas cuidavam e não tinha esse nome. Esse nome foi dado pela Cicely Saunders, ela que inaugura os cuidados paliativos na era moderna, na década de 70. E a partir de então isso começa tomar um corpo mais significativo no mundo ocidental principalmente na Europa. E na década de 80 foi fortalecido nos Estados Unidos principalmente pelos hospitais de veteranos. E agora a gente, na década de 90, vindo isso para países como o Brasil, mas ainda com muita dificuldade de entendimento principalmente por parte da sociedade e dos médicos em especial. Maiores desafios, maiores obstáculos que eu tenho na minha prática não são as famílias ou os pacientes, são os profissionais de saúde. Porque o entendimento que a tendência natural das pessoas é morrer é algo que não é óbvio. Fiz a formação simultânea, no mesmo ano de cuidados paliativos a pós-graduação, eu fiz a de intervenções em luto na área de psicologia pra complementar esse conhecimento muito necessário dos cuidados com o adoecimento você tem que saber o que significa perda. Na verdade, não fiz uma especialização porque não fiz supervisão, mas a carga horária foi de pós-graduação. E aí finalizei essa formação em 2007, quando fundei a organização. É uma associação, uma OSIP, uma Organização Social de Interesse Público, onde tem como propósito a formação de profissionais de saúde em cuidados paliativos e a prática através da assistência. Antes a gente alugava salas só para dar aulas. Começamos as atividades on-line agora na pandemia que fez com que o processo de inclusão fosse muito mais abrangente porque on-line a gente consegue dar assistência on-line para pacientes no Brasil todo até fora do Brasil. Então nesse momento, a gente está com mais de 1200, 1300 participantes da Casa Paliativa que é um grupo fechado no Facebook. Temos o grupo de familiares de suporte ao luto e os cursos da Casa do Cuidar de formação de profissionais de saúde no ensino a distância porque, eu penso que seria muita irresponsabilidade de abrir o curso presencial na situação em que estamos. E tem gente com titica de galinha..., Mas eu prefiro meu caminho... aí o pessoal perguntando “a gente pode visitar a sede?”, “Sim, mostrando a carteirinha de vacinação pode. Mas foi um baile... “é um direito da pessoa não se vacinar!!”, bom... é um direito meu não deixar que ela entre sem vacinar, sem problemas. A instituição não é um departamento de distribuição de água, então é assim, sem vacina não vai entrar lá. E aí, nesse momento quando eu fundei a Instituição eu estava trabalhando no Hospital X, depois eu fiquei com carreira solo

e aí eu em 2011, comecei no hospice no Hospital Y que é uma unidade de cuidados paliativos exclusiva. No ano anterior, teve o primeiro concurso público no Brasil que contratou médicos de cuidados paliativos, passei em primeiro lugar e não pude assumir porque eu era presidente da Instituição. E quando você está no serviço público você não pode trabalhar em ONG, aí eu abri mão da vaga, mas no final do ano surgiu a vaga de médica assistente do hospice, que é uma unidade de paliativos exclusivos. Eu fui médica assistente nesse local por 4 anos. No segundo ano eu fiz apresentação em um programa, acho que já está com quase dois milhões e meio de atualizações. Por disso eu recebi um convite para escrever um livro. E depois um outro. Os dois foram publicados aqui e em Portugal e agora estou entregando o terceiro livro que vai começar a publicar em língua espanhola. Resumindo é isso.

E- Conheci um pouco já de você no seu livro, mas aqui para minha pesquisa, que é sobre as emoções, eu gostaria de pedir que você me contasse uma história que tenha marcado você na sua caminhada no hospital com uma dessas emoções de tristeza, medo ou raiva. E como foi isso pra você, como você lidou com essas emoções internamente.

DR14- Acho que a história perfeita é a que está no meu primeiro livro. A história do rapaz de 23 anos com câncer no intestino e queria que eu cuidasse dele em casa. E em franca progressão e não havia nada que pudesse ser feito do ponto de vista de quimioterapia, a mãe compreendia isso, o menino também. Ele quis ir pra casa. E a condição dele ir pra casa era que eu acompanhasse. Era uma mãe muito exigente muito difícil. Ela fez uma ligação muito forte comigo... só um minutinho... um paciente aqui (para responder uma mensagem no celular).

E- Sim, sim.

DR14- Então ele foi pra casa e eu comecei a fazer o acompanhamento dele lá. Tinha aumento de tamanho do fígado, lesões de câncer em todo abdome. Então ele tinha um comprometimento de função intestinal, ele estava com o que a gente chama de suboclusão intestinal. E ele foi pra casa com controle de sintomas e um belo dia ele teve uma piora muito importante de confusão mental, comprometimento do fígado, ele estava alucinando e a mãe me ligou para ir visitá-lo. Ele tinha vomitado muito, e quando o paciente tem suboclusão o paciente vomita fezes. Porque a digestão é feita no estômago e aí tem vômito, fezes e sangramento por conta da falência hepática, tem a alteração de coagulação. E esse moço gritava... e ele estava tendo alucinações, você via que olhava pras paredes desesperado. E aquele cheiro de coco com sangue e incenso porque a mãe era meio índiana e fazia meditações do Prem Baba e a vó também. E aquilo era enlouquecedor, e ele gritava. E a hora que ele me viu me reconheceu e ele pediu ajuda, olha

“Me ajuda”, “Ana, me ajuda!”. E aí era o momento de fazer a sedação, e a sedação paliativa. Eu tinha pedido para vir as medicações na malinha de emergência dentro da casa. E na malinha, só tinha medicações adrenalina e atropina, medicações de reanimação. Era sexta feira a noite, um temporal em São Paulo, entrei contato com o Homecare, eles não tinham a medicação disponível pra entregar. Liguei no hospital, pedi para uma enfermeira que conhecia o caso e ele falou que iria conseguir a medicação. Só que entre essa ligação e a medicação chegar na casa dele, desse menino, foram 4 horas. E eu fiquei lá e aí quando a medicação chegou, a técnica de enfermagem não conseguia abrir a ampola de tanto que ela tremia. Eu que preparei a medicação e eu que liguei a sedação no menino... e aí ele dormiu. Eu descí, entrei no carro e estava uma chuva ahhh... aquela de bloco de São Paulo, eu não consegui sair do carro e comecei a chorar e não parava mais. Nisso toca o telefone era a técnica me avisando que ele tinha morrido. Aí eu subi, fiz o atestado, voltei para o carro e não conseguia voltar pra casa. Aquela noite foi de muitos pesadelos, eu tinha alucinações com ele. E então, depois de muitos anos estudando o que significa burnout, fadiga da compaixão eu tive um quadro de stress pós-traumático secundário e fiquei afastada do trabalho por uns dois meses. E eu tinha decidido nessa ocasião, que não trabalharia mais com medicina. Foi o ano que me distanciei do consultório, diminuí muito no hospital, comecei a passar meu trabalho para outros profissionais. Fui me recupera um ano depois, talvez um pouco mais. Quando eu fui trabalhar... Esse foi o momento mais stressante, estava em terapia, fiz terapia durante muitos anos. E a partir do entendimento que isso fez parte de uma condição de qualquer ser humano, ninguém poderia ter feito melhor do que eu. Ainda que eu consegui voltar e fazer o atestado de óbito e cumprir a minha tarefa com aquele menino. E depois seguindo em terapia, já tive vários pacientes onde os pacientes e as histórias são intensas e tudo mais mas eu acredito que a mais difícil, foi... A primeira foi na graduação, os médicos diziam que não tinha nada pra fazer e o paciente estava com dor, foi uma impotência de conhecimento e esta segunda vez foi uma impotência de recurso. Então a primeira dependia de mim e eu não sabia, e a segunda não dependia de mim porque eu num tinha o recurso. E o enfrentamento das duas situações foi um enfrentamento de pausa. Foi o caminho que eu encontrei pra ter o alívio e a compreensão e o cuidado disso foi fazer uma pausa.

E- Em relação a essas emoções, muitas vezes as pessoas vão para outras coisas. Você falou que você foi para terapia, muitas pessoas vão para a música, arte, religião, esporte...

DR14- A arte sempre esteve comigo, sempre que podia, a cultura, a música... sempre me acompanhou. Mas eles não funcionam pra mim como um escape, eles funcionam pra mim

como é... alicerce. É assim, não vou assim pra me distrair para os meus problemas, é meu chão. A arte sempre foi, até para tomar as decisões na minha pausa, eu sei que a arte contribuiu para que eu pudesse ter essa lucidez. Não foi a religião assim, vamos escapar... não. Eu tinha que tomar uma decisão de que caminho seguiria e eu precisava de pausa, precisava os 40 dias no deserto, a arte pra mim é base.

E- E você decidiu voltar para uma área que ainda é bem desafiadora, ne?

DR14- O resultado dessa história com esse moço é a empresa que eu tenho hoje, uma empresa de Homecare. E uma das primeiras rotinas que estabelecemos na empresa é que todos os pacientes de cuidados paliativos têm na casa deles uma maleta de emergência que a gente chama de medical Mary Poppins, que tem tudo. Enquanto eu viver ninguém vai ficar esperando 4 horas para alívio, é imediato. É o tempo de romper o lacre da malinha e administrar. Todas essas coisas acabaram me fortalecendo para tomar decisões onde eu possa ter um espaço de mínimo risco pra importância para o alívio do sofrimento, o mínimo risco de importância é você ter o conhecimento de como tratar. O mínimo risco de importância é você ter o recurso, já que você sabe tratar, você tem que ter o recurso pra fazer isso.

E- Doutora, você até usou os “40 dias” até remetendo a experiência de Jesus. Então a minha pergunta é se a religiosidade, espiritualidade fez parte ou faz parte desse universo da doutora.

DR14- Certamente, eu não tenho uma religião porque, eu falo que a minha fé é muito grande para caber em uma só. As religiões são todas muito sufocantes, elas me enrijecem o sentimento, a percepção, a consciência, mas eu entendo que elas são necessárias pra muitas pessoas que tem um pensamento mais concreto. Então a religião, ela traz para a materialidade, que a liberdade é muito desafiadora para a maioria das pessoas, elas não conseguem lidar com essa sensação de ser livre. E aí elas precisam da religião para se organizar essa sensação. Eu tenho minha raiz católica, toda minha família é católica, mas meu modo de vida é budista.

E- Quando você fez a faculdade, você no seu curso, houve algum preparo para essa parte da religiosidade, espiritualidade, durante a graduação?

DR14- Não.

E- E sobre o preparo para as emoções do médico, houve algum preparo durante a graduação?

DR14- Não, tinha um suporte ao aluno. Mas era uma vergonha para o aluno, alguém saber que você tinha ido lá pedir ajuda. Ainda é, mas um pouco melhor, porque agora tem a mentoria,

está bem mais tranquilo. A visibilidade do suporte é melhor aceita. Mas no tempo que eu estava lá não tinha. Eu vejo que até para o psicólogo é difícil compreender isso. Quando fiz a pós em luto, eu era a única médica no meio de 17 psicólogos. E a compreensão que se tem da experiência de luto do médico é uma compreensão muito rasa, as pessoas não conseguem elaborar isso. Eu vejo que no caso da psicologia, quando entra o cara da psicologia ele já... em muitas situações, não são todas evidentemente, ele já ocupa um espaço de aversão ao médico... quando ele se aproxima do médico, ele aproxima para transformar o médico em algo pequeno. Então é assim, “você tem um ego fraco...” aí eu falo assim, moça... faz terapia. A psicologia é igual a medicina quer colocar tarja em tudo. Quer etiquetar. Ahh é psicótico... é histérico... é neurótico... Que necessidade de colocar o rotulo para tudo, pra se sentir seguro para se aproximar. Existe uma necessidade de desumanizar se e desumanizar o outro para ter uma aproximação que é considerada segura. Eu também vejo muito os psicólogos que vão fazer o curso dos cuidados paliativos e que recebem a orientação de não se vincular. Então... você vai se vincular, porque para você ajudar você tem que se conhecer. Você precisa ter consciência de qual o seu espaço pessoal e o espaço do outro. Pra você poder ajudar você tem que se conhecer. Então você tem que fazer 5 anos de terapia, e mais 5 anos de psicologia e pra fazer 6 anos de medicina.

E- Doutora, nesse teu trabalho, na sua experiência como você vê a capelania, o trabalho da capelania?

DR14- Fundamental. Mas o capelão também é outro que precisa de 12 anos de terapia. Porque é um ser que tem a intenção de ser representante do céu, do sagrado totalmente inábil para lidar com o sagrado diferente do dele. Então... o melhor capelão que eu imagino que vai nascer um dia é ateu, é o melhor. Ele respeita o desconhecido do outro, o sagrado do outro é um mundo desconhecido. É como um pós-morte, então você pode ter mil teorias do pós-morte, mas desculpa, mas você só vai saber o que é quando você morrer, e pode ser que Deus ti surpreenda e não seja o que você imagina. Então o cara quer tornar conhecido para o outro, aquilo que é desconhecido para ele, porque é tudo teoria. Então na capelania você tem que ter um ser absolutamente corajoso para entrar no desconhecido do outro. Então é muito raro. Este ano vamos fazer um curso de capelania em cuidados paliativos, na Casa do Cuidar. Onde tem bases filosóficas e tem estrutura de conhecimentos religiosos, mas para além do mistério, do mundo real. Como que você expressa o Deus que ti habita neste mundo dentro do inferno, a gente não vai conseguir transformar o mundo em um céu. Mas o encontro com o outro pode ser o encontro celestial. Mas pra você ter esse encontro celestial, você saber o seu inferno. Senão você

disponibiliza o seu inferno pra outros, aí você acha que você está dando flores e você está dando facas. Então a capelania é desafiadora nesse sentido. Porque as maiores lesões que você pode causar no ser humano são lesões no sagrado. E- Outra pergunta então, quando falamos sobre os campos da ciência e da religião, você percebe esses campos como parceiros, inimigos ou como campos distintos?

DR14- Eles são integrados. O cientista ateu ele tem a ciência como a sua religião. Ele ama a religião, chamada ciência. Ele tem os dogmas da ciência, as práticas da ciência, os rituais da ciência. A pesquisa bibliográfica é um ritual, pode ser a homilia. Depois a conclusão é a oração final. Eles não sabem disso, mas é um texto bíblico. Revisão de literatura é uma epístola “caríssimos eu recolhi tal...”

Quanto as respostas ao questões do DUREL

2. Para mim o tempo todo, aqui estou em oração

3. A minha percepção de Deus, é que ele está dentro de mim. Eu estou nEle.

4. Como a resposta anterior. Se a gente tentasse entender Deus, já mostra o tamanho da sua pequenez. Quem é você na fila pão? Total sem noção da localização na cadeia alimentar Acho que as pessoas têm que puxar o saco de Deus. Ele deu a vida pra você, se vira, faz alguma coisa acontecer. Ai você fica rezando pra fazer ele mudar de ideia, isso é muito irritante. Ele ti manda uma doença e aí você fala assim, “não olha, preciso ser curado”, em vez de pedir força para cumprir o que ele tem pra mim, não, acho que essa doença não é pra mim era pra quem não é legal com você, você não vai me sacanear. Tem uma figurinha que fala assim, “Que saudade de quando vocês eram barro!” “Aiii que preguiça” ele deve ter saudade dos dinossauros. A gente terceiriza tudo pra resolver. Toda hora, tipo filho mimado... e aí. Para mim o estudo da espiritualidade segundo a ciência, só pode ser um estudo exploratório. Essa é minha sugestão. Não tem como provar, você não está aí para provar que Deus existe. Existe uma tendência de quer provar... Ou que a pessoa que reza todo dia ela é mais feliz. Talvez a pessoa reze todo dia porque ela não está feliz. O estudo deve ter curiosidade, precisa perguntar o que acontece... como você vive. Não dá para ser uma pergunta fechada.

5. É isso... A forma mais perfeita de você encontrar Deus e com o encontro com o outro ser humano. Nada se compara a isso.

E- Obrigada mais uma vez, Doutora!!!

DR 16**Tempo de formação:** 33 anos**Gênero:** masculino**Especialidade:** neurocirurgião**Local de trabalho:** hospital privado e público**Estado civil:** casado**Adesão religiosa:** cristão

E- Boa tarde, Doutor, muito obrigada por me dar este tempo para entrevista, muito obrigada mesmo. Doutor, primeiro você poderia contar um pouco de você, falando qual é a sua especialidade, porque escolheu esta área, quanto tempo de formado você tem e se você trabalha em hospital público ou privado, por favor.

DR16- Assim que eu entrei na faculdade de medicina eu já sabia o que eu irai fazer neurocirurgia, eu já vou contar por quê. Quando eu cheguei na cidade, a escola que estudei, podia fazer a escolha por área, que era exatas, biológicas e humanas, e eu queria escolher a exatas porque eu gostava de eletrônica, pensava em fazer algum tipo de engenharia ou coisa do tipo. Mas na hora que fui escolher não tinha mais vagas na área de exatas, então acabei indo para a turma de biológicas, e comecei a gostar da área. Também tinha umas muitas meninas bonitas, muito mais bonitas que as da cidade que eu vim kkk. Quando fazia um mês, o diretor me falou que tinha aberto vaga na classe de exatas e que eu poderia mudar se quisesse, mas aí eu já estava gostando de mais da área da biológicas e decidi ficar. E acabou que na hora de fazer a escolha, a cruzinha na escolha do vestibular, eu escolhi medicina. Em 1985, minha vó precisou passar por uma cirurgia, e foi aquela pressão para eu assistir e entrar na cirurgia... acabou que eu fui, e eu fiquei fascinado, encantado em como as coisas aconteciam. Sai de lá decidido que iria fazer neurocirurgia. Eu trabalho no mesmo hospital desde que eu comecei a trabalhar com neurocirurgia, só que hoje sou o chefe da área, com crianças e adultos. São 33 anos de formado. Então, Mônica, o neurocirurgião não tem como trabalhar só em hospital particular, a gente precisa do hospital público para realizar as cirurgias, então sem o SUS não funciona, não tem como, é impossível.

E- Doutor, a minha pergunta pra você, é sobre o fato de o médico precisar estar e ser preparado para enfrentar momentos de stress, ele precisa ser rápido, agir, responder... mas sabemos que há momento em que o médico passa por situações que vai além para o que ele foi preparado, que exigem mais... Então doutor, gostaria de pedir que você me contasse uma experiência marcante em que você experimentou tristeza, medo ou raiva. Um momento que foi marcante para você e como você lidou aí, com você mesmo, como você fez com essa tristeza, medo ou raiva no trabalho profissional.

DR16- Nossa, Mônica, A gente não tem preparo para o stress ... no Estados Unidos eles tem um tipo de preparo, tipo uma simulação ... Por exemplo, de quando acontece algo e você precisa dar uma notícia aos familiares, pai, mãe... Então tem uma sala, onde tem alguém que é mãe, e o estagiário ou estudante precisa dar a notícia... e tem as pessoas assistindo e avaliando como é feito... para a pessoa aprender. Aqui na minha faculdade tenho certeza de que nunca teve isso, a gente vai aprendendo com o tempo. Bom, Mônica, eu posso dizer que todas as vezes, antes de eu entrar na cirurgia, quando estou me preparando, me lavando eu paro, rezo o Pai Nosso e oro para Deus cuidar, cuidar das minhas mãos, do processo... a gente sabe que não é só a gente. Em todas as cirurgias. Como cristão, eu sou cristão, Mônica. A medicina não é exata. Dois mais dois são cinco, três vezes quatro é dez. Às vezes você pode fazer tudo e ainda assim as coisas podem dar errado. Graças a Deus a grande maioria dá certo, mas sim, teve vezes que não. Mas aí... eu penso em tantas vezes que as cirurgias deram certo, tantos pacientes que ficaram bons. Sabe... é como aquele filme... que a médica a Meg Ryan... Puxa, na faculdade a gente é bombardeado com ideias esquerdistas, comunistas foi difícil pra mim... então a gente vê...

E- Cidade dos Anjos.

DR16- Isso, Cidade dos Anjos que ela sai de uma cirurgia, ela é cirurgiã cardíaca... e faz tudo direito e o paciente morre, e ela fica muito mau. Eu também fico triste sim, mal quando o paciente vai a óbito, ou ocorre algo. Mas eu acredito que tem coisa que é além de mim... então eu repenso o que eu fiz...se fiz tudo que podia e sabia, fiz a minha parte. E quando acontece uma coisa durante a cirurgia que eu fico stressado, eu preciso controlar. Eu como o médico, preciso passar que estou bem, como um comandante na guerra, senão a gente deixa a equipe toda stressada e aí... aí não dá. A gente muitas vezes precisa ser frio, pera aí... não é bem assim não... Então eu não deixo minha equipe perceber que estou stressado. Uma vez um menino de 12 anos, foi uma cirurgia que a cirurgia acabou uma da manhã, e nós fizemos tudo que

podíamos. Tudo mesmo... e... saí lá fora... e precisei dar a notícia para o pai que o filho tinha ido a óbito... difícil... O pai chorou, chorou muito, muito mesmo e ficamos horas conversando. Eu fico com dó de médicos que não acreditam em Deus. Eu creio que eu sou um instrumento, e que eu faço, a minha parte, é isso que busco fazer... penso se fiz tudo que podia fazer, da melhor maneira possível. Mas Deus é que controla tudo. Eu sou cristão acima de tudo. Não vou em igreja, mas acredito sim em Deus... não dá para um médico não acreditar em Deus, quando você vê o corpo humano, como tudo é tão perfeito. Eu só conheço um médico ateu, mas eu, de verdade, não sei como. Eu não entendo. Uma vez cuidei de dois irmãos gêmeos com problema congênito, um a cirurgia correu tudo bem foi supertranquilo, foi pra casa, mas o outro... iche o outro teve todos os tipos de complicação que você possa pensar... e a mãe ali do lado, o tempo todo, de mão dada com o menino... Aí de repente, um dia a mãe se levantou, deu um beijo na testa do menino e disse “pode ir tranquilo”. E ele foi... Como você pode não acreditar nisso que têm algo além disso aqui.

E- Você teve algum preparo, durante a graduação sobre as emoções do médico?

DR16- Não, nada infelizmente a gente aprende caminhando.

E-E quanto esta parte religiosa, você teve algum preparo na faculdade?

DR16- No período da faculdade a gente não tem preparo nenhum para como lidar com isso, na verdade a gente é bombardeado com ideias esquerdistas, comunistas. Então, não há nada de preparo para um olhar para a espiritualidade... ou religião. A gente vai aprendendo no caminho. Não ouvia falar nada de espiritualidade, ainda mais na Federal com um monte de comunistas, aí que não ouvia falar mesmo. Ouvia falar de 64, mas não de espiritualidade era tudo tomado por essas ideias, hoje parece que está diferente um pouco. Ainda mais quando a gente ia para o estágio rural, o pessoal pobre...

E- Então mudou com a experiência profissional no hospital?

DR16- Foi com o desenvolvimento profissional que eu comecei a ver a espiritualidade algo mais próximo. No começo não percebia isso, mas você vai passando por experiências e vai vendo que a realidade é outra.

E- Doutor, como você percebe os campos da Ciência e da Religião, como parceiros, como campos inimigos ou campos distintos?

DR16- Ciência e Religião são parceiras. Não tem como você olhar somente para uma. Se você olha para a ciência, não tem como não ter religião e se você olha para a religião não tem como não ver a ciência. Elas caminham juntas.

E- E como você a capelania no hospital?

DR16- Sim, acho importante desde que haja respeito.

E- Obrigada, doutor, pelo seu tempo e disposição de me dar a entrevista. Muito obrigada!

DR17**Tempo de formação:** 25 anos**Gênero:** masculino**Especialidade:** endoscopista**Local de trabalho:** público e particular**Estado civil:** casado**Adesão religiosa:** católico

E: Doutor, gostaria de perguntar pra você, sobre o fato do médico ser preparado para enfrentar momentos de stress, ele precisa ser rápido em momentos de stress, agir, responder..., mas sabemos que há momento em que o médico passa por situações que vai além para o que ele foi preparado, que exigem mais... Então doutor, gostaria de pedir que você me contasse uma experiencia marcante em que você experimentou uma tristeza, medo ou raiva. Um momento que foi marcante para você e como você lidou aí, com você mesmo, como você fez com essa tristeza, medo ou raiva no trabalho profissional.

DR 17: Uma experiencia que eu sempre lembro bem nítida, que eu sempre conto... é que sempre parece que é uma área simples..., mas hoje não é. Como disse é uma especialidade nova, a gente faz muita coisa através da endoscopia coisa exames invasivos e que não só diagnóstico procedimentos cirúrgicos. Quando você faz algum tipo de intervenção. A gente tira colonoscopia, pólipos, tira lesões então não só exames. Então só para ti dar um exemplo as vezes você desobstrui tumores por exemplo, tem um balão que você usa para dilatar, e aí o risco de perfuração você faz retirada de tumores da parede e pólipos pode sangrar, pode perfurar, enfim que mais. Você tem um exame que você faz CPRF, que a gente entra no canal do fígado para tirara a pedra, para poder dilatar os tumores que é super arriscado pode dar inflamação que chama colangite... enfim, toda hora você e passa por situações que vamos dizer assim não é favorável. Sei lá, já passei por várias situações de risco que começou a sangrar, outras que eu não sabia se tinha perfurado ou não... tipo, o paciente começou a sangrar ou que o paciente tinha o risco de perfurar, então aí você precisa de chamar o cirurgião porque aí você pode precisar fazer uma cirurgia de paciente. Independente disso a gente também faz a sedação do paciente, o que tem mais risco de tipo, ele pode parar, ter uma parada cardíaca.

E- Mas me conta uma experiência que ti marcou, como foi?

DR17- Teve uma vez que fiz uma colonoscopia numa sexta-feira de carnaval, acabei o exame, era um paciente que já tinha feito transplante, apesar de ser jovem tinha 40 anos. Um paciente vascolino. Aí fui pra casa. Foi um exame superdifícil, já tinha várias cirurgias prévias o que dificulta bastante a colonoscopia. Enfim... depois por causa do ar que injeta... então ele ficou uma dor assim, ficou dolorido mais que o normal. Ai na segunda feira eu estava em casa, o pessoal do laboratório me ligou, que o paciente estava no hospital ele teve uma complicação teve um sangramento, e depois desse dia fui lá com o responsável médico... e fui visitar ele no hospital, umas duas vezes..., mas depois resolveu. Foi bem marcante pra mim... foi bem marcante... acho que isso já faz uns 10 anos. Esse sangramento no baço é super raro... e um em cada país, e aconteceu comigo.

E-E como foi para você lidar com essas emoções, cada pessoa lida de forma diferente, uns vão para compras, outras para música, outras para religião...

DR17- Fiquei bem receoso, tem gente que vai e faz... enfim.... tem vários casos que sei de pessoas que conheço que o paciente morreu, mas sempre tive receio de acontecer comigo. Sei lá... você sente frustrado... você está aqui para fazer uma coisa boa para melhorar a vida, ai de repente você faz piorar para a pessoa, até matar... as vezes acontece, né? Depende muito do caso que você pega... as vezes você vai fazer um exame preventivo, as vezes ele está ótimo, ele não tem nada, mas aí acontece alguma coisa. Você as vezes pega um paciente que já está com risco, todo mundo já está sabendo que ele está em risco, lógico nenhuma das coisas é boa. Com o decorrer dos anos você acaba administrando de uma forma melhor. Imagina, a pessoa sai da casa dela para um exame e aí vai parar no hospital. No começo é bem mais difícil... Eu fiz um curso sobre qualidade em saúde, fala sobre tudo o que envolve a segurança do paciente, que antes não tinha, não existia e hoje se faz, para prevenir. E diminui muito os risos.

E- Então, doutor, cada pessoa quando passam por situações assim faz coisa diferentes alguns vão para música, alguns vão para bebida, alguns vão para religião, alguns vão comer cada um faz algo diferente para lidar, você faz algum deles?

DR17- É... por esse motivo específico não. Acaba mais dependendo do tempo que você fica trabalhando... as vezes você sai com amigos... É essencial... dar uma parada... você precisa sair com amigos...agora não por causa da pandemia. Como a gente comprou uma chácara agora na pandemia, eu tenho ido muito para lá e até comentei com minha esposa... tenho começado a gostar de mexer com plantas... não sei se tem algo a ver com minha infância que eu morava em chácara.

E- Então a religião, a religiosidade, não faz parte da forma que você lida com essas emoções?

DR17- Eu sou católico, sou religioso, infelizmente eu gostaria de ir muito mais a missa, mas não sei por que não vou mais a missa. Eu já fui muito mais. Eu rezo, eu falo toda hora par a meu filho, toda hora, vamos rezar... vamos rezar, mas é algo mais... é uma coisa... é uma coisa, mas eu, comigo mesmo, tem muito tempo que não vou a igreja. Mas eu ia, mas não tenho ido.

E- Doutor, como você percebe os campos de estudo da ciência e da religião. Você percebe esses campos como parceiros, inimigos ou campos distintos, independentes?

DR17- Sinceramente meu pai era médico, ele era ateu, enfim acabou ficando assim... Não vou dizer que uma coisa tem a ver com a outra. Bom eu acho que ajuda a pessoa. Eu tenho crença na minha fé, mas não o sou fanático... tipo tudo é fé...

E- E quanto a capelania no hospital, qual a sua opinião?

DR17- Olha..., eu não tenho visto não. Como trabalho em vários hospitais, e não acompanho por muito tempo o paciente de perto eu não sei exatamente como vem sendo feito. Antes até eu via um padre... mas faz tempo. No hospital tem até uma capela, mas só isso.

E- Doutor, gostaria de saber se você e teve algum preparo durante a graduação sobre as emoções do médico e sobre a esta parte religiosa?

DR17- Olha de religião só no colégio (risos) e sobre emoções... nós tivemos umas aulas, uma classe, de psicologia médica. Mas era umas coisas muito vagas, eu fui ter uma coisa diferente, foi no curso que fiz depois no MBA.

E- Doutor, você gostaria de acrescentar algo, que você acha relevante ou que você gostaria de me falar.

DR17- Umm... quando fui escolher a especialidade... eu acho... que tipo, eu acredito que teve a presença de Deus. Eu estava fazendo a residência na área geral... foi por um motivo muito específico, bom tem muita influência do meu pai na minha vida, ele trabalhava num lugar com crianças com lábio leporino, e eu acompanhava ele e fui muito influenciado pelo meu pai na minha vida. Então... eu no começo, queria fazer cirurgia plástica, mas era muito concorrido. Ai no meio de tudo isso... eu estava contando essa história é sério, aí eu falo acho que Deus deve realmente existir, não é possível, foi muita coincidência, sei lá... Foi muito sei lá, muita coincidência... Na época, minha dupla de residência, meu colega iria fazer a prova para urologia e eu plástica. Mas aí ele me perguntou se eu não queria prestar para a endoscopia que tinha

aberto inscrição no HC, eu falei: “Mas endoscopia?! Quanto é a inscrição?” Ele falou 60 reais, então tá... pode fazer. Chegou no dia da prova, ele não pode ir fazer porque a prova de urologia era no mesmo dia, e acabou que eu fiz passei. Ele no final não passou na urologia, não fez a de endoscopia... então ele foi uma pessoa que foi usado para me levar a fazer esse caminho. Mas aí eu falo pra você que isso mexeu muito comigo... como fui para nessa área... depois de um ano, ele fez a prova para endoscopia e não passou. E hoje ele nem está na medicina, ele está trabalha no mercado financeiro. Eu lembro como se fosse ontem. Meu tio pergunto por que eu ia fazer endoscopia, ele sabia que eu queria plástica no início. Eu expliquei que era no HC e eu queria ver como era... aí você não imagina, as minhas dificuldades só aumentaram nessa época... Essa fase foi muito difícil, meu pai teve problema no coração, depois ficou em coma por anos... aí você imagina... nem sei como consegui, foi muita dificuldade. Foram anos que foi muito complicado, não sei se foi um teste, não sei... então foi assim.

E- Obrigada, doutor, por me ajudar om esse seu tempo para me dar a entrevista, muito obrigada!

ANEXO A

TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COPING (ENFRENTAMENTO) DE EMOÇÕES NEGATIVAS: CRENÇAS, ATITUDES E ESTRATÉGIAS DE COPING DE MÉDICOS EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

Pesquisador: MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36911220.8.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.279.789

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa busca verificar se e como médicos que atuam em contexto hospitalar utilizam coping religioso para lidar com emoções negativas primárias (tristeza, medo e raiva) suscitadas em sua prática profissional em comparação com médicos que não atuam em hospitais, através de uma abordagem quantitativa e qualitativa por meio da aplicação de questionário sociodemográfico, Questionário da Regulação das Emoções (ERQ), Índice de religiosidade obtido através de 5 questões da Universidade de DUKE, DUREL e entrevista aberta; apresenta o TCLE; e se mostra relevante dentro do campo da Psicologia.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é relevante e claramente explicitado e visa verificar se e como médicos que atuam em contexto hospitalar utilizam coping religioso para lidar com emoções negativas primárias (tristeza, medo e raiva) suscitadas em sua prática profissional em comparação com médicos que não atuam em hospitais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta claramente descrito os benefícios, e afirma que os riscos aos participantes são mínimos, principalmente vinculados a potenciais desconfortos emocionais causados pela resposta a algumas perguntas, e se propõe a acolher os/as participantes, caso haja necessidade.

Endereço: Av. Prof. Melo Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** cep@ipq.usp.br

Continuação do Parecer: 4279-738

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa apresenta referencial teórico pertinente, metodologia quantitativa e qualitativa adequada, apresenta TCLE, se mostra relevante dentro do campo da Psicologia. Inclui os critérios de inclusão dos/as participantes, apresenta os temas a serem investigados durante as entrevistas e o questionário sociodemográfico, Questionário da Regulação das Emoções (ERQ) e Índice de religiosidade obtido através de 5 questões da Universidade de DUKE, DUREL, instrumentos validados para o Brasil que irão, basicamente, explorar, a potencial vivência de experiências de coping na atuação médica e Índice de religiosidade, sem problemas éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE em duas vias; deixa claro os objetivos e procedimentos que serão adotados, explicando o que será feito como procedimento; oferece um contato da pesquisadora e do Comitê de Ética para eventuais dúvidas e esclarecimentos adicionais; indica que os/as participantes poderão pedir os esclarecimentos que desejarem e/ou deixar a pesquisa a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem quaisquer consequências, penalizações ou prejuízos; indica os riscos e benefícios da pesquisa; aponta que potenciais danos gerados pela pesquisa serão ressarcidos; deixa claro que haverá anonimato e a garantia do sigilo dos/as participantes, e a possibilidade de publicação de dados da pesquisa, garantido o sigilo da identidade do/a participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

O projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1611164.pdf	20/08/2020 12:29:56		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	20/08/2020 11:53:30	MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario.pdf	20/08/2020 11:52:59	MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_entrevista.pdf	20/08/2020	MONICA	Aceito

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
UF: SP Município: SÃO PAULO E-mail: cep@ip.usp.br
Telefone: (11)3091-4182

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 4.276.789

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista.pdf	11:52:44	FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_institucional.pdf	12/08/2020 22:00:29	MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.pdf	12/08/2020 21:35:35	MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Huang.pdf	12/08/2020 21:35:13	MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/08/2020 13:48:29	MONICA FREDERIGUE DE CASTRO HUANG	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Setembro de 2020

Assinado por:
Jose de Oliveira Siqueira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
UF: SP Município: SAO PAULO E-mail: cexh/p@usp.br
Telefone: (11)3091-4182