

## Artigos originais

# Saúde, comunicação e religiosidade: algumas explorações sobre a sua relação com a morte e com a sexualidade

DOI: 10.3395/reciis.v4i3.382pt

### **Fernando Lefèvre**

Professor titular da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.  
flefevre@usp.br

### **Eliane Brígida Morais Falcão**

Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.  
Pesquisadora do Observatório da Laicidade do Estado (OLÉ) /UFRJ.  
elianebbrigida@uol.com.br

### **Ana Maria Cavalcanti Lefèvre**

Doutora em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública, Universidade São Paulo e diretora do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo- IPDSC, São Paulo, Brasil.  
ana@ipdsc.com.br

### **Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes**

Doutora em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública, Universidade São Paulo e pesquisadora do Nevas, São Paulo, Brasil.  
sandradi@usp.br

### **Antonio de Pádua Passos de Freitas**

Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor da Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, Brasil.

Trata-se de dois trabalhos que abordam, um a religiosidade na sua relação com a sexualidade do jovem brasileiro, visto o problema a partir do uso da chamada “pílula do dia seguinte”, e, outro a temática de como os profissionais de saúde, num contexto hospitalar, lidam com a morte e de como a religião ou a religiosidade se insere neste circuito.

Os dois trabalhos são derivados de pesquisas empíricas que têm em comum, além de enfocarem a temática proposta para este número da Reciiis, outro ponto, este menos evidente: a morte que, de um lado, aparece descrita num contexto hospitalar marcado pela ciência e tecnologia

### **Resumo**

Apresentam-se aqui dois trabalhos resultantes de pesquisas empíricas nas quais foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo e cujos conteúdos envolvem a temática da religiosidade no campo da saúde, abarcando os subtemas da representação da morte em contextos hospitalares e do uso da pílula do dia seguinte. Em relação ao tema da morte foram estudados, em um hospital universitário de grande porte do Rio de Janeiro, estudantes e docentes de medicina; no que toca ao tema de pílula do dia seguinte os estudados foram jovens de 13 a 20 anos de ambos os sexos e profissionais de saúde, ambos da zona sul do município de São Paulo. Sem que se possa generalizar os achados, os dados das pesquisas revelam processos dinâmicos em curso no modo como se entende (ou se deveria entender) aquelas regiões do viver humano – como a morte e os valores morais – que não são facilmente enquadráveis a partir de uma perspectiva estritamente científico-tecnológica.

### **Palavras-chave**

religiosidade; saúde; morte; medicina; pílula do dia seguinte

e, de outro, num contexto religioso ortodoxo, onde o uso da pílula do dia seguinte é visto como um expediente abortivo e, “portanto”, associado à morte ou à inviabilização antecipada de um ser a caminho de vir ao mundo, provocada por uma decisão do homem (e não de Deus).

### **Que conselhos você daria para esta jovem religiosa?**

O trabalho que se apresenta abaixo é parte do projeto de pesquisa: “Gravidez Adolescente e Pílula do Dia Seguinte: desvelando seus sentidos entre adolescentes e profissionais

de saúde”, projeto de pesquisa apoiado pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde (processo 550763/2007-4, período 2007 a 2010, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (OF COEP/262/07)

A anticoncepção de emergência-AE, vulgarmente conhecida como pílula do dia seguinte, é um método contraceptivo para situações de emergência que pode ser usado até cinco dias depois que a relação sexual já aconteceu e houve risco de gravidez. Quanto mais precoce for uso após a relação sexual desprotegida, maior a eficácia.

É recomendado para casos de estupro, uso incorreto ou inconsistente de um método contraceptivo (por exemplo: esquecimento de tomar a pílula, ou de colocação ou deslocamento do diafragma), à falha de métodos (como rompimento do *condom* ou expulsão do DIU) e/ou no caso de uma relação sexual imprevista ou violenta (BRASIL, 2005).

A anticoncepção de emergência utiliza doses concentradas de hormônios sintéticos já usados em pílulas anticoncepcionais orais comuns à base de etinil-estradiol e levonorgestrel. Atua principalmente inibindo ou retardando a ovulação e prejudicando a mobilidade dos espermatozoides no útero, por isso seu efeito é anterior à fecundação (BRASIL, 2005). É feita à base hormônios que impedem a ovulação, a mobilidade dos espermatozoides no útero, impedindo a fecundação e, conseqüentemente, a gravidez. Pode ser usado na forma de dose pronta (levonorgestrel), com eficácia de 99,9% ou através de doses combinadas (método Yuspe) a partir de pílulas anticoncepcionais orais, com eficácia de 96,8%. Segundo norma técnica do Ministério da Saúde (2005) essa eficácia pode variar em função do tempo entre a relação sexual e a administração da AE. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o método de Yuspe apresenta taxas de falha de 2% entre 0 e 24 horas, de 4,1% entre 25 e 48 horas e de 4,7% entre 49 e 72 horas. Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores, 0,4, 1,2 e 2,7%, respectivamente. Na média dos três primeiros dias, a taxa é de 3,2% para o método de Yuspe e de 1,1% para o levonorgestrel. Entre o 4º e o 5º dia, seguramente a taxa de falha da AE é mais elevada.

*A elevada segurança da AE explica-se pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose total administrada. No caso do método de Yuspe, a dose utilizada é cerca de 35% da dose total de uma caixa de qualquer anticoncepcional de baixa dosagem disponível no mercado. Além disso, muitos estudos clínicos e epidemiológicos têm verificado raros efeitos*

*adversos severos, confirmando a segurança da AE (BRASIL, 2005).*

A vantagem mais apontada é ser o único método contraceptivo seguro, com poucas contra-indicações, que pode ser utilizado pela mulher após a relação sexual. Segundo norma do Ministério da Saúde

*mesmo para eventos mais graves, como o tromboembolismo e o acidente vascular, as investigações têm encontrado risco muito pequeno relacionado ao seu uso.*

### ***Pílula do dia seguinte, adolescência e sociedade de consumo***

No quadro das sociedades contemporâneas dominadas pelo princípio do consumo (LEFEVRE *et al.*, 2007), ao qual a sociedade brasileira pertence, ainda que mais de fato do que de jure, saúde é, em parte, entendida como decorrente do consumo de produtos e serviços destinados a contrabalançar o efeito dos chamados comportamentos não saudáveis ou produtores de doenças e demais agravos (como gravidez indesejada, por exemplo).

“Comeu e bebeu demais, tome o antiácido x”; “brigou com o patrão e ficou com dor de cabeça, tome o analgésico y”; “envelheceu e ficou cheia de rugas, faça cirurgia plástica na clínica z” e... “esqueceu de tomar a pílula e foi para cama com o namorado, tome da pílula do dia seguinte”.

A chamada “pílula do dia seguinte” é, pois, funcional no quadro das atuais sociedades de consumo, uma vez que, no contexto de tais sociedades, a prevenção das doenças e agravos decorrentes dos comportamentos prazerosos pode ser deslocada para depois do evento, evitando-se assim não o comportamento prazeroso em si mas, no “dia seguinte”, os *efeitos* deste comportamento.

De fato, nas sociedades de consumo atuais, graças à tecnologia, é possível reconciliar prazer e consumo, pela eliminação do “efeito doença”, seja por meio da supressão dos elementos produtores de doença (colesterol, sódio, açúcar etc.) presentes nos produtos/comportamentos produtores de prazer, seja, como no caso da pílula do dia seguinte, pela neutralização *a posteriori* dos efeitos indesejados de comportamentos e do consumo de produtos ditos não saudáveis.

No caso dos eventos envolvendo sexualidade, o comportamento preventivo clássico (uso da camisinha, DIU, pílula etc.) sempre interfere, de alguma forma, no prazer associado ao sexo; ora, a pílula do dia seguinte permite

“remover tal inconveniente” uma vez que não interfere em nada no prazer do sexo já que se configura como prevenção *a posteriori* dos seus eventuais efeitos indesejados (gravidez).

Desta forma, pode-se imaginar, no caso da “pílula do dia seguinte”, uma tendência de parte dos adolescentes a transformar o uso de um método necessariamente provisório em permanente.

### **A pílula do dia seguinte e o profissional de saúde**

Parece claro, por outro lado, que enquanto elemento das políticas públicas de prevenção da gravidez na adolescência, todos os aspectos envolvidos na administração da pílula do dia seguinte desaguam nos profissionais que, nos serviços de saúde atendem os e as adolescentes que os demandam e que vêm em busca da anticoncepção de emergência.

Ora, dada a novidade e a problemática de que se reveste a pílula do dia seguinte pode-se imaginar que o entendimento pelo profissional dos diversos aspectos envolvidos é fundamental para o êxito de tais políticas.

Nesse sentido, algumas dúvidas de natureza técnica e até resistências morais, ideológicas, éticas, podem estar presentes nos profissionais de saúde, que precisam ser levantadas, conhecidas e descritas com vistas a que estes profissionais possam fornecer da maneira mais adequada possível aos adolescentes todas as necessárias informações sobre a pílula do dia seguinte.

Assim, poderíamos a título de hipótese levantar as seguintes possíveis dúvidas relativas à pílula do dia seguinte:

- Como funciona: aborta ou não aborta?
- Em que medida seu uso faz mal à saúde?
- Poderia substituir outros métodos?
- Quando seu consumo é adequado?
- Em que medida ela é efetiva?
- Como viabilizar o acesso ao produto?
- Como usar?

No que se refere a possíveis resistências entre os profissionais poderíamos elencar preconceitos relativos ao aborto, à sexualidade “descontrolada” e sem planejamento.

O objetivo da pesquisa, da qual aqui se relata um segmento, foi, no contexto da problemática da gravidez na adolescência e no quadro da contracepção de emergência, entender os padrões de uso da pílula do dia seguinte e as representações sociais associadas entre adolescentes, bem como os conhecimentos, dúvidas e resistências entre os profissionais de saúde que atuam junto aos adolescentes sobre esta temática.

No projeto em tela, buscando resgatar as Representações Sociais de jovens de ambos os sexos e de profissionais de

saúde incumbidos de orientar nas unidades de saúde o uso da contracepção de emergência, foram entrevistados 320 jovens residentes na zona sul do município de São Paulo e 70 profissionais de saúde de diferentes especialidades, que na rede municipal de saúde atuam junto a adolescentes.

Esta população foi entrevistada, respondendo a seis casos ou pequenas histórias que diziam respeito às diversas situações que poderiam envolver o uso da pílula do dia seguinte e, igualmente, a uma questão formal sobre a temática (LEFEVRE *et al.*, 2009).

O método usado para o processamento de dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE *et al.*, 2005) com a utilização do *software* QUALIQUANTISOFT (2004).

Vamos apresentar alguns resultados da pesquisa, selecionando estratos daqueles Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) que apresentavam referências explícitas à questão da religião.

Vamos nos ater apenas aos aspectos qualitativos das respostas na medida em que o tema a ser discutido aqui é mais a natureza das menções à religião do que seu peso no total dos DSCs.

### **Discussão**

A religião representada no projeto em tela, tanto pelos profissionais quanto pelos jovens, relaciona-se das mais diversas maneiras com a pílula do dia seguinte e, por consequência, com a sexualidade.

Pode, para os profissionais, representar tanto uma barreira ...

*..Se ela tem uma religião que ela quer seguir, então a gente não pode ir contra a religião dela..*

*E tentaria não interferir porque religião a gente não interfere muito, né? A pessoa tem que ir pelo conceito dela. Se o conceito dela diz que ela não deve usar, então ela não deve usar.*

... quanto uma convicção ou crença que corre (ou deveria correr) paralela à problemática da prática e da sexualidade e da prevenção de seus efeitos não desejados:

*A gente sabe que a pílula do dia seguinte não é abortiva, então é mais um preconceito da igreja do que a própria pílula. A pílula não é abortiva. Mesmo sendo religiosa, ela deveria tomar a pílula porque a pílula não ia matar a criança, ia apenas evitar que ela engravidasse.*

O mesmo acontece com os jovens, para os quais a religião pode representar ou uma barreira...

*Eu diria pra ela não tomar, né? Se ela era uma pessoa religiosa ela sabia o que ela estava fazendo no momento, ela sabia o que poderia tá acontecendo com ela, ela sabe qual é o certo e qual é o errado, deveria ter consciência do que ela fez. Ela sabe que tava errada. Agora é só segurar as conseqüências. Se tivesse grávida, aconteceu? Abortar não é a solução.*

... ou algo que corre paralelamente à vida "leiga":

*Eu diria que ela não se importasse com a religião e tomasse; porque isso não basta só de religião, e sim a saúde dela; o bem-estar dela e da família; porque religião não proíbe porque não seria aborto.*

*A religião é uma coisa e a gravidez é outra coisa totalmente diferente, que aí não pode deixar de tomar. Tem que estar prevenindo. Esse negócio da religião é complicado assim, né, mas a gente está no século 21, é difícil a gente levar os conceitos da religião, não tem como. Eu diria para ela: você tem que se atualizar melhor, ser religiosa e, vamos dizer, usar a ciência, usar a razão, porque você sabe que você corre um risco não usando anticoncepcional, alguma coisa do gênero, assim, né? Seria isso que eu falaria pra ela.*

Os dados de pesquisa sugerem que a prática da sexualidade e sua prevenção, hoje, pelo menos entre os jovens e os profissionais que apresentem perfil semelhante aos pesquisados, não se encontra necessariamente vinculada a uma perspectiva religiosa, podendo, no entanto, para uma parcela da população estar (talvez *ainda*) a ela atrelada.

Não apenas a importância mas, igualmente, a natureza específica desta armadura religiosa na sua relação com a sexualidade humana, esta tão marcante na cultura brasileira de hoje e de sempre é, no entanto, matéria a ser amplamente discutida.

Poder-se-ia perguntar, por exemplo, se outras religiões ou variantes religiosas relacionam-se com a sexualidade da mesma forma que o catolicismo, ainda (pelo menos na sua versão mais conservadora, que é a dominante) atrelado à idéia da castidade e da sexualidade amarrada ao matrimônio (indissolúvel) e do destino que está nas "mãos de Deus".

*Pra ela não tomar, a igreja católica não permite esses negócio, né? Se Deus quer que ela tenha um filho ela vai ter, senão não. Então eu aconselharia ela esperar, o que tivesse de ser, ia ser. E se viesse a gravidez tinha que aceitar numa boa, que ela era religiosa. Eu não ia falar pra ela tomar a pílula, pra uma religiosa.*

Por outro lado, a religião, no contexto desta pesquisa, aparece muitas vezes associada a decisões e valores no plano de ética e da moral.

*Eu diria pra ela não tomar né? Se ela era uma pessoa religiosa ela sabia o que ela estava fazendo no momento, ela sabia o que poderia tá acontecendo com ela, ela sabe qual é o certo e qual é o errado, deveria ter consciência do que ela fez. Ela sabe que tava errada. Agora é só segurar as conseqüências Se tivesse grávida, aconteceu? Abortar não é a solução.*

Os aspectos religiosos associados à pílula do dia seguinte são variados mas, no quadro do presente artigo, podemos colocar a hipótese de que ela é percebida como uma tecnologia de prevenção e, conseqüentemente, como algo do domínio do mundo leigo e pragmático que vem cada vez mais regendo todos os aspectos do viver humano, em processo generalizado de secularização. Isto faz com que a religião e as instituições religiosas acabem tendo influência menor do que a se imagina na visão e no uso deste novo método contraceptivo.

Novas pesquisas sobre o tema, com populações diferentes, poderão dar corpo ou contestar tal hipótese.

### **Médicos docentes e religiosos diante da morte, do sofrimento e das tecnologias das biociências: algumas reflexões**

Pesquisas realizadas em hospital universitário de grande porte no Rio de Janeiro permitem algumas reflexões em torno das representações sociais de médicos docentes e estudantes de medicina em relação ao atendimento prestado aos pacientes à morte na instituição.

Nessas investigações, constatou-se o sofrimento experimentado no dia a dia do exercício profissional em torno do morrer de um paciente, conforme se depreende de depoimentos de docentes médicos (FALCÃO *et al.*, 2009) e estudantes de medicina (FREITAS, 2007). Perplexidades, dúvidas e angústias perpassam o trabalho daqueles que se defrontam com pacientes que, esgotados os recursos da biomedicina, aproximam-se da morte, o que é acentuado por uma percepção do poder atribuído ao médico. Tal situação aparece claramente nas falas dos investigados: médicos, estudantes em início do curso e os do nono período:

*Lidar com o sofrimento humano é sempre angustiante, muito difícil, muito frustrante, muito estressante, uma experiência muito dolorosa. (...) É sempre um grande incômodo informar ao paciente que ele tem*

*uma doença incurável e que vai evoluir para a morte (...) A morte é horrível, se pudéssemos pular essa parte da medicina seria melhor. A morte costuma trazer cargas emotivas pesadas e o médico para se proteger se afasta do doente morrendo.(...) É difícil você manter um estado de equilíbrio ideal e tomar as decisões acertadas.Quando nos formamos, somos deslumbrados (...) e quando nos deparamos com a inexorabilidade da morte de nossos pacientes, percebemos que não somos assim tão poderosos. E o deslumbramento se desvanece. Isso pode mexer muito com a gente, pode ser difícil de superar, pode causar impactos profundos em nossas vidas profissionais. Eu tive muita dificuldade em aceitar a morte e seguir com a medicina (apud FALCÃO et al., 2009).*

*O médico tem que passar confiança, tranquilidade e carinho e ajudar, na medida do possível, o paciente a passar por isso de forma mais amena. O médico deve demonstrar confiança e calma. O médico deve acompanhar o paciente tentando confortá-lo da melhor forma possível, considerando suas emoções e não o tratando como uma doença ambulante. O médico tem o papel de acompanhar a evolução psicológica do seu paciente, possibilitando conforto em todos os aspectos possíveis (apud FREITAS, 2005).*

*(...) É complicado acompanhar o processo de morte. (...) É um tipo de prática que deve ser trabalhada e aprimorada com o tempo, através do exercício da profissão. (...) Teoricamente, através do que foi discutido em sala, talvez eu saiba como lidar com um paciente terminal. Mas acho que os pacientes não devem ser abordados como um todo, mas sim individualmente. Acho que é necessário eu exercer de fato a profissão para saber se, de fato, posso e sou capaz de lidar com ela.(...) Não sei, somente saberei ao certo no momento em que me deparar com a situação.(...) mas tenho certeza de que o pouco que sou capaz não foi 'aprendido' na Faculdade de Medicina (apud FREITAS, 2005).*

Nesses depoimentos, observa-se a percepção dos grupos investigados quanto à variedade de recursos pessoais e profissionais que o atendimento ao paciente à morte demanda: equilíbrio psicológico, familiaridade conquistada pelo exercício da prática profissional, motivação afetiva de servir àquele que se aproxima da morte. Não é sem razão que os docentes reconhecem que a contemplação do morrer

humano costuma trazer cargas emotivas pesadas ainda que alguns se refiram à morte como algo 'natural'.

Note-se que os depoimentos apresentados, embora originados em três diferentes níveis da experiência médica, expressam percepção semelhante: acompanhar um paciente à beira da morte demanda esforços específicos e requer, por isso, preparo igualmente específico ou especializado. As falas, porém, não revelaram reconhecimento da existência de tal preparo e também não mencionaram situações institucionais em que sistematicamente ocorressem conversas ou trocas entre colegas a respeito de suas vivências, dúvidas ou angústias sobre o tema morte humana ou morte de um paciente. Ainda que alguns estudantes tenham relatado momentos de reflexão sobre o tema ao longo do curso de medicina, nos depoimentos dos alunos do nono período prevalece a consciência da carência de tal reflexão:

*Seria bastante útil uma maior abordagem sobre o assunto, o problema é o tempo. Seria interessante a existência de um acompanhamento psicológico dos alunos nos períodos de convivência com as enfermarias do Hospital Universitário (...). Como pode-se ver pelo exposto nas diretrizes curriculares, a responsabilidade do médico é enorme, e às vezes assusta um acadêmico, ou um médico recém-formado. É bom trabalhar em unidades onde a responsabilidade do processo de morte é dividida com outros profissionais (apud FREITAS, 2005).*

Embora o debruçar sobre ambas as pesquisas permita vislumbrar a relação existente entre a atividade dos médicos docentes e a carência de recursos pessoais e profissionais dos estudantes no que diz respeito à morte do paciente, essa percepção não se evidencia na fala dos docentes:

*(...) Eles [os estudantes] não sabem lidar com o ser humano doente, muito menos com a morte. A morte é assustadora. (...) Eles (...) têm medo, preconceito (...). Fazem comentários constrangedores com os doentes. Eu observo que (...) eles não sabem se comunicar bem com os doentes. (...) é um problema de formação pessoal, é uma questão cultural. Na Semiologia tentamos ensinar aos alunos como construir e sustentar uma relação médico-paciente ideal (...). Mas isso requer que os alunos tenham domínio de algumas habilidades de comunicação, o que eles não costumam ter. (...) Então fica muito difícil para eles se relacionarem com os pacientes, mais difícil ainda se o paciente estiver grave, com limitações importantes, morrendo. (...) Eles*

*não têm noção do que está acontecendo. (...) Quando tomam conhecimento do que é ser médico de verdade ficam chocados (...)* (apud FALCÃO et al., 2009)

Não é difícil associar esse discurso à ausência de trocas nos espaços do hospital universitário investigado e também à percepção de que não se aprende a lidar com o paciente à morte no contexto da formação médica. Envolvidos, de forma não compartilhada, com o sofrimento que a proximidade da morte desencadeia, esses médicos docentes não se vêem claramente como influentes no que diz respeito ao comportamento de seus alunos. A percepção geral entre eles aproxima-se da convicção de que representações em torno do tema morte são formadas previamente ao curso de medicina e não são influenciáveis pela formação médica.

Neste cenário, onde são detectáveis as dificuldades de comunicação entre médicos docentes e estudantes de medicina, poder-se-ia pensar pelos depoimentos colhidos que o contato com os pacientes em sério risco de vida, ou à morte, restringe-se aos profissionais da saúde. Ainda que os entrevistados tenham feito alguma referência a familiares dos pacientes como pessoas implicadas na questão investigada, não ocorreu menção a outros atores. Entretanto, por observação realizada nas dependências do hospital pesquisado, evidenciou-se a presença de mais um agente: o atendimento por religiosos.

Tal atendimento, que é diário e prestado por membros das denominações católica, evangélica e espírita, é anunciado por uma pequena sala com uma agenda na porta. O compartimento, de aproximadamente três metros quadrados e que contém mesa pequena, sete bancos e seis bíblias, é compartilhado por diferentes religiosos das três denominações. Uma vez por semana celebra-se a missa católica. A sala encontra-se em estado bastante precário e, segundo foi informado, está em reforma financiada pelos próprios interessados uma vez que a direção do hospital não considera tais gastos como do âmbito de compromissos institucionais. Foi informado também que os médicos docentes não têm de se pronunciar a respeito de tal atendimento, uma vez que se trata de um direito dos pacientes assegurado por lei<sup>2</sup>. Um dos religiosos que presta atendimento aos pacientes apresenta o pano de fundo que delinea o serviço por eles prestado:

*A prioridade é sempre da atenção médica (ou de outros profissionais de saúde), mesmo que estejamos no nosso horário de atendimento. Procuramos não trazer problemas, mas apenas atender o sofrimento de um paciente que recebe, por exemplo, notícia de que*

*está com câncer e se vê sozinho e aflito. A maioria dos profissionais parece nos aceitar, apenas um ou outro 'fecha a cara' para nós.*

Embora cerca de 75% do corpo docente médico investigado tenha declarado que acredita em Deus (no contexto ou não de uma religião), não foi identificado discurso religioso (ou menções relativas a crenças religiosas) entre os próprios profissionais nem tampouco houve referências ao atendimento religioso prestado formalmente nas dependências do hospital. Seria isso mais um sinal dos conflitos e das dificuldades de comunicação entre os implicados no atendimento aos pacientes aí internados?

O hospital investigado é um centro de importantes pesquisas científicas voltadas para pensar a manutenção da vida ou a restauração dos processos asseguradores da saúde. Falar sobre a morte e crenças religiosas, nesse ambiente, aproximar-se-ia de um comportamento de traição ao compromisso científico com os processos de manutenção da vida? Seria um comportamento indesejável no âmbito acadêmico científico?

Nas pesquisas realizadas, apareceu outra questão importante no que se refere ao atendimento do paciente à morte: as tecnologias da biomedicina. O compromisso de manter a vida mediante seu emprego mostrou-se como um dado que, embora também referido como evidência da qualidade dos serviços prestados no hospital, foi visto como um dos obstáculos ao enfrentamento da morte, conforme se depreende do seguinte depoimento: (...) *É preciso repensar (...) a formação médica (...). Essa escola focaliza excessivamente as questões científicas e técnicas* (apud FALCÃO et al., 2009).

Pelos depoimentos colhidos e pelas reflexões que geraram, é possível apreender um espaço institucional onde os processos de comunicação que o atravessam e que envolvem pacientes, médicos docentes, estudantes de medicina e religiosos parecem incluir um pacto tácito de não reconhecimento da situação do morrer e dos comportamentos necessários e profissionalizados em relação ao paciente que morre. A biociência, com suas tecnologias, aí aparece mais como um ator com 'vida própria': percebida em seu uso 'excessivo' pela escola de medicina, não parece ser reconhecida como um instrumento de deliberado uso pelos próprios profissionais.

O perceptível silêncio em torno da morte no contexto do hospital investigado mostra visíveis limitações e distorções dos processos de comunicação aí instalados: diferentes aspectos do atendimento prestado ao paciente não são percebidos e pouco se conversa sobre a questão. Aí parece imperar a

percepção de que o tema e a experiência a ele correlata são de foro íntimo, individual. Entretanto, a demanda comunicacional humana, a presença do atendimento religioso, as críticas expressas colhidas nos depoimentos parecem abrir atalhos à via percorrida, sendo indicadoras de que haveria uma busca objetivamente não assumida de falar, de se comunicar, de se voltar para o outro. Que outro seria este, se não o sofrimento implicado em tal ambiente? O sofrimento que, de acordo com os depoimentos, envolve todos os que, no hospital, enfrentam a proximidade da morte: tanto os pacientes quanto os médicos docentes e seus alunos, os estudantes de medicina.

A morte compõe a experiência humana. Os depoimentos dos médicos docentes e dos estudantes, aqui apresentados, embora expressem esse entendimento, mostram que sua explicitação no ambiente médico hospitalar é bastante deficiente. As reflexões elaboradas em torno dos depoimentos colhidos nos dois grupos pesquisados indicam que dois 'atores' presentes no hospital investigado, as tecnologias da biomedicina e o sofrimento humano, precisam se integrar nos processos de comunicação que envolvem o atendimento ao paciente em risco de vida, ou à morte, para que esse atendimento se desenvolva com maior integridade. Essa maior integridade implica em estabelecer processos comunicacionais em que experiências, afetos, emoções, valores, visões, crenças religiosas e convicções possam ser incluídos. Estabelecida como matéria de conversa, a integridade da experiência humana dos médicos docentes e estudantes de medicina, assim como dos pacientes, será favorecida porque será posto em evidência o papel de cada um como sujeito e autor responsável das ações e vivências cotidianas.

### Considerações finais

O mundo leigo das decisões pragmáticas tomadas com base na ciência e na tecnologia pode, com base nos resultados destas pesquisas, ser entendido entre nós brasileiros, hoje, no quadro de um processo generalizado de secularização que tende a ocupar todos os espaços do viver humano deixando para a religião aquelas regiões (ou como aparece na pesquisa, espaços des-investidos do hospital) do humano, como a morte por exemplo, que, por este motivo, acaba aparecendo como um evento "incompreensível" e como um "fracasso" da tecnologia (no caso, da tecnologia médica).

Por outro lado, se a representação social da religião no que tange às relações sexuais implica, entre outras coisas, crer que a vinda ou não de seres humanos ao mundo faz parte dos desígnios divinos, tal representação choca-se,

necessariamente, com a idéia de prevenção de doenças ou, no caso da pílula do dia seguinte, de gravidez não planejada.

Poderíamos finalmente nos perguntar: há espaço legítimo para influências institucionalizadas de religiões no mundo moderno e, mais particularmente, no campo da saúde-doença?

Ou para caber no mundo moderno e, dentro dele, no campo da saúde, teria a religião que ser re-significada?

### Notas

1. Trabalhou-se com a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2003). Foram utilizadas entrevistas com os professores e questionários com os estudantes. Observações realizadas no âmbito do hospital investigado completaram os dados coletados que foram analisados a partir da proposta metodológica de LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

2. Lei n. 9.982, de 14 de julho de 2000, que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas e estabelecimentos prisionais civis e militares.

### Referências

FALCÃO, E.B.M.; BICHARA, S.M. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.364-373. 2009.

FREITAS, A.P. **Morte**: ainda excluída do ensino médico? Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC, 2000. p.11-35.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos) Caxias do Sul: EDUSC, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Depoimentos e discursos. Brasília: Editora Liberlivro, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C.; MADEIRA, W. A hipertrofia das mediações internet e empoderamento no campo da saúde e da doença. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.3, p.149-157, 2007.

LEFEVRE, F. *et al.* Uso de casos em pesquisas de saúde coletiva: os casos da pílula do dia seguinte. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Recife.

QUALIQUANTISOFT. <[www.spi-net.com.br](http://www.spi-net.com.br)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de emergência:** perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.