



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**LUIZ PAULO CARVALHO PIRES DE OLIVEIRA**

**Espiritualidade, religiosidade e religião no cotidiano da formação médica: o que conhecimentos religiosos fazem com espaços acadêmicos?**

**TESE DE DOUTORADO**

**Salvador**

**2022**

**LUIZ PAULO CARVALHO PIRES DE OLIVEIRA**

**Espiritualidade, religiosidade e religião no cotidiano da formação médica: o que conhecimentos religiosos fazem com espaços acadêmicos?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Medicina e Saúde Humana

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Ramos Daltro

**Salvador**

**2022**





## **Agradecimentos**

Nada se faz só, portanto, gostaria de agradecer aos que estiveram comigo neste caminho. Aos meus pais, pelo nome que me levou até alguns sentidos, também pelos investimentos de expectativas. À Mônica que orientou o trabalho e a trilha com afeto, colaboração, amizade e compromisso de quem partilha perspectivas e futuros conjuntos.

À Escola Bahiana que foi terreno de oportunidade para que eu pudesse exercer docência, pesquisa e as criações que se estabeleceram aqui. As pessoas que colaboraram com o trabalho em entrevistas, leituras, conversas, encontros, escutas, discordâncias e críticas.

À Rosele que faz dos dias estrada comigo, todas as ideias são frutos de conversas nossas, todos os textos prontos são possíveis por nossas leituras, todos os meios estão entre nós.

**Quem é ateu e viu milagres como eu  
Sabe que os deuses sem Deus  
Não cessam de brotar, nem cansam de esperar  
E o coração que é soberano e que é senhor  
Não cabe na escravidão, não cabe no seu não  
Não cabe em si de tanto sim  
É pura dança e sexo e glória, e paira para além da história.**

**(Caetano Veloso)**

**Resumo:** Este trabalho descreve perspectivas religiosas desenvolvidas dentro da formação em Medicina, em uma Escola Médica na cidade de Salvador. Para desenvolver tais descrições contextualizamos debates relativos ao tema no campo da saúde, narramos sobre vínculos institucionais que aproximam o tema à contextos de formação em saúde e anunciamos uma perspectiva sobre a religião, religiosidade ou espiritualidade. Qual seja, essas são categorias culturais, por isso seguem tecidas na vida cotidiana, numa configuração pensada como malha, implicando complexidades, tensionamentos, discursos, movimento. Tal ideia é demonstrada em quatro artigos, elaborados a partir do ancoramento etnográfico, quando estudantes e docentes de medicina contam suas relações com o tema, em aulas, contingências do dia ou posturas pretendidas. Tais descrições nos ajudam a elaborar ideias sobre o campo da saúde, relações com o conhecimento desenvolvida neste e a construção dos espaços de formação. Bem como a reflexão epistemológica das nossas próprias anúncias acerca do tema, na medida que questionamos como construímos noções de conhecimento.

**Palavras-chave:** religiosidade, espiritualidade, cotidiano, formação, medicina.

**Abstract:** This work describes religious perspectives developed during medical training at the school of medicine in Salvador. To undertake these descriptions, we situate the debates related to the topic in the health field, presenting the institutional connections that bring religion into proximity with the context of health education, outlining a conception of religion, religiousness and spirituality. These are cultural categories present in the fabric of everyday life, in a manner understood as a network, involving complexities, tensions, discourses, and movement. This idea is outlined in four articles, developed starting from an ethnographic foundation, with medical students and professors describing their own relationship to the area, in class, when facing the contingencies of the day-to-day or in their intentional attitudes. These descriptions help us to elaborate ideas regarding the field of health, relationships with the knowledge developed in this field and the construction of educational spaces. We also undertake an epistemological reflection in relation to our own statements regarding the topic, to the extent that we question how we build ideas of knowledge.

**Key-words:** Religiousness, spirituality, day-to-day, education, medicine.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CMI	Conselho Mundial de Igrejas
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
R/E	Religiosidade/ espiritualidade
SUS	Sistema Único de Saúde

## **SUMÁRIO**

### **1. Relatos de caminhos, deslocamentos e encontros**

#### **1.1 Pisando devagar, hesitando as direções**

### **2. INTRODUÇÃO**

#### **2.1 Como começar?**

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Linhas descritivas**

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1 População do estudo**

#### **4.2 Considerações éticas**

### **5. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

#### **5.1 Os vínculos institucionais**

#### **5.2 A educação médica e os arranjos quanto ao tema**

#### **5.3 A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**

#### **5.4 Olhar religião a partir da cultura na formação**

#### **5.5 As linhas da Malha na formação**

### **6. RESULTADOS**

### **7. DISCUSSÃO**

#### **7.1 Os limites que posso ver**

### **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **9. BIBLIOGRAFIA**

## **Apresentação**

### **Relato de caminhos, deslocamentos e encontros.**

Escrevo mobilizado por uma estrutura textual onde priorizo minha experiência como fundamento narrativo. Escrevo procurando com qual teoria minha experiência pode colaborar, construir, revelar ou ajustar-se. A inspiração teórica que organiza o texto é, em grande medida, encontrada na leitura de Daltro, Faria (2019). Neste texto, as autoras recomendam a produção do relato de experiência mediado por relações entre teoria e experiência. Escrevo atento às recomendações das autoras, mas sigo com mais experiências do que relações com teóricos. Isso porque trata-se de uma escrita experimental, na qual tento contextualizar encontros e caminhos até pesquisas. Com isso pretendo dizer dos tempos em que as pesquisas foram realizadas e os vislumbres que contemplo das mesmas.

Fui marcado por conversas. Minha pesquisa de doutorado foi realizada quase que inteiramente na pandemia, momento do qual os deslocamentos foram limitados. Mas encontros e conversas mediaram outros deslocamentos. Para contar sobre meu processo de construção do trabalho, bem como ideias sobre o campo de formação acadêmica, recorro às conversas que me deslocaram e propuseram continuidades possíveis. Também me fizeram tecer uma linha temporal sobre meus processos de pesquisa e escrita. Compartilho na tentativa de contar uma história sobre a formação de uma perspectiva em movimento.

Os processos a seguir contam duas conversas com pessoas próximas que orientaram e seguem orientando caminhos meus. Com isso caracterizo como uma ideia foi produzida e narrada aos passos. No fim, a pesquisa segue viva a partir de perguntas que atentam sobre contextos de formação em espaços acadêmicos. Descrevendo encontros entre campos de estudo, questões e modos de produzir orientação. Ao final, ponho em conclusão as continuidades de investigação em um campo de pesquisa que segue sendo possível. Este campo é a formação como experiência de encontro entre categorias sagradas, enredos acadêmicos, didáticas, produções e soluções dispostas sobre distanciamento ou aproximações a partir de tais relações.

### **Voltando aos caminhos antigos, encontrando terrenos novos.**

Ao cruzar uma das esquinas entre avenida Carlos Gomes e a avenida Sete, me surpreendo com a transformação da rua. Estavam alinhadas ao longo algumas cadeiras usadas em salões de beleza ou barbearias, junto com espelhos e prateleiras onde guardavam tesouras, pentes... A rua era um salão/barbearia sem portas nem paredes. A minha surpresa vem da transformação, antes da pandemia aquele espaço não estava assim. Já haviam comércios diversos, mas a configuração era diferente. As cadeiras expostas me puxaram para ideia de precariedade, pensei no preço do aluguel de salas, pensei no empobrecimento das pessoas e também na última vez que havia caminhado naquele chão. Teria sido em 2019, quando terminava o mestrado em antropologia pela UFBA. Pela proximidade e acessibilidade do transporte público, caminhava ali com frequência. Era estranho ver lugares onde andei tantas vezes marcados por diferenças expressivas, ao mesmo tempo, povoados das mesmas coisas.

Explico melhor, antes havia comércio por toda parte, multidões vendendo e comprando, objetos em trocas, exposições, pessoas em cadeiras evidenciando marasmo e muito calor, mas atualmente, havia uma diferença em tudo isso, algo do mesmo se apresentava com uma diferença marcante. Cadeiras de salão e pessoas fazendo barba na rua não é uma prática nova daquele espaço, mas não naquela rua, com tantas pessoas. Talvez a diferença fosse uma intensidade, uma sensação de risco pelo encontro, pela multidão pelo medo de estar na rua. Talvez fosse eu o mais transformado, entre mim e a rua haviam inúmeras diferenças, mediações, muitas tantas no meu próprio olhar.

Caminhava com Marcelo, amigo de alguns percursos, muitos de orientação. Marcelo foi meu orientador no mestrado, aprendi conversando com ele, muitas vezes caminhando. Por conta dos horários, na época do mestrado, fomos uma vez conversando e andando, saindo da faculdade, percebemos alguma coisa sobre essa prática. Depois desse dia, muitas reuniões de orientação foram realizadas desta forma. Eu gostava dessa construção, havia um ritmo, um trânsito, o mundo estava sempre correndo, acelerando, geralmente o sol se pondo enquanto nós discutíamos o campo, texto e prazos, parecia que não saíamos da realidade para fechar os assuntos em concentrações específicas, ao contrário, colocávamos na confusão dos dias e caminhávamos as demandas.

Não nos víamos há pelo menos três anos, planejávamos nos encontrar em 2020, mas, como todo o resto, foi preciso esperar. Novamente estávamos andando e percebendo alguma coisa

aos passos. Almoçamos em uma churrascaria no Dois de julho, bairro de Salvador. Tudo me fez lembrar quando eu estava sempre ali, a comida, o burburinho, os rostos familiares, o calor. O encontro com Marcelo – depois com outras pessoas conhecidas no caminho, me firmou no entre lugar. Eu não estava mais ali como antes, meu percurso nos últimos tempos foi desenvolvido em outros lugares, com outras pessoas, sob o conjunto de novas possibilidades. O posicionamento entre passado e presente me oportunizaram caminho de escrita. Neste caminho, olho para o contexto de inspiração do trabalho e para o processo de pesquisa sobre o qual desejo contar.

Eu comecei falando sobre o doutorado, evidenciei que estava terminando, mas não sabia como contar a história da pesquisa nos quadros propostos pelo programa. Essa diferença é bastante evidente para mim, os modelos de organização da tese do programa onde estudo atualmente parece encaminhar mais para um relatório do que uma história compartilhada. Para mim, processos de pesquisa são histórias, elaboramos ideias, dizemos objetivos, submetemos aos termos éticos institucionais, pesquisamos, relacionamos a quadros teóricos, descrevemos... Quando desenvolvi minhas primeiras experiências de escrita acadêmica, não li muitos trabalhos prontos, compatíveis com modelos de monografia ou dissertação. Li alguns livros e artigos, então para propor uma estrutura pensava na história, na produção de um caminho narrativo que contasse os processos de pesquisa. Neste sentido, eu encontrava dificuldade em propor uma narrativa ou aproveitar a estrutura sugerida pelo programa.

Quando compartilhei a dificuldade Marcelo, aproveitando uma fresta nas minhas palavras aflitas, disse: “conta aí então o que tem na tese”. Eu pausei um pouco e fui me deslocando de onde estava, um lugar de confusão sobre os textos e modos de contar. A observação de Marcelo me deslocou para um relato sobre meu trabalho, precisei de energia. Depois de minutos de pausa e um gole de cerveja, comecei.

O trabalho é sobre religiosidade e espiritualidade na formação em saúde. Faz parte de um projeto mais amplo e está circunscrito, por ora, na graduação em medicina. O objetivo é descrever lógicas discursivas vinculadas a ideias de espiritualidade e religiosidade. Minha dificuldade com relação à história vem do modelo para escrita, mas também do meu próprio percurso de pesquisa. Duas coisas foram desafiadoras: a produção de momentos importantes para pesquisa ser feita à distância, por motivos da pandemia, bem como a prioridade de escrever em modelo de artigo, tendo em vista os requisitos de conclusão do doutorado. Fiz dois

artigos, acho que eles propõem reflexões interessantes, mas não realizam o caminho desenvolvido pela pesquisa. Ou seja, não contam a história. Finalizei lamentando sobre o quanto as relações narrativas fazem falta no texto.

Em uma nova pausa, depois de explicar os fundamentos da minha angústia, Marcelo faz uma segunda colocação: “Entendi, mas você me contou o que não tem. Me conta agora o que tem na pesquisa”. Poucas palavras e um novo giro de deslocamento. Aterrei firme na prática que estava propondo, mas contava meu trabalho pela perspectiva do que faltava. Para continuar precisei de outro gole de cerveja, também outros tons de energia. Eu sabia as contribuições, por que não disse antes? Não sei.

Eu acho que o trabalho aponta uma forma interessante para pensar religiosidade ou espiritualidade na saúde. Isso por conta do vislumbre que a antropologia propõe a estas questões. Em muitos circuitos de produção acadêmica em saúde, religiosidade ou espiritualidade são dimensões dos sujeitos, uma parte dentro das complexidades dos corpos/subjetividades, como em Toniol (2015). Neste sentido, tratar tais corpos, ou pensar saúde de modo integral estabelece atividades que precisam ser relacionadas também à dimensão da espiritualidade/religiosidade, do contrário, estarão incompletas. Para antropologia, em grande medida, a religião ou os fenômenos espirituais estão localizados na vida cotidiana e nos modos de vivê-la, podemos ver em Mello (2017), também Rabelo (2015). As religiões expressam formas de vida, estão em relação com as práticas profissionais, noções de ciclos e orientações morais, assim como oportunizam experiências de produção de subjetividades.

Com relação à proposta da dimensão do sujeito, a diferença é de território e de alteridade. Primeiro, para contingentes de produção na antropologia, o que chamamos de religião é o próprio enredo da vida no mundo. Grupos religiosos orientam práticas, julgamentos, interpretações, a partir da experiência em espaços sagrados, contextos de formação e vivência em comunidades. Estes mesmos contextos propõem modos de experimentação espirituais, como orações, rituais de iniciação ou práticas de contato com outros seres.

Então, a experiência – religiosa ou espiritual, é derramada na vida, construída diante de territorialidades onde estão as pessoas e as práticas que desempenham. No lugar de olhar pela lógica do sujeito, espiritualidade como a dimensão de si, a proposta é olhar pelo vislumbre da experiência vivida nas relações. Neste último caso, as espiritualidades/religiosidades apontam

para formas de viver, podem nos fazer pensar propostas de sociabilidade, relações com seres e experiências de formação. Sobretudo, não estão circunscritas às subjetividades, mas derramadas nos modos de produzir interpretações, relações sociais e experiências de julgamento diante do cotidiano vivido. Com essa perspectiva proponho também o contato entre modos de pensar sobre o mundo, a vida e as práticas em saúde, tal contato pode denunciar diferenças efetivas, também cenários de conflito. Com relação ao campo da formação, pode significar um problema ou não, dependendo das situações.

Em segundo lugar, a contribuição é viabilizada pela noção de alteridade quanto à espiritualidade. Se tratamos a noção como dimensão do sujeito, universalizamos a ideia de sujeito, não só o ente, também as partes que o compõe. No lugar disso, circuitos da antropologia propõem leituras álgas sobre essa ideia, o que acaba deslocando a categoria de espiritualidade. Esta passa a ser um elemento do olhar de quem propõe, no lugar de um fenômeno vivido por todos. Espiritualidade, neste caso, fundamentalmente é parte de um modo para pensar o sujeito, desenvolvido em alguns circuitos de produção em saúde. Para saber se as sociedades comungam noções de espiritualidade ou se os próprios sujeitos expressam tais dimensões, devemos propor diálogos contextuais. Segundo estes termos, podemos pensar em reflexões amplas, mas a partir do diálogo e da comunicação mobilizada por escutas profundas das características culturais e dos modos de vida construídos. Ou seja, perguntar em lugar de categorizar.

Por essas duas contribuições, o trabalho estabelece uma comunicação interessante. Escutei nas entrevistas reflexões que contextualizavam noções de espiritualidade ou religiosidade derramadas nas aulas que os docentes propunham, nas histórias clínicas que compartilhavam e em formas de pensar os elementos da saúde. No trabalho pude pensar os discursos religiosos em movimento de prática, enredados em interpretações, surpresas, experiências de negação e tentativas de formular conceitos. Foi a partir da perspectiva de que religião ou espiritualidade seguem derramadas nas práticas sociais dos sujeitos, como força de constituição dos elementos interpretativos, didáticos e dos modos de propor, que pude descrever arranjos reflexivos presentes no trabalho. Além disso, o ponto de partida fundamentado em ideias de alteridade permite observar formas de expressão, colabora com a descrição de diferenças interessantes e compõe a complexidade dos encontros no campo. Os discursos na pesquisa diferem por campos de religiosidade, bem como experiências de comunhão e formação.

Depois da resposta, Marcelo assentiu com o movimento de olhar e disse, ‘Aí, tem boas contribuições, a pesquisa’. Acabei percebendo que realmente havia um caminho interessante, para além do que sabia antes de contar. Esse dia foi significativo porque eu alinhei o passado de orientação e pesquisa ao presente no qual venho tentando escrever. A pesquisa foi construída pelo encontro entre antropologia e um campo de formação em saúde que apresenta características plurais quando compõe as propostas de formação. Além disso, também percebi o contexto profundamente marcado por transformações no qual produzi a pesquisa, a pandemia de Covid e suas ainda incontáveis realidades derivadas. As duas conclusões eram evidentes, mas pude materializá-las a partir do deslocamento que o dia revelou.

Por perceber a riqueza deste encontro gostaria de continuar descrevendo um pouco mais sobre a produção da ideia de pesquisa, seus lugares de mediações e desdobramentos a partir dos quais podemos pensá-los. Contar segue como exercício de realização dos vislumbres, entendo um pouco mais o campo e as questões quando compartilho.

### **Pisando devagar, hesitando as direções.**

Os encontros entre antropologia e formação em saúde, sobre os quais falei há pouco, foram fundamentais para minha presença neste projeto de pesquisa. Os eventos foram ocorrendo sem muita previsibilidade. Entrei como professor da escola no início de 2019. Havia uma discussão institucional sobre a produção de avaliação, a partir desta, fui convidado para pensar conjuntamente. Por lá propus uma pesquisa interventiva, ao tempo em que conhecíamos como os docentes realizavam suas avaliações poderíamos pensar caminhos alternativos para problemas que fossem identificados com relação a esta prática. Concomitantemente soube de um programa de doutoramento especial, para docentes da escola, perguntei como me candidatar, depois do processo, fui aprovado.

Quando entrei tinha o projeto sobre avaliação recém-construído, pronto para submeter ao comitê de ética, mas não tinha orientadora. Fui então apresentado à Mônica Daltro, hoje amiga e orientadora. Mônica contribuiu para reflexão e transformação dos caminhos do projeto. Conversamos brevemente em 2019, era final de ano, combinamos processos e leituras. No final, Mônica me perguntou se podia ler alguma coisa que eu tinha escrito e mandei minha dissertação. O encontro com Mônica e a leitura que fez sobre meu texto desenharam novas continuidades.



O trabalho que me refiro quando menciono a leitura de Mônica foi realizado na UFBA, de 2015 até 2019. Contextualizou a produção para minha conclusão de curso e minha dissertação de mestrado. Conto um pouco sobre estas produções para evidenciar as continuidades. Para apresentar volto um pouco no tempo.

Estudei ciências sociais na UFBA, de 2010 a 2015. Entrei sem conhecer o curso, leituras ou qualquer outra familiarização possível, de fato não conhecia o que estava ali. Escolhi o curso porque queria ser um bom professor, gostava de história, da ideia que tinha de sociologia e do som da palavra antropologia. Um professor num cursinho preparatório me influenciou para a opção de vestibular, depois de conversar comigo e notar minha disposição em aprender, misturada com ignorância profunda sobre quase tudo com relação à opção que escolhia.

Na faculdade tive a oportunidade de estudar com a professora Miriam Rabelo, antropóloga que desenvolve pesquisa em campos de saúde e religião em espaços de Salvador há alguns anos. Busquei aproximações por sua capacidade didática nas aulas, ficava evidente sua profunda relação com temas da antropologia, bem como seu detalhamento quanto aos processos de criação teóricos e enraizamento didático em exemplos. Sua aula era sonora, detalhada e comprometida em contextualizar processos de criação. Eu queria ser professor, não pude evitar o encantamento. Depois de alguns anos, Miriam me convidou para uma pesquisa no grupo de sociologia da religião. Aprendi muitas coisas com ela, sobre autores, textos e modos de pensar. Hoje sigo pesquisando a partir de instrumentos iniciados ali em seus grupos e orientações.

O trabalho era relativamente simples, à primeira vista. Devíamos ir a campo, qualquer casa de candomblé em Salvador, isso porque o projeto era sobre a produção de ética na vida cotidiana dos terreiros, posteriormente produziríamos relatos sobre o campo. Essa atividade nos ajudava a começar um exercício etnográfico a partir de relações entre texto e campo. Conservo até hoje as alternativas metodológicas que conheci nessa experiência prática. Porém, o percurso era também emocional, conhecer o desconhecido foi desafiador. Nunca havia estado em terreiro, com o processo entendi circunstâncias de aproximações, afastamentos e pontos de interesse que eu desempenhava com o campo. Um destes pontos de interesse se revelava quando estava na universidade e não nos terreiros. Na verdade, sendo mais analítico, era quando elementos dos terreiros se apresentavam dentro dos circuitos da universidade. Havia um conjunto de intersecções que eu não pude deixar de notar e me interessar. Gostaria de oferecer o vislumbre que tive.

De segunda a quinta eu frequentava aulas de metodologia, epistemologia e outras disciplinas cujas competências orientavam para construção de pesquisa científica e texto acadêmico. Essas aulas tratavam em grande medida da produção de objetividade, neutralidade e afastamento seguro entre campo de pesquisa, objeto e sujeito de pesquisa. Ou seja, a neutralidade científica e os distanciamentos axiológicos eram realidade na universidade de segunda a quinta. Na sexta-feira, dia de reunião do grupo de pesquisa, compartilhávamos relatos de campo com Miriam e outros pesquisadores, sempre pessoas que desempenhavam estudos sobre candomblé ou outras religiões. Este espaço configurava uma contradição com a relação às disciplinas que comentei, porque todas as pessoas que pesquisavam terreiros também eram religiosas e membras do candomblé. Ou seja, não havia distanciamento ou neutralidade, mas profundas aproximações.

Meu interesse foi sobre este fenômeno. Eu queria saber como era pesquisar de modo tão próximo uma realidade íntima, profundamente cotidiana, ao mesmo tempo lidar com contradições metodológicas e epistemológicas propostas pelo ambiente acadêmico, como a recomendação do afastamento do campo ou o exercício de evitar vieses. Então produzi um estudo cujo objetivo direcionava interesse para trajetória acadêmica destes sujeitos. Com isso aproximei dois campos de estudo na antropologia, os de religião e os de ciência. De várias maneiras, o modo como estes sujeitos produziam pesquisa revelava bastante sobre ambos os circuitos de investigação.

Pude acompanhar como as experiências religiosas e acadêmicas se interferiam mutuamente, formavam outra composição de espaços em seus processos. As trajetórias dos terreiros até a atividade de pesquisa, deixavam evidentes essas anunciações. Para pensar trajetórias, me inspiro em Peirano (1995). Uma delas conta sobre o religioso que perde o contato com os orixás, seres que ocupam e produzem espaços de candomblé, quando produz pesquisa a respeito das relações dentro do seu terreiro de pertencimento. Neste caso o contingente científico interrompe o contato religioso, a linha de vínculo sagrado é cortada. Em outra, o orixá recomenda ao fiel a participação em uma seleção de mestrado, o fiel obedece e contempla aprovação, por lá desenvolve uma pesquisa sobre um terreiro em Salvador. Ao longo da pesquisa vai assumindo responsabilidade até se tornar pai de santo, sacerdote responsável pelo terreiro que pesquisava. Neste caso, a pesquisa foi uma linha possível para aprofundamento de práticas religiosas. As linhas são imprevisíveis, seguem se interferindo na produção destes espaços.

Volto no tempo. Agora estou em uma conversa com Mônica em chamada de vídeo, no início da pandemia, foi nossa segunda conversa de orientação e ela tinha lido esse trabalho que menciono acima. Nós falamos inicialmente sobre a quarentena, as transformações e o desespero, havia uma expectativa pessimista naqueles dias. Digo isso porque, além de nossas vozes, o terreno da pandemia fazia som na conversa, em nossas realizações de futuro e nas contribuições possíveis que poderíamos cultivar. Neste lugar, Mônica me perguntou, ‘é essa a contribuição que você quer dar ao campo da saúde? Gosto do seu projeto sobre avaliação, mas é isso mesmo que quer fazer?’

As palavras ativaram algo como um senso de propósito e de continuidade. Poderia, afinal, criar alternativa para pesquisa, uma linha de seguimento para o trabalho anterior, a dissertação de mestrado. Eu achava o trabalho anterior original, importante, mas foi produzido em prazos curtos. Assim, tinha interesse em propor diálogos contínuos, duráveis sobre a experiência religiosa dentro da formação acadêmica. Aceitei prontamente.

Havia um projeto sendo pensado no grupo de pesquisa que Mônica coordenava. A ideia era estudar relações entre espiritualidade e religiosidade em alguns contextos de formação. Mônica observou como meu trabalho anterior tinha diálogo com esse projeto ainda em formulação e como poderíamos enredar parceria a partir deste lugar. Então, havia um diálogo interessante a ser desenvolvido.

Fui capturado pela ideia por dois motivos. Primeiro, eu estava interessado em continuidades possíveis do trabalho anterior. Como tratei no parágrafo acima, ainda haviam pesquisas a serem feitas a partir desse tom de curiosidade que permitisse escutar profundamente sobre nossas práticas de formação em relação a noções de religião, espiritualidade e contextos de práticas sagradas. Por exemplo, poderíamos perguntar: Como dosávamos nossa formação religiosa ou familiar nas propostas de formação acadêmica? Superamos a educação católica? Ou continuamos ensinando saúde alinhados aos termos cristãos de cuidados?

Segundo, eu fiquei movimentado pelo final de nossa conversa, quando formulamos uma pergunta. Explico o caminho. Produzimos um objetivo para compor o projeto, descrever lógicas religiosas presentes no discurso docente na formação em saúde. Esse objetivo desdobrou em uma pergunta durante nossa conversa. Não há dúvida de que elaboramos relações entre religião, espiritualidade, vínculos entre os campos de prática sagrada e acadêmica. Mas, quais são as lógicas religiosas aceitáveis para habitar a formação em saúde?

Em uma orientação reflexiva crítica da história colonial, existem as práticas sagradas que habitam e as que são extintas. Então, como saber sobre tais práticas dentro da formação? Essa pergunta me firmou em interesse e compromisso com o novo projeto. E ecoa até hoje, quando estamos com parte da pesquisa encaminhada em processos e resultados. A pergunta reivindica compromisso ético e durabilidade para a pesquisa.

Detalho a estrutura da ideia, a fim de contextualizar um pouco mais, como ficamos depois do projeto pronto. O projeto atenta ao campo de formação de medicina e psicologia, bem como a prática clínica de psiquiatras. Meu pedaço de pesquisa envolve a prática docente na formação em medicina e psicologia, no entanto, para o doutorado fico com medicina. As escolhas são fruto de nossas hipóteses construídas a partir da experiência nestes campos. Eu era professor nos cursos de saúde há um ano quando conversamos sobre o projeto pela primeira vez. Mesmo com pouca experiência tentei construir hipóteses.

Não lembro como nossa conversa acabou. Depois dessa tivemos outras muitas, são muito importantes para os dias. Mônica é uma amiga, orienta percursos acadêmicos com afeto e consistentes linhas de construção, bem como das trajetórias para formação. Mas a proximidade e relação de amizade faz orientar ainda mais, vivemos os dias de pandemia compartilhando textos, problemas, ideias, músicas, contando sobre as entrevistas e pensando as direções dos projetos, dos problemas e da vida. Acho que não lembro do final da conversa porque ainda estamos conversando.

Gostaria de aterrorizar o que conto em uma observação. Os encontros com Mônica e com Marcelo foram fundamentais para que eu pudesse construir as pesquisas e os caminhos de narrativa que descrevo agora. Ou seja, como fiz e como conto. Por isso marco as presenças e os diálogos que tiveram uma força de deslocamento em minha experiência de trajetória. Nos termos de Favret-Saada (2005), fui afetado por tais conversas. Porque produziram deslocamentos e mobilizaram direções em mim. A partir destas conversas pude contar sobre a produção de dois trabalhos, que formam conexões entre si, estabelecem continuidades produtivas. Os trabalhos que contextualizei podem desempenhar diálogo para fundamentar uma produção sobre espaços acadêmicos e experiências de formação. Quais são as experiências que produzem formação na universidade atualmente? Seguimos perguntando e tentando responder.

Um diálogo entre as duas experiências de pesquisa pode ser estabelecido a partir da construção de questões. No meu primeiro trabalho, só pude perceber depois de leituras com amigos e

amigas, havia uma pergunta implícita. O que o conhecimento acadêmico faz com o sujeito religioso? De fato, a narrativa construída em forma de trajetória faz pensar questões relativas ao conhecimento. Portanto, falamos das transformações e construções desenvolvidas pelos sujeitos durante a trajetória. O percurso acadêmico afeta as relações sagradas e subjetivas.

No trabalho atual pude ver que ainda há um terreno a mais, as experiências destes sujeitos também transformam circuitos de formação acadêmica. Assim, podemos seguir para o terreno da formação médica, neste derivam outras perguntas. O que conhecimentos religiosos fazem com os espaços acadêmicos? Transformam experiências de formação? Colocam o conhecimento científico em risco? Comprometem a prática de laicidade? Para cada pergunta algumas respostas posicionadas, experiências didáticas, entendimentos quanto à natureza do conhecimento compartilhado na formação e compromissos com a ciência. Para cada resposta, ideias sobre saúde e relações descritas. Os trabalhos seguem construindo pistas sobre essas perguntas, ativando caminhos dentro de exercícios descritivos, desembocando em territórios e práticas.

Aqui conto como as ideias de projetos foram viabilizadas por encontros, conversas e deslocamentos. Bem como a pesquisa foi movimentada por questões, as mesmas continuam vivas. Ambas oportunizam a produção de um campo de estudos a se explorar. Qual seja? As relações religiosas, espirituais ou com ideias de sagrado vivas dentro de experiências de formação. Tais relações podem existir em um escopo bastante amplo de possibilidades, bem como estão em contínua produção. Seguimos escutando este campo em seus problemas e soluções.

## INTRODUÇÃO

### Como começar?

Este trabalho é fruto de um amplo projeto que envolve o estudo das categorias religiosidade e espiritualidade em práticas e formação da saúde. Dentro deste projeto, o trabalho seguiu circuitos de formação de uma Escola de Saúde específica, localizada na cidade de Salvador, região nordeste do Brasil. Para produção, o diálogo com os sujeitos de pesquisa e suas ideias sobre religiosidade, religião e espiritualidade foram pontos de partida fundamentais. No entanto, as ideias de religião e seus derivados semânticos parecem compor um campo difuso, pouco marcado por caracterizações objetivas. Demarcar um ponto de partida é uma tarefa desafiadora.

Como começar a falar sobre religião ou religiosidade? O tema movimentava muitas práticas, ideias em campos sociais, assegura coesão em coletivos, inclusive em espaços de formação em saúde. Mesmo assim, sua relevância é ambígua, porque ao tempo que ecoa nas relações, também está vinculada a um conjunto menos expressivo de processos e ideias. Ao passo que decidimos, construímos ideias e julgamos moralmente a partir de vieses religiosos, também inferimos sua discussão a uma esfera filosófica irrelevante. Dessa forma, em muitos espaços, cultivamos, diante do tema, alguma ingenuidade.

A dificuldade em começar não está associada apenas a tal ambiguidade. Mas, também a uma expressão fugaz em seu conceito. Não temos muitos exercícios de definições sobre o que seja religião. Temos alguns, veremos a seguir e discutiremos sua profundidade e amplitude. No entanto, muitas vezes a ideia de religião aparece como uma esfera anterior aos argumentos, como se representasse uma experiência social comum às diferentes culturas. De todo modo, o que é religião acabou tornando-se uma pergunta pouco produtiva, quando se estão em pauta as relações desenvolvidas diante dos processos que constituem alguma comunidade chamada de religiosa. Assim, alguns teóricos tratam dos fenômenos religiosos sem definir o que seria religião.

Weber (2009) escreveu neste e em outros muitos trabalhos sobre fenômenos religiosos, mas ele não definiu religião para isso. Seu ponto de partida eram fenômenos sociais demarcados,

algumas vezes ‘tipos ideais’ para uma retórica metodológico/teórica, algumas outras, exemplos sociais vigentes, processos históricos. Definir religião foi, em seus textos, papel social e não teórico. Weber define a partir da cultura e não da teoria.

Isso significa dizer que alguns fenômenos culturais são reconhecidos como religiosos ou espirituais, mas este reconhecimento parte mais de olhares de cultura, e menos de elaborações teórico sociais efetivas. Em uma perspectiva antropológica, todos os olhares partem da cultura, entretanto, me refiro aos estudos acadêmicos na colocação anterior. O esforço, em muitos estudos na Antropologia e Ciências Sociais, é de pensar os fenômenos sem determiná-los como religiosos por conceito acadêmico que antecede a reflexão ou pesquisa. Como o estudo de Weber (2009), falar de processos capitalistas a partir dos contingentes vividos por calvinistas. A questão era tratar as relações sociais e não as determinar como religiosas. Mesmo assim as relações já marcavam esta característica, por motivo dos próprios contingentes na experiência dos sujeitos.

Essa pode ser uma contribuição oportuna disponibilizada pelas Ciências Sociais para pensar ideias de religião, religiosidade. Trata-se de pensar formas de vida que podem estabelecer relações sagradas, comunicações com outros seres, pactos, processos... como este trabalho é uma pesquisa qualitativa, é oportuno estar junto, propor diálogo para, através deste, formular o que pode ser religião, religiosidade ou espiritualidade. Por isso a classificação mais adequada, seguindo essa contribuição, é de que também estes fenômenos que reconhecemos como religiosos são modos de produzir relações com contextos específicos. São modos de vida, culturas, contextos onde se compartilham significados e relações.

A pergunta se desdobra. O que há em determinados espaços que nos faz reconhecê-los como religiosos? Ou em uma experiência para definirmos como espiritualidade, religiosidade? Dentre muitas coisas, podemos responder por meio de processos históricos, definições institucionais ou comunicações acadêmicas. Como marquei anteriormente, o exercício de definir religião não é muito comum, mas existe e pode produzir influências neste sentido. Assim, a resposta para esta questão está na cultura, no modo como elaboramos e construímos relações, agrupamentos, associações de conhecimento. São os olhares culturais que permitem o reconhecimento e a caracterização de tais pertencimentos.

No campo da antropologia existem autores que descreveram definições sobre religião. Guerreiro (2013) nos ajuda a recordar de Eduard Taylor, autor evolucionista, inserido no circuito teórico que estudava as populações não ocidentais a partir da hipótese de que estavam

em estágios evolutivos primitivos. Ou seja, a Europa representava o último estágio evolutivo e os outros povos agrupavam estágios anteriores. Nestes estágios, havia o fenômeno religioso em suas formas primitivas. Taylor define como ‘a crença em seres sobrenaturais ou espiritualizados.’

James Fraser, outro autor da mesma escola teórica, aponta que a magia é uma forma primitiva de ciência, que fracassou pela sua precocidade. Essa forma fracassada dá origem a religião no lugar da ciência. Então a religião foi definida como uma consequência do fracasso da ciência. Embora estes autores representem uma tendência teórica sobremaneira etnocêntrica, por avaliar todos os povos diferentes a partir de uma lógica de superioridade da própria experiência social, essa marca não se afasta completamente do circuito acadêmico. Guerreiro (2013) observa a produção de tendências acadêmicas a partir da influência do Evolucionismo, como a Psicologia Cognitivista. A ideia de ciência segue marcada por este traço etnocêntrico evolucionista.

Durkheim, clássico das ciências sociais como um todo, por contribuir para institucionalização das Ciências Sociais, chega a produzir uma leitura do conceito. A produção deste autor marca um afastamento com relação aos autores anteriores por propor uma leitura das sociedades em si mesmas, deslocando em alguma medida a ideia de que um traço de evolução corta as sociedades. Em ‘As Formas Elementares da Vida Religiosa’ o autor demarca religião como uma distinção entre sagrado e profano. A partir desta caracterização, Durkheim produz uma análise social marcada por complexidades. Nas descrições do trabalho, o autor apresenta uma complexidade maior do que sua distinção classificatória anuncia. Há uma teia de relações nos detalhes e uma estrutura binária na classificação, a definição não dá conta do fenômeno que é descrito. Há muito mais do que separação entre sagrado e profano no contexto anunciado pelo autor.

Marcel Mauss também passeia pela ideia da religião. Seu caminho parece sinalizar elaborações como as mencionadas parágrafos antes, opta mais por descrever formas de vida, e menos por uma classificação categórica como maneja Durkheim em sua definição. Mauss (2003) descreve formas de pessoas em um texto clássico da Antropologia. As pessoas seguem como observações quanto às subjetividades e maneiras de descrever relações com as quais estão dispostas. A partir de contextos rituais, como em outros trabalhos, exemplo de ‘Ensaio Sobre a Dádiva’, Mauss observa relações de subjetivação mediadas pelas contingências diante de rituais. O ritual é a marca social, contexto exterior compondo relações com os sujeitos. O autor



descreve, dentre as classificações ‘A pessoa cristã’ demonstrando como religião ocidental pode ser uma categoria social e um campo de subjetivação.

O estudo apresenta noções de pessoas e desenvolve uma tendência muito constante na antropologia atual. O caminho parece continuar pela via da produção de descrições de subjetividades, muitas vezes quadros etnográficos que relacionam subjetividades e alteridades. Estudos mais recentes elaboram etnograficamente a categoria de pessoa, como se constroem determinadas relações ou habilidades. Temos Goldman (2003) que trata da noção de pessoa no candomblé Brasileiro quando descreve modos de aprender dentro dos terreiros de candomblé. Ou Rabelo (2015) que apresenta características desenvolvidas também em espaços de terreiro, mas pensando na produção de habilidades específicas, como ‘aprender a ver’. A produção de subjetividade é disposta ao campo da contingência e da prática, no qual se faz a partir dos eventos propostos pelo campo.

Assim, em trabalhos etnográficos atuais, o conceito de religião segue relativo no sentido do seu exercício classificatório. Mas as formas de descrever relações sobre as contingências durante processos sociais-culturais, como de socialização ou construção de habilidades, são mais efetivas. Nestas, a religião segue como fenômeno cultural, o olhar contextual que classifica, e como um campo de produção de relações e subjetividades... Por isso é mais recorrente e oportuno pensar as religiões em incursões de campo, quando a identidade religiosa é uma afirmação nativa, ou seja, compartilhada pelas pessoas pertencentes ao grupo em questão. Em outras palavras, estudar os grupos sociais que se definem como religiosos para entender o que estes chamam de religião e o que podemos aprender com tais anunciações. O que demandam, configuram, interpelam... Ou seja, o que podemos aprender sobre o conceito de religião, ou seu exercício a partir das experiências das pessoas e coletivos que partilham estes contextos.

Neste sentido, as experiências etnográficas são recursos importantes porque podem, a partir da convivência, descrever conceitos, proposições e relações que tais observações conjugam. Podemos, a partir dos exercícios de pesquisas de campo, nos aproximar de modos de expressão religiosa, bem como as associações que estas experiências singulares criam. Assim fazem algumas etnografias realizadas em contextos religiosos, como Mello (2018), Rabelo (2014). São materiais de inspiração para realizar este trabalho.

As etnografias da religião e da saúde são recursos importantes para pensar fenômenos religiosos e ideias de religiosidade, espiritualidade, porque viabilizam a comunicação e convivência como fonte de elaboração dos fenômenos sociais. Tais métodos são pontos de

partida fundamentais para realização deste trabalho porque compõem ideias, inspiram estratégias para prática da pesquisa e viabilizam leituras dos discursos produzidos em campo.

Dentre etnografias nestes campos de estudo, gostaria de observar uma específica, por motivo das tensões que ela provoca entre os conceitos de religião e espiritualidade. Tais tensões são oportunas neste trabalho. Trata-se de Toniol (2017), este pesquisador tem realizado etnografias que ajudam a pensar as relações entre espiritualidade, religião e saúde, por isso mesmo demonstra o trânsito dos conceitos que marcamos.

O trabalho sublinhado descreve o uso da terapia reiki em um hospital oncológico de Porto Alegre. O reiki é definido pelos sujeitos que propõem sua prática como um recurso de imposição de mãos que ativa a espiritualidade dos sujeitos. A partir desta definição marca duas observações, todos os sujeitos têm espiritualidade que pode ser acionada para cura. Assim como, espiritualidade é diferente de religião – independente da religião que tenha o sujeito, este pode ser beneficiado pela terapêutica. Como deixa evidente Toniol (2017), as relações entre espiritualidade e religião se tensionam a partir da prática do reiki. Isso porque se os que propõem a terapêutica a definem como espiritual, os que a recebem passam a limitá-la por motivos religiosos. Ao passo que os movimentos de imposição de mãos tornam-se mais expressivos, os pacientes religiosos recusam o tratamento e reconhecem a prática como religiosa, ou agressiva para sua própria religião. Espiritualidade e religião marcam divergências entre olhares no hospital. Dentre as questões que a descrição levanta, uma delas é segura, o trabalho evidencia-se pela incursão etnográfica, o campo contínuo viabilizou o vislumbre de ambiguidades, religião e espiritualidade transitam entre si.

A escolha pelo diálogo com Antropologia e Etnografia é motivada pelo meu próprio exercício acadêmico e percurso de formação. Sou Antropólogo de formação e entendo a etnografia como recurso metodológico, por oportunizar contato permanente com sujeitos e contextos de pesquisa, bem como recurso epistemológico por mediar noções de conhecimento. O que significa dizer que a etnografia segue interessada pelas relações e formas de produzir conhecimento dispostas nos campos de estudo. Inclusive as formas de conhecer religiosidade, espiritualidade e as relações produzidas a partir destas, como ficou apresentado no trabalho descrito no parágrafo anterior. Espiritualidade e religião não só figuram questões diferentes como mudam o vislumbre a partir da prática imposta.

Ademais, este trabalho percorre caminho semelhante porque trata de ideias relativas a religião e seus derivados, espiritualidade e religiosidade. No entanto envolve outras características. O

circuito de estudo desenvolvido aqui é uma Escola de Formação em Saúde, de modo que o trabalho desenvolve diálogo com docentes e discentes acerca de lógicas discursivas sobre religiosidade ou espiritualidade quando na formação em saúde.

O estudo descreve um território de formação e segue atento à produção de relações com religiosidade e espiritualidade. Isso demarca uma zona de confluência fronteira quanto às relações de diferentes conhecimentos, também de diferentes posicionamentos. Por isso, distintos circuitos de produção acadêmica colaboram com diálogo para produção deste estudo. Como etnografias da educação, da ciência, saúde e religião, além de outros estudos qualitativos.

Voltamos ao início, como começar a falar de religião? Perguntar me parece uma boa oportunidade para começar. A religião e seus derivados são olhares culturais, então vamos perguntar como os sujeitos de cultura deste campo entendem tal conceito. Ou melhor, como definem essas ideias e onde veem sua prática se realizando. Para depois pensar um conjunto de consequências que tais colocações denunciem, produzam, conjuguem ou ensinem.

Nesta atitude se marca outra aproximação com Toniol (2017), quando destaca ideias de religião e espiritualidade. O autor nos traz ao contexto Asad (2001) para vislumbrar que a religião é produto histórico situado, bem como o conceito de espiritualidade, ele mesmo produto de contingências sociais. Para descrever de modo mais expressivo o autor apresenta uma observação de Asad, *'definir espiritualidade é antes de tudo um ato'*. Tal anúncio demonstra tanto que a espiritualidade ou religião seguem como produtos históricos, como também fundamenta a importância de perguntar sobre tais conceitos quando se pretende criar pontos de partida discursivos. Assim foi feito.

Em sequência apresentamos um roteiro: os objetivos do trabalho, a metodologia a partir da qual foi realizado, posicionamentos teóricos quanto às religiosidades, espiritualidades, contribuições etnográficas e resultados da pesquisa, ou seja, artigos produzidos. Ao fim, discussões e conclusões do trabalho.

Dentro deste roteiro oferecemos a tese de que a religiosidade, religião e espiritualidade aparecem no campo das relações em fronteiras pouco marcadas, de modo contínuo. Revelam ser conceitos semelhantes, cambiáveis. Bem como estão em prática na vida cotidiana, dentro das relações de formação, seguindo circuitos de conexão relativos ao próprio campo. Tal tese esta demonstrada na forma de quatro artigos.

## **OBJETIVO**

Identificar e descrever categorias relativas à religião ou espiritualidade no cotidiano de uma Escola médica no contexto da formação em medicina.

Este objetivo foi desenvolvido a partir de quadros descritivos, quais sejam:

Lógicas viabilizadas por expressões conceituais, desenvolvidas na maioria das entrevistas, quando os sujeitos exercitaram modos de conceituar religiosidade, espiritualidade, ou usaram substantivos importantes para descrever contingentes de saúde.

Outro quadro circunscreve situações em que os elementos de religiosidade e espiritualidade caracterizam histórias desenvolvidas nas experiências em espaços de saúde, clínicas, hospitais, escolas. Tais histórias, significam na pesquisa muitas oportunidades de diálogo, figuram exemplos e tem poder didático.

## **METODOLOGIA**

### **Metodologia qualitativa e etnografia**

Este trabalho foi desenvolvido pela prática de pesquisas qualitativas associadas. Entrevistas semiestruturadas, rodas de conversas e etnografia. Tais processos foram importantes para produção de informações, com base no contato com os sujeitos e no diálogo com eles. O ponto de partida para produção do diálogo, das narrativas e dos textos seguintes foi a observação, e os relatos compartilhados pelos sujeitos que participaram da pesquisa, assim como os contextos das entrevistas e rodas de conversa, as incursões em campo e demais contingentes oportunizados pela imersão durante o estudo.

As rodas de conversa estabeleceram contato com estudantes. Com essa metodologia, o conteúdo e a interação entre os sujeitos é fonte de informação. Esta proposta foi inspirada em Figueirêdo (2012) e analisada a partir dos processos vistos em Bardin (1997), contudo, sem perder de perspectiva as contribuições etnográficas que demarcam tais interações como evento amplo.

As entrevistas foram fundamentadas em Kofes (2014), por apresentar associações entre o que se relata, conteúdo, com o modo como se relata, a forma da expressão. Assim, a autora viabiliza uma relação entre entrevista e etnografia. A partir desta podemos entender a entrevista como evento. As entrevistas partiam de um contexto proposto, geralmente o exercício reflexivo de definir espiritualidade, religiosidade e relacionar ao contexto de formação, por conseguinte, graduava para uma conversa cujos caminhos temáticos poderiam ser decididos mutuamente. Essa proposta de entrevista ajudou a pensar as mediações desenvolvidas no campo em relação ao tema, ou seja, onde e com quais práticas o tema da religiosidade e espiritualidade compunha.

A etnografia como instrumento de imersão, narrativa e diálogo também foi inspirado em Peirano (2014) por pensar caminhos etnográficos a partir da produção de questões com relação ao campo. Bem como por Mello (2021) por viabilizar retratos etnográficos em histórias e demonstrar como estas compartilham, situam formas de solucionar, conviver ou cuidar de problemas. Além destes, também marco inspiração em Albert, Kopenawa (2010) pela forma como tornam relatos em escritas etnográficas profundas, oportunizando outras formas de colaborar autorias e narrativas.

Neste sentido, as entrevistas e rodas de conversa foram entendidas como evento e imersão, importava todo contexto da comunicação. As colaborações foram gravadas e escutadas em

outras oportunidades, algumas entrevistas foram realizadas mais de uma vez por inspirar novas questões.

Durante a narrativa, compartilho impressões etnográficas, anotações do caderno de campo, para contextualizar melhor o espaço e algumas relações vislumbradas. Assim, segue fundamental o uso do texto para compartilhar as relações e experiências de campo, sem perder de vista o objetivo descritivo do trabalho com relação às lógicas religiosas presentes no currículo. A etnografia produz conhecimento a partir da imersão e do compartilhar de processos e deslocamento de olhares que estão apresentados em cada um dos artigos oportunizados.

### **População de estudo**

Participaram do estudo dezoito professores e professoras do curso de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Todos colaborando com a realização de entrevistas. Algumas pessoas realizaram mais de uma entrevista, de modo que ao todo foram vinte e três.

Também participaram oito estudantes agrupados em duas rodas de conversa, quatro em cada uma. O método para a formação destes grupos foi a técnica não-probabilística, Snowball. Na qual os participantes indicam alguém para colaborar, o ponto de partida é o próprio pesquisador. Essa técnica também foi utilizada para selecionar grande parte dos docentes. Todavia, alguns encontros foram situados em outras configurações, marcadas pela própria experiência do campo, como diálogos em aulas, trabalhos em comum ou compartilhamento em espaços de pesquisa.

### **Considerações éticas**

O estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. Os participantes assinaram TCLE. Mesmo assim os nomes foram modificados para fins de produções textuais.

## **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

Ingold (2015) constrói uma imagem que ajuda a pensar contextos sociais, por demonstrar complexos de associações. A imagem que me refiro é a ‘Malha’. O autor apresenta Malha como um emaranhado de fios, estes oportunizam vislumbres de caminhos, bem como uma imagem de composição do próprio mundo. Pensar movimento e ação a partir desta é conhecer como as forças estão dispostas nas linhas, em um contexto de interação. Também significa afastar-se de algumas caracterizações binárias, como forma e essência, dentro e fora, natureza e cultura. A Malha é o tecido que vai compondo o mundo e a vida, por isso nos ajuda a descrever relações do campo.

Tal imagem é interessante por oferecer leitura complexa do campo, no qual as relações não são evidentes ou monotéticas. Ideias de religiosidade ou espiritualidade podem estar associadas a contingentes inesperados, como estiveram em algumas oportunidades dos diálogos produzidos. Essa imagem teórica ajudou a pensar algumas questões durante a realização do estudo. Por exemplo, quando as expectativas dos profissionais de saúde não corresponderam à realidade da experiência religiosa dos sujeitos durante situações clínicas. Assim também contextualizamos a imagem da Malha como reforço para apresentar os contingentes do campo, marcado por relações de diferentes ordens. A Malha fundamenta o emaranhado das relações e orienta como demonstrar que a realidade do campo é envolvida por experiências diferentes, além disso contextualizam formas de expressão neste estudo.

Algumas observações sobre o campo ajudam a posicionar os fundamentos teóricos expostos a seguir, vejamos. O tema do estudo, dentro da formação em saúde, apresenta vínculos institucionais, como as orientações jurídicas que alinham as expressões de formações ao SUS, a OMS e ao Código de Ética médico, instâncias jurídicas que atravessam o tema. Esta é uma via de apresentação dentro da formação, são alguns fios da Malha. Além disso, os docentes também fazem colocações quanto a contextos religiosos, exercitam elaborações e associam diferentes campos de conhecimento ao formular arguições, demonstrando outro fio de relações. Também contam histórias clínicas, exemplos vividos nos espaços da saúde que revelam encontros marcantes, configurando assim, reflexões em saúde e compondo outra linha da malha. Podemos seguir pelas observações feitas pelos estudantes, alguns debates e situações de tensão ou processos desenvolvidos a partir de ideias de laicidade. Todas estas observações compõem o campo e configuram uma complexidade profunda.

Não pretendemos esgotar esta complexidade, ao contrário, pretendemos demonstrar como esta não é finita, segue em movimento. Dentro do processo de desenvolvimento dos diálogos, este

movimento do campo se apresentou de várias formas, como a revisão de colocações feitas em entrevistas, também a mudança dos caminhos descritivos. O campo é vivo e segue sendo constituído.

A seguir propomos uma contextualização do campo e dos temas que este articula. Primeiro, os vínculos e conteúdos institucionais que se realizam na formação em saúde. Segundo, o que os trabalhos da Educação Médica e dos circuitos de saúde contribuem quanto ao tema. Terceiro, onde é este campo, um pouco da sua história, bem como outras contribuições teóricas relevantes para construção do texto.

### **Os vínculos institucionais**

A OMS, Organização Mundial da Saúde conceitua saúde desde 1998 como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social. Apresentando assim uma perspectiva que associa caráter de movimento ao conceito. Bem como, detalhamento que exprime diferentes experiências. Deste caráter, gostaria de observar duas coisas: uma delas é a ordem do detalhamento, o ponto de partida é o físico, mas o espiritual antecede o social. Não há nada nos documentos da instituição que façam referência à ordem de sua caracterização. As pontuações parecem oferecer uma indissociabilidade. No entanto, uma destas nos interessa sobremaneira.

A espiritualidade, ou bem-estar espiritual marcado no conceito, enreda vínculos entre o conceito de saúde proposto pela OMS e os espaços de formação em saúde. A espiritualidade como categoria que compõe essa perspectiva de saúde acaba contextualizando práticas de religiosidades e debates sobre religião. Apresentam-se como coisas diferentes, mas em vários momentos transitam. Anteriormente marcamos como o conceito de religião era cercado por noções de espiritualidade. Tal conceito, além de criar debates nos espaços de saúde, também demarca posicionamentos institucionais.

É importante observar que essa definição de saúde composta também pela espiritualidade foi disposta a partir de relações tensionadas e divergentes. Ou seja, saúde nestes termos não foi veiculada em uma decisão unânime, mas em um debate fervoroso. Toniol (2017) nos contextualiza, desta vez em uma pesquisa documental, nas atas de reuniões da OMS. Nesta pesquisa aponta uma distinção analítica valiosa, a espiritualidade dos outros e a espiritualidade de todos. Tal distinção demonstra como as posturas da OMS marcaram relações distintas com determinadas práticas espirituais ou religiosas. Quando em territórios específicos de Ásia ou



África as práticas nativas eram reconhecidas como relevantes para saúde, não obstante posicionadas naqueles territórios. Quando tratavam de outras práticas, o autor marca o caso da yoga, os membros da OMS recomendavam para todos os humanos sem distinção, práticas para todos. Como umas práticas eram possíveis de se universalizar e outras não?

Essa questão é fundamental, mas não é discussão aqui. Gostaria de marcar a OMS como uma instituição em construção, posicionada a partir de decisões e debates. Toniol (2017) marca a OMS como uma instituição criada depois da segunda guerra, com o objetivo de coordenar ações de atenção à saúde, como destaca o autor, fundamenta-se na ação de “*instituir normas e padrões de atendimento, articular políticas de gestão da saúde, prover suporte técnico e monitorar as ações locais de seus Estados-membros*”

O autor também observa que a OMS destaca o conceito de espiritualidade logo depois de sua criação, em 1948 já propõe a saúde espiritual da criança. Além disso houve um diálogo institucional próximo entre OMS e a CMI – Conselho Mundial de Igrejas, instituição internacional que conduziu projetos de saúde em territórios da África, Ásia e América Latina. Tal relação demonstra como a OMS estava posicionada no Ocidente europeu em relação aos outros territórios do mundo, isso porque a CMI é uma providência Europeia que viabiliza práticas de saúde em territórios distintos do seu. É a partir desta relação contextual que o autor marca analiticamente a *espiritualidade dos outros*.

Neste interessante exercício de descrever relações que levam a posturas institucionais o autor também localiza a reunião na qual o conceito de saúde envolvendo espiritualidade foi anunciado. Neste caso destaca alguns discursos posicionados a favor e contra o conceito. Referenciando, destaco alguns dentre os observados pelo autor.

**Dr. Hamdan (Kwait).** *Eu achava que nem era preciso dizer quão importante é a dimensão espiritual para o bem-estar do homem, especialmente considerando os sentidos de pertencimento a uma comunidade que essa dimensão gera.*

**Dr. Houénassou-Houangbé (Togo).** *Fico um pouco surpreso com toda essa discussão sobre um projeto de resolução que já deveria ter sido votado e aprovado. Como médico e trabalhador de saúde não entendo o porquê da ideia de dimensão espiritual ofender algumas pessoas, ou por qual razão alguns parecem acreditar que isso tem como objetivo criar uma religião dos cuidados primários em saúde. Como acabamos de sugerir, a dimensão espiritual pode ser qualquer coisa, desde o ateísmo mais puro até o mais puro fanatismo.*

*Dr. Savel'Ev (URSS). Manifesto-me sobre o projeto de resolução da dimensão espiritual nos programas de cuidados de saúde. Minha delegação tem todo o respeito pelas opiniões religiosas dos delegados. Os aspectos religiosos certamente desempenham um papel importante na organização dos serviços de saúde em alguns países — embora enfatizo que esse não seja universalmente o caso. No entanto, um encaminhamento dessa natureza ao Diretor-Geral poderá colocá-lo em sérios problemas, uma vez que há uma grande diversidade de perspectivas religiosas no mundo e seria extremamente difícil para ele levar todas elas em consideração na preparação do texto dos programas sobre cuidados primários em saúde. Uma solução melhor seria que cada Estado-Membro interessado tomasse medidas próprias sobre isso quando planejarem seus programas nacionais de atenção primária. Caso contrário, eu teria que apresentar inúmeras emendas a essa resolução. Só depois dessas emendas esse projeto de resolução poderia refletir a posição de minha delegação e de vários países de nossa região.*

Toniol (2017) marca duas observações para concluir o texto. A maioria dos membros na reunião em questão define que a espiritualidade é uma dimensão da pessoa, sendo assim, para produção de saúde a espiritualidade deve estar em destaque no cuidado. O próprio autor conclui que espiritualidade e religião são categorias relacionadas a outras coisas, reveladas na interação social, como também argumento aqui. Em consequente, o autor aponta que o debate na OMS demonstra a relevância da categoria espiritualidade, mesmo que esta não seja elemento universal.

Para fins deste trabalho o objetivo com essa contextualização é posicionar a própria OMS, muitas vezes disposta como ponto de partida das definições em assuntos de saúde, como contingente em tensão, dúvida e discordância e tensionamentos como as malhas propostas por Ingold. A votação que define o conceito de saúde nestes termos termina com 80 votos a favor, 33 contra e 12 abstenções. Assim, seguimos para o que este conceito faz aos processos em saúde e como dispõem vínculos institucionais.

Stern (2017) trata sobre os vínculos desenvolvidos ente OMS, SUS, Código de Ética Médico e algumas consequências. Vejamos algumas observações, no código de ética brasileiro da medicina, está explícito que os médicos não podem explorar seus trabalhos para fins religiosos. No Brasil a maioria dos Códigos de Ética proíbem interferências no campo religioso por parte dos profissionais de saúde. Os profissionais não podem interferir ou produzir, a partir dos seus trabalhos práticas de religião. No entanto, como demonstra Stern (2017) ao citar a revisão

sistemática de Koenig, há uma incoerência entre os códigos de ética e as demandas crescentes. Houve um aumento de 800% na Medline e 1000% na Psyclit de artigos que associavam saúde e religião nos anos de 1980 até 2000. Concomitantemente, começaram a ser produzidos cursos de espiritualidade e de religião nas formações em saúde estimuladas pela OMS.

A OMS diferencia os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade. Vejamos, religião segue como *“a crença na existência de um poder sobrenatural dominante, criador e controlador do universo, que deu ao ser humano uma natureza espiritual que continua a existir após a morte do corpo”*. Então religiosidade é o *‘ato de seguir, praticar ou acreditar em uma religião’*. Marcando singularidades, espiritualidade caracteriza *‘a crença em uma natureza não material com a suposição de que há mais na vida do que aquilo que pode ser percebido ou totalmente compreendido. A espiritualidade aborda questões como o significado da vida e o propósito na vida, e não necessariamente está limitada a quaisquer tipos específicos de crenças ou práticas’*.

As definições asseguram aproximações, uma delas quanto à relação com materialidade. Parece que de alguma forma se aproximar da espiritualidade é demarcar um afastamento das materialidades, isso cabe para retratos de espiritualidade e religiosidade, indiretamente de religião, que parece estar centralmente situada na experiência social católica. Como argumentamos anteriormente, as definições parecem estar próximas de um exercício etnocêntrico. Definir religião, novamente, foi um exercício produzido a partir de um específico olhar ocidental.

As definições apresentadas pela OMS foram destacadas de Stern (2017). Sobre estas definições o autor aponta um conjunto de consequências. Se espiritualidade está relacionada ao contexto e conceito de saúde, mas não necessariamente está vinculada a uma religião, então as pontuações da OMS asseguram que os médicos brasileiros podem atuar no campo da espiritualidade. Mas, o autor marca um despreparo, os médicos são inaptos para lidar com a espiritualidade dos sujeitos. E segue, as declarações da OMS são problemáticas e superficiais se pensarmos as complexidades epistemológicas de determinadas práticas religiosas. Segundo o conceito exposto, descreve o autor, nem o Budismo nem o Taoísmo são expressões religiosas.

O autor também destaca outra linha que vincula tais pontuações à experiência das instituições brasileiras. A integralidade, incluída dentre os princípios do Sistema Único de Saúde, considera os sujeitos em toda sua complexidade. Portanto viabilizar saúde é pensar os sujeitos de modo amplo, integral, contando com suas dimensões e necessidades. De Castilho, Cardoso (2014)

apresentam um estudo que afirma as palavras de Stern (2017), quando analisam os termos ‘religião, religiosidade e espiritualidades’ nas políticas públicas brasileiras. As políticas são analisadas pela perspectiva da integralidade. Assim, o princípio da integralidade e o amplo conceito de saúde e de espiritualidade proposto pela OMS costumam uma tessitura nos territórios institucionais de formação em saúde no Brasil. Nestes, a integralidade é uma mediação efetiva para se oportunizar discussões ou práticas espirituais. Ou seja, integralidade viabiliza noções de espiritualidade para os espaços de saúde.

Stern (2017) nos ajuda a pensar outra nuance bastante relevante para esta argumentação. O conceito em questão produzido pela OMS colabora com o intercâmbio entre noções de religiosidade, religião e espiritualidade pela definição e pelo circuito de práticas que estabelece. Isso porque a espiritualidade é definida exatamente pela via dos modos de expressão de grande parte das religiões atuais. Ou seja, afastamento de materialidades, produção de significados de vida. Assim este exercício conceitual colabora com abertura de um campo de práticas em saúde que não vão efetivamente demarcar ou vislumbrar campo de atuação religiosa. Como também colabora com uma reflexão pouco aprofundada das epistemologias religiosas, estas promovem modos de conhecer sobre o mundo e como operá-lo.

A partir destas observações podemos pensar sobre as relações no campo de formação. Como tais conceitos promovem intervenções nos territórios de educação em saúde? Para tanto vejamos algumas observações sobre o campo deste estudo da educação médica e das colaborações em saúde. A partir daqui me refiro ao tema como a dimensão R/E para dizer religiosidade e espiritualidade, muitos pesquisadores na área de saúde o fazem.

### **A educação médica e os arranjos quanto ao tema**

Como vimos, o SUS aproxima noções de R/E a partir do conceito de integralidade, tendo em vista a definição de saúde proposta pela OMS, nesta o sujeito tem uma dimensão espiritual. Portanto o sujeito integral é espiritual, em alguma medida. Em continuidade as diretrizes educacionais asseguram noções de R/E pela mesma via de alcance integral dos sujeitos. Vejamos:

As Diretrizes Curriculares Nacionais, DCN, asseguram compromisso com saúde pública e marcam saúde como direito na formação em medicina. Também uma formação generalista e comprometida com epistemologias científicas. Ademais, assegura comprometimento com a ideia de integralidade da saúde. Neste sentido, o tema da R/E está presente na formação,

aparece como uma expressão dentro das comunicações em educação médica, dentro dos grupos de pesquisa, também de alguns outros espaços, sua participação é constante.

Essa última informação é uma conclusão do meu percurso etnográfico, trato do campo, mas também de comunicações que participei e acompanhei neste circuito. Não faço referência de pesquisas sobre tal afirmação porque grande parte dos estudos marcam, ao tratar da contribuição R/E, como importante para saúde, limitando-se a tal importância, bem como a relevância do tema para pesquisas e ensino. Há uma concentração demasiada nestas vias de argumentação.

Além disso, como Diniz (2006) marca em um trabalho sobre a liberdade de cátedra e as universidades confessionais no Brasil, a maioria dos teóricos que escrevem sobre religião, religiosidade ou mesmo laicidade são religiosos. Em outras palavras, temos poucos vislumbres de estudiosos não religiosos sobre o tema da religião. Com isso, marco que o tema guarda importância pela sua abrangência e fonte perspectiva, tanto no campo da saúde como no das decisões estatais a religião tem sido presente como perspectiva usada para decidir. Por isso e por uma infinidade de outros motivos, é fundamental que estudiosos afastados das religiões ou religiosos de pertencimentos minorados escrevam e apontem perspectiva descritiva, analítica sobre o tema, para compor outras direções de entendimento.

Nesta mesma linha se apresentam algumas produções sobre as práticas integrativas curriculares. Estas aproximam fronteiras ao nosso argumento, porque revelam práticas culturais específicas e também são acessos veiculados pela ideia de integralidade presente nos princípios do SUS. A R/E não necessariamente é discutida quando se apresentam tais práticas.

Ayres (2007) inspirado na perspectiva hermenêutica considera o fazer médico, como uma prática de cuidado, ultrapassa o diálogo como mero recurso para obtenção de informações sobre o adoecimento, afirma uma produção de compartilhamentos e sobre o que há de relevante a ser construído a respeito da necessidade de cuidado daquela pessoa. Para esse autor entrevista/anamnese/consulta são dispositivos para promover “fusão de horizontes entre profissionais e usuários, porquanto permitirá aproximar as racionalidades práticas e instrumentais de que se vai precisar dispor para realizar o encontro de cuidado”. Essa perspectiva atrelada a possibilidade de escuta, diálogo e encontro olha de maneira orgânica para a R/E como elemento do circuito da integralidade, envolvendo também dos modos de adoecer, existir, crer e saber.

Com isso, marco alguns textos do circuito da saúde e da educação médica, para demonstrar como o tema direciona o debate. Se a integralidade é uma via objetiva que viabiliza relações entre saúde e espiritualidade/ religiosidade, o campo de debate circula em três direções: a contribuição da R/E para saúde dos sujeitos, a importância para as relações curriculares, e as questões éticas que envolvem demandas religiosas. Vejamos um pouco do caminho e exemplos destes circuitos de produção.

Silva, Silveira, Guetter, Franco, Sanches (2022) produzem uma revisão sistemática sobre o tema da R/E, pesquisam artigos publicados de janeiro de 2010 até setembro de 2020 em português, espanhol e inglês. Encontram 798 e afunilam para 12 pelo interesse da pesquisa, concluindo um aumento significativo de produção sobre o tema, bem como argumentação recorrente contendo propostas metodológicas para educação em saúde. O tema da R/E revela-se como uma demanda de educação.

Os artigos revisados demonstram temas associados como proposições metodológicas para tratar da R/E nos currículos em saúde, enfoques na educação dos médicos da família, processos de morte e morrer e abordagens mais recentes relatam a Pandemia de Covid19. O estudo diante da análise destes artigos conclui que tratar da R/E no currículo é um veículo para aprimoramento dos próprios docentes. Além de capacitar os estudantes e possibilitar a produção de saúde integral.

As recomendações pedagógicas neste estudo demonstram um retrato argumentativo apresentado na educação médica, a demanda pela inclusão nos currículos em saúde. O mesmo relata Teixeira (2020), a educação em saúde marca uma importância porque os desfechos clínicos são positivos quando os pacientes revelam práticas R/E. Teixeira (2020) também realiza um estudo de revisão sistemática, além de propor relação entre práticas religiosas e desfechos positivos, também recomenda a produção de estudos de campo sobre o tema para que possamos obter vislumbres mais profundos destas composições.

Essa observação marca dois detalhes interessantes, a necessidade de estudos de campo sobre este tema e a informação qualitativa de que R/E ajuda para concluir desfechos positivos, ou seja, colabora com cura e saúde. Muitos estudos sobre este tema possuem caráter de revisão sistemática, o que significa uma prática de revisão bibliográfica, não envolve campo. Mesmo assim corre uma noção de que práticas envolvendo R/E asseguram quadros de saúde. Em Ribeiro (2014) tal nuance apresenta-se novamente, porém relaciona observações históricas. Vejamos as palavras do autor.

*‘Em março de 2013 mais de 500 pesquisadores e médicos subscreveram um documento enviado à Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em que solicitavam a aprovação e incorporação, na entidade, do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA). Conforme a proposta, o Gemca funcionaria tal e qual os outros 11 grupos de estudos daquela sociedade médica, como um fórum de debates e uma instância para o fomento de pesquisas.’*

A marcação em Ribeiro (2014) apresenta um evento que colabora com a integração de R/E nas práticas clínicas e nos currículos. Também contribui com a noção de que quadros envolvendo práticas de R/E são positivos para saúde, como foi dito anteriormente. Não obstante, demonstra como tal dimensão aparece como uma demanda, algo a se implantar, construir ou se estudar. As relações entre R/E com saúde são presentes teoricamente, mas não são conclusivas dentro de narrativas acadêmicas/científicas por grande parte dos estudiosos em saúde. O que significa dizer, segundo a marcação, que este é um trabalho em reflexão, marcado por importância, mas a se fazer. Outra observação de Teixeira (2014) demonstra tal argumento.

*‘Hoje posso dizer com segurança a um paciente que se ele fuma, tem maior possibilidade de sofrer um infarto que um não fumante. Provavelmente há de chegar um dia que com a mesma certeza poderemos dizer ao paciente que se ele for espiritualizado e souber lidar adequadamente com suas emoções, poderá evitar doenças cardiovasculares. (...) [mas] é importante esclarecer que não estamos falando de religião, que é o sistema de crenças e dogmas, nem de religiosidade, que é quando a pessoa se dedica à religião. Guerchenon, Y, 2013.’*

Mas, se há um trabalho a ser feito para aprofundar determinações quanto à influência da R/E na produção e cura, há um contingente sendo realizado quando pensamos no campo de discussões sobre ética em saúde. Souza, Moraes (1998) representam este contingente acadêmico, neste texto as autoras contextualizam as crenças religiosas como direito fundamental humano. Ao mesmo tempo, constroem linhas paralelas para tecer o desenvolvimento com relação à crença, por um lado, a crença religiosa não pode ser desconsiderada por profissionais de saúde, por outro, também podem colaborar com contextos positivos de recuperação em situações de enfermidade. A crença religiosa é elemento de relação jurídica entre médico e paciente, bem como componente colaborativo da situação de tratamento, alinhando pacientes e cura.

Em caminho semelhante Murakami, Campos (2012) desenvolvem a noção de crença religiosa como elemento de continência emocional, além de possibilitar recurso de comunicação em saúde. Ou seja, os pacientes colaboram emocionalmente com os circuitos de tratamentos estabelecidos pelas instituições de saúde e os profissionais dispõem de linguagem para se

comunicarem com os pacientes. Esta é uma visão funcional da crença religiosa, para o campo da saúde institucional.

Além destes caminhos traçados, o campo da bioética participa do cenário acadêmico relativo à R/E também por outras oportunidades. Como aponta Diniz (2012), assumindo a relevância de outro direcionamento para este campo de debate, ou seja, a partir das teorias e de suas críticas sobre tomadas de decisões. A bioética é um campo de debate, reconhecimento de dilemas e soluções. Neste sentido, assumem protagonismo quando situações que envolvam religião desaguem no reconhecimento identitário, em processos de saúde, na discordância de procedimentos diante de tais processos ou tensões morais emergentes em saúde. A religião pode participar de qualquer uma destas ou de outras nuances.

Diniz (2013) também oportuniza outra colaboração para o debate em relação ao tema da laicidade. A autora define como o campo de inspiração para deliberar em questões públicas. A saúde é uma questão pública, por isso deve ser marcada por uma coerência com relação à fonte de inspiração de suas decisões. Deve haver inspiração na ciência e no campo acadêmico, também em valores democráticos e plurais para decidir em saúde. Esta apresentação da autora relaciona-se com a pauta religiosa desenvolvida aqui por duas vias. A primeira é o afastamento de inspirações morais religiosas para tomar decisões públicas em saúde. A segunda é porque muitos profissionais de saúde se afastam de determinados procedimentos por motivos morais religiosos, como na maioria dos casos de abortos legais, ver Diniz (2013). Um ambiente ético e laico é onde se inspire em debates acadêmicos para decidir, bem como sejam oportunizados direitos.

Das diretrizes curriculares até a produção acadêmica sobre religião em saúde, passamos pela contribuição da R/E para desfechos positivos em saúde, as recomendações de implementações curriculares, o avanço modesto em relação às pesquisas experimentais e tensões da bioética. Vamos agora entrar em um campo concreto de relações praticadas diante do tema.

### **A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**

Já podemos voltar a imagem da Malha em Ingold (2015) para vislumbrar estas relações e processos colocados. As relações entre instituições internacionais, sistema público brasileiro e normativas acerca da formação são tecidas pela linha da integralidade. Essa é uma linha tecida em conjunto, pelo coletivo de pessoas que habitam os espaços de formação, os espaços



jurídicos e outras organizações envolvidas. São contextos complexos, podem estar vinculados por outras vias. Não obstante, essa evidencia um marcador constante, a integralidade é recorrentemente anunciada diante destas relações. A malha - desenhada nesse estudo como fundamento do currículo - segue demonstrando-se a partir dos fios, vejamos outros para dentro da instituição.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública fez setenta anos há poucos meses, no ano de 2022. Sua relevância para o estado da Bahia e a cidade de Salvador é inquestionável, além da formação em diversas áreas da saúde também produz academicamente reflexões importantes. É uma Escola comprometida com uma visão humanista, alinhada com epistemologias científicas. Também é território fértil para reflexões quanto à saúde mental dos estudantes e professores. Muitas linhas de desenvolvimento em saúde foram trabalhadas. Mas, como isso começou?

A Escola foi fundada em 1952, obtenho essa informação a partir da leitura de um memorial, publicado em 2008. Trata-se de um livro grande, em tons marrons com desenhos de flores e uma foto de uma das casas, sede da Escola no centro da capa. A casa, na foto, tem paredes brancas e portas verdes, dois andares e um telhado em cerâmica avermelhada. Árvores em volta aparecem na foto, algumas mangueiras e outras que não sei identificar. Essa casa abriga atualmente a reitoria da Escola e fica no bairro de Brotas, centro de Salvador. Olhando a foto, parece que a Escola Bahiana vai te olhar de volta e contar sua própria história, ela olha para o leitor e assume posição sobre a narrativa. Admirei a foto por um tempo.

A história da Escola no Memorial segue uma narrativa sobre as estruturas institucionais, como e por quais processos se desenvolveu e as partes que a compõe nos dias de hoje. Desse modo, demonstra desde as relações que oportunizaram a criação de um novo curso de Medicina no Estado da Bahia até a criação dos novos cursos. Nas páginas, marcadas as datas e as demandas, os muros são levantados e um pedaço da instituição é agregado à coerência interna das relações desempenhadas na Escola. Passo a passo, demandas resolvidas, a Escola Bahiana vai se tornando o organismo que funciona hoje.

Nas primeiras páginas encontrei elemento de interesse para este trabalho. Como muitas outras instituições de saúde no Brasil, a Escola deriva de um seguimento católico, isso segue derramado em muitas práticas institucionais, além da própria posição de origem. Neste caso a Escola é desdobramento da Santa Casa de Misericórdia, instituição de saúde vinculada à Igreja Católica, localizada em Salvador. Além deste fato o Memorial também marca qualidades do

grupo de médicos que desenvolveram seus processos iniciais. Estes são ambiciosos, acadêmicos e religiosos. O marcador da religião aparece como característica da comissão que cria o projeto inicial da Escola. Este dado poderia não ser relevante, mas foi suficiente para compor a narrativa do Memorial. A religião marca a descrição de origens.

Este grupo de médicos, apoiado pelo poder público e pelas instituições da Igreja, funda a Escola a partir de uma atitude inicial, a criação do curso de medicina. Anos depois, a Escola desvincula-se da Santa Casa, marcando um processo de desenvolvimento de espaços laicos, este processo será detalhado em contextos específicos na apresentação dos resultados. Além do processo de ruptura com a Santa Casa, também houve uma expansão bastante significativa no território de práticas em saúde que a Escola abrange. Atualmente são cursos de Psicologia, Fisioterapia, Educação física, Biomedicina, Enfermagem, Odontologia, cobrindo também a pós-graduação em Medicina, Tecnologias e Psicologia. A Escola cresceu para além do território onde nasceu.

Além da narrativa encontrada no Memorial, também escutei muitas vezes sobre o início da Escola em comentários de funcionários antigos, estes detalhes revelam processos sobre a origem. Algumas vezes escutei que os fundadores eram homens conservadores, o que marcava, pelo contexto da conversa, posições religiosas, estruturas familiares e relações morais. Escutei uma outra versão também, os fundadores foram de atitude progressista, objetivavam o desenvolvimento intelectual do território da Bahia. As narrativas não necessariamente se contrapõem, os fundadores formam pessoas reais, complexas, e podem ter se posicionado das duas maneiras ao longo do processo de construção da Escola. O que gostaria de marcar com isso é o tempo presente em relação ao passado, como memoramos a origem, mediados por narrativas com relação aos elementos e pessoas que fundaram a Escola. Independente do passado, diante de nós, segue uma constituição do espaço quando exprimimos memórias sobre as posições dos que antecederam. O que será que seguimos fundando?

Eu tive meus primeiros contatos com a Escola em 2018. Comecei a trabalhar no ano seguinte como professor do Núcleo Comum, conjunto de componentes pedagógicos que recebe os estudantes do primeiro e segundo semestres com temáticas da maior importância, como ética em saúde, reflexões sobre grupos e exercícios conceituais. Este projeto só começou e se realizou em 2020, desde então sigo praticando os circuitos acadêmicos como em exercício etnográfico. Ou seja, vivo conversas, escutas profundas e convivências variadas em favor do tema e do caminhar que o campo esteja disponível para compartilhar.

Esta imersão me entregou a oportunidade de experimentar ideias de religiosidade no cotidiano das aulas, observações acadêmicas ou convivências institucionais, como já demonstrei em parágrafos anteriores. Deste modo pude pensar duas coisas. Primeiro, a religião ou R/E é fundamentalmente uma prática cotidiana, portando segue aterrada na ação dos dias. São modos de vida tecidos cotidianamente, estão próximos da ideia de pertencimento cultural, comunitário. Segundo, o espaço destas relações é o currículo em saúde, são as vias onde se conhece e concebe a experiência da formação. Nestes termos, estamos vivendo contatos diversos com religiosidades enquanto trilhamos a experiência da formação. Começamos pelo currículo, depois vamos à religião como prática e as contribuições da Antropologia.

O currículo é vivo e o território desta pesquisa é um espaço de formação em saúde. Como currículo, relaciono a proposta descrita por Danon, Daltro (2021), ao tratar do currículo em medicina, caracterizam como experiência de produção de subjetividades derramada nos espaços. Ele é vivo porque trata de uma experiência desenvolvida nas relações, a partir das quais se estabelecem e desenvolvem conexões subjetivas. Para entendê-lo é fundamental o diálogo com quem partilha essa dimensão experiencial.

Nestes contingentes de relações segue a formação, para entendê-la compartilhamos uma leitura de Chauí (2006). Neste texto a autora apresenta formação como uma experiência com o tempo. Ao vislumbrar o passado, a partir de uma obra de pensamento, construímos perspectiva sobre o futuro. Vejamos:

*‘...a obra de pensamento só é fecunda quando pensa e diz o que sem ela não poderia ser pensado nem dito, e sobretudo quando, por seu próprio excesso, nos dá a pensar e a dizer, criando em seu próprio interior a posteridade que irá superá-la.’*

Assim, o currículo é um campo de produção de subjetividades derramado nas relações desenvolvidas em aulas, conversas, comunicações acadêmicas, ou demais espaços na experiência da formação. Esta, por sua vez, trata da experiência com o conhecimento cultural produzido, alinhando o passado deste conhecimento com as possibilidades de continuidades, com o futuro a se construir. O currículo é um território de relações e a formação caracteriza este campo em uma direção, estabelece compromisso com contingências sociais e práticas de contribuição.

O currículo ativo neste espaço é lugar de desenvolvimentos da R/E, suas relações aterram especificidades em constante criação. Neste sentido, o tema da R/E se faz a partir de suas

próprias contingências. Durante a realização do campo foram relacionados à R/E debates éticos em saúde, marcas cotidianas da clínica, instrumentos pedagógicos para expressar descrições em saúde, e a construção de processos de laicidade. O tema esteve mais contextualizado na vida cotidiana, demonstrando como a R/E é linguagem cultural construída a partir de práticas específicas, bem como as referências com relação aos seus significados são vislumbres culturais, realizados constantemente.

### **O currículo como fio de cultura.**

Por esta relação entre currículo e cotidiano sigamos um pouco mais sobre a noção de currículo veiculada aqui, bem como as posições que as experiências vividas durante a pesquisa ajudam a circular. Nessa trilha identificamos paralelos entre cultura e currículo, como também os lugares ocupados pelo tema da religiosidade no território curricular, quais sejam, espaços ocultos ou mediados por outros assuntos. Ao final, voltamos aos argumentos que antecedem este parágrafo, tal território é lugar de subjetividades, mesmo que pela composição de ausências.

O tema da religiosidade pode ser encontrado em diversos espaços da formação médica nesta escola em questão. Ao tratar de temas relativos à Bioética, discussões atravessam religião, religiosidade, como já foi mencionado. Assim também quando os estudantes ocupam disciplinas de semiologia e precisam produzir trajetórias clínicas de seus pacientes, concretos ou imaginários – neste caso as informações dos pacientes podem levar até o tema, ou ainda a discussão da relevância em saber tais informações para fins de tratamentos médicos. Este mesmo fenômeno pode e acontece em outros momentos da formação, o tema aparece por mediações contingentes, a relevância é mais pela presença religiosa em nossa vida social do que pelo conteúdo de conhecimentos religiosos. Ou seja, a posição do tema acaba ocupando um lugar secundário, dependente de mediações, oculto.

O currículo, cuja etimologia indica caminho, percurso é afirmado por Thomás Tadeu Silva como um território de coexistência e não uma lista de disciplinas que apontam para conteúdos teóricos. Trata-se de um território de coexistência viva, espaço-tempo de fronteira, onde desfilam tensionamentos, disputas e negociações que falam de poder e produção de singularidades e discursos que se complementam e contradizem simultaneamente Silva (2014). Assim compreendemos esse território de movência que implica dimensões documentais e relacionais, vividas entre o explícito e o implícito.

Melo, De Oliveira, Verissimo (2016) apresentam uma abordagem sobre essas marcas territoriais implícitas, designadas como currículo oculto e as vozes que o compõe. Para as autoras, o debate sobre o currículo é marcado por uma diversidade de concepções descritivas, como programas de ensino, disposições temáticas ou experiências propostas. Para além das caracterizações que seguem em produção, as autoras marcam a relevância do currículo oculto na composição do currículo em evidência nas apresentações programáticas. Ou seja, várias outras vozes compõem o currículo, algumas vozes ocultas, como percepções dos professores sobre assuntos diversos, assuntos que atravessam as temáticas expostas. Portanto a multiplicidade de vozes conjuga o complexo curricular, de forma que o tema da religião ou espiritualidade na formação médica pode ser caracterizado em comparação a este quadro.

Em um caminho semelhante por pensar nuances do currículo, Danon e Daltro (2021) num estudo sobre a circulação do conhecimento sobre a população transgênera nesse mesmo campo, a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública argumentam o que o currículo de medicina, avulta uma narrativa temporal de diálogo com as diretrizes curriculares de 2001 e 2014, destacando a noção de generalista na formação médica. O texto segue marcando o espaço curricular como lugar de disputa que oscila entre uma formação marcada pela ideia de homogeneidade e pelos destaques às singularidades, mas também por insuficiências, limites e vulnerabilidades.

A fonte de produção deste trabalho é o diálogo com coordenadores de curso. Assim, Danon Daltro (2021) articulam posições com tendências concomitantemente produtivas dentro do espaço curricular, ou seja, caracterizam o currículo em coexistências e contradições. As noções de generalidade articulavam posicionamentos divergentes, todos dentro do currículo como expressões de tensão, disputa e conjugando realidades da formação. Assim, tanto as noções divergentes sobre o aspecto generalista da formação, como as próprias tensões compõem espaços do currículo em dimensões evidentes e ocultas. Como titulado, entre falas e silêncios.

Estes trabalhos mencionados apontam como diversas informações, relações e posições acabam por contingenciar e produzir o currículo. No entanto, para além da sua produção interna, tensões e dimensões ocultas, o que este fenômeno de composição significa? Por conseguinte, o que o currículo faz? Ou o que significa atentar para sua complexidade?

Silva (2014) apresenta o currículo como um documento de identidade. Essa afirmação é produto de um processo de reflexão sobre modos de estabelecer currículo, articulados com noções da teoria curricular. Em outras palavras, o autor permite um percurso por ideias acerca

do mesmo, situando assim diferentes quadros e pensando a produção teórica neste campo. Um evidente percurso histórico acompanha o argumento do trabalho em via de dois sentidos. Primeiro pela transformação que o currículo sofre/desenvolve ao longo e a partir de conexões teorias, histórias, no Brasil e em outros lugares. Segundo porque o currículo acaba por propor temporalidade, trajetória no sentido da experiência para formar. Assim como identidade, o currículo também é trajetória.

Os sentidos das afirmações sobre identidade e trajetória são derivados de argumentos anteriores quando o autor trava um debate entre noções de currículo tradicional, crítico e pós crítico. Essa última leva em conta as relações de poder presentes no tecido curricular, também as singularidades dos atores sociais que habitam o território em questão. Assim, o currículo é um espaço que disponibiliza experiências e marca, ao passo do tempo, uma expressão identitária na formação e nas relações sociais.

Outro autor propõe diálogos semelhantes, comparáveis a esta noção de currículo, neste caso marcando a ideia de cultura. Macedo (2012) apresenta um texto que argumenta para importância da atenção aos problemas, características e contingências culturais na produção curricular. Ou seja, o currículo não pode deixar ao lado problemas de colonização, populações em vulnerabilidade, grupos sociais diversos e questões evidentes na sociedade. O currículo deve localizar os territórios e seus enfrentamentos, desafios. Devendo assim, propor conexões com a cultura/sociedade mais ampla. Nestas conexões o currículo também faz cultura, porque enreda comunicações, conexões e canais a partir dos quais se vislumbram epistemologias e práticas vividas nas sociedades. Então o currículo acaba por ser cultura ao propor diálogos e aterrar entendimentos.

Assim, voltando às perguntas. O currículo pode significar, a partir de uma leitura dos autores, tanto cultura como identidade, noções que compõem diálogos próximos entre si. Ambas tratam deste contingente vivido em um conjunto de experiências durante a formação. Tal ideia é importante para o trabalho desenvolvido aqui porque ajuda a pensar estas conexões com o tema da espiritualidade e a formação em medicina, ou seja, vividas neste complexo de relações. Também é uma imagem semelhante à malha, além de apresentar os fios das relações, também indica modos de perspectivar interconexões, caminhos de fluidez e fronteiras entre temas, campos de conhecimento ou noções acadêmicas e da vida cotidiana. Assim, o currículo significa um campo de conexões enredadas, uma malha de relações, conhecimentos, silêncios

e zonas ocultas, todas estas produzindo uma realidade experimentada em relação com o tempo, criando percursos e modos de trilhá-lo.

Tal imagem, o próprio currículo, serve para compor realidades. Como dito anteriormente, o currículo é um campo de produção de subjetividades. Para além das subjetividades, o currículo é um campo onde se produzem realidades discursivas, proposta de entendimento dos fenômenos, posicionamentos dos temas e relações entre os tipos de conhecimento. O currículo é um campo de produção de subjetividades e discursos, um campo onde se produz conhecimentos e relações com estes. Por isso, é também um campo de cultura.

### **Olhar religião a partir da cultura na formação.**

Para finalizar o argumento é importante demarcá-lo a partir de contribuições estabelecidas pela antropologia. O que significa dizer que a religião é um contingente cultural? Ou melhor, dizer que para definir determinadas práticas e relações como sagradas, ou religiosas, precisamos acessar olhares culturais? Significa, entre outras coisas, afirmar que a religião não é um fenômeno anterior à experiência humana, uma condição natural ou necessidade, mas um reconhecimento cultural. A religião e seus derivados nas ideias de R/E podem ser significados partilhados por coletivos intelectuais, culturais, mas são ramos das expressões de existências humanas. De modo que não podemos afirmar religiosidade sem um vislumbre cultural que oportunize tal afirmação.

Neste mesmo sentido seria questionável afirmar que uma experiência é religiosa ou espiritual quando os praticantes desta determinada experiência negam tal relação. Também por isso há uma vertigem no exercício de conceituar religião, como demonstramos mediando as definições de alguns teóricos ou instituições. Definir experiências constituídas a partir de enredos culturais envolvem determinados riscos em cometer erros ou produzir hierarquias discursivas. Por isso, o ponto de partida para construção do trabalho foi o diálogo e o exercício de definir tais noções com os sujeitos de pesquisa. Ou seja, deslocamos do campo de definições hierárquicas para um exercício aterrado nas definições dentro do cotidiano curricular.

Para desenvolver este argumento propomos a leitura de Dauster (1997), esta apresenta um texto no qual discute a contribuição da antropologia para o campo da educação, então estabelece algumas interessantes contribuições. Uma delas é a capacidade de compreender diferença e especificidade de determinados universos sociais. Outra são as condições para vislumbrar os conhecimentos de modo descentrado, ao lado de outros conhecimentos possíveis.

A autora nos ajuda a pensar o quadro de reflexão que vem sendo estabelecido. A diferença e especificidade como uma das marcas de contribuição da antropologia posiciona o tema tratado aqui diante do território da cultura, das relações sociais. Neste mesmo sentido, apresentar características relativas à R/E ao lado de outras possíveis, produzindo conhecimentos descentrados, afastados de intenções de verdades universais, posicionando os enredos de conhecimento no território cultural. Tratar do tema ao passo das contribuições antropológicas é estar atento às dinâmicas culturais, sem pretender afirmar verdades inquestionáveis que envolvam todos os grupos sociais. Assim, marcamos descrições sobre R/E seguindo formas de vida, enredos com e a partir dos quais vivemos experiências com outros e conosco.

Do Nascimento (2016) apresenta o candomblé neste sentido argumentativo, no lugar de propor um quadro religioso o autor propõe relações cotidianas, reflexões sobre o sagrado, os seres com quais se relacionam as pessoas e se compõem os caminhos. O autor trata do candomblé como uma forma de vida singular, descentrada. O candomblé não organiza a forma de viver de outros grupos culturais, não absorve os outros. O campo tratado pelo autor é outro, mas a forma de expor se aproxima do argumento a ser alcançado aqui. Ou seja, ao nos aproximar das experiências de formação, atentamos para linguagens de vida, formas de produzir vislumbres sobre determinadas coisas, perspectivas sobre o mundo, e como tais óticas podem afetar a formação em saúde.

Algumas etnografias fundamentaram a perspectiva que mediou a produção do estudo, o olhar que reconhece e descreve religião, bem como os elementos que compunham tal olhar. Se o ponto de partida é perguntar o que é religião ou onde podemos pensar a dimensão R/E no currículo, a sequência é observar o que compõe o olhar cultural que responde, conceitua, aponta ou explica sobre o tema. Em outras palavras, o que usamos do que está assentado na cultura para responder tais questões.

Neste sentido de contribuições posso destacar etnografias em campos diversos, a partir das quais podemos pensar relações com seres sagrados, práticas rituais. Como é o caso de Mello (2018) quando trata de um espaço onde se produz terapêuticas na Guiana. Tais terapêuticas contextualizam processos pessoais, vivenciado por fiéis, também relações com entidades. Trata-se de um campo de culto produzido por imigrantes indianos na região rural do país. Além deste trabalho posso destacar Rabelo (2014) quanto trata dos terreiros em Salvador e descreve como os percursos até eles constituem seus processos cotidianos. O caminho até lá constitui as relações e o ambiente que se realiza.



Também Kosby (2017) quando desloca o olhar o os corpos diante de processos peregrinos, caracterizando momentos entre rituais, demonstrando o que acontece antes da cerimônia nos terreiros. Todas essas etnografias contribuem por atentar aos contingentes de elaborações sobre contextos sagrados, apresentando singularidades e modos de acessá-las. Outras foram contextualizadas nos resultados, destacamos estas para observar um modo de tratar o tema, a partir do cotidiano vivido pelas pessoas.

### **As linhas da Malha na formação**

Diante de tais contribuições voltemos às imagens iniciais. Descrevemos fios da Malha, linhas de construção de ideias, sentidos e práticas. Algumas vezes afastadas de conceitos mais gerais sobre religião, outras vezes mais próximas. Notadamente usamos Malha como uma imagem do território curricular, tecida e tencionada nas experiências de formação. Nestas, as linhas são caminhos de relações com o tema, são experiências, tessituras em realização constante. A Malha também ajuda a posicionar contribuições mencionadas, onde o vislumbre a partir de Antropologia oferece ao tema no campo da saúde. As ideias sobre o tema como produto dos processos culturais cotidianos, ou seja, R/E são fundamentalmente relações sociais possíveis.

Depois de demarcar este trânsito da noção de R/E propostas pela OMS, passando pelo SUS e pelos vínculos com a formação a partir da saúde integral aos sujeitos, podemos vislumbrar relações específicas da formação. O que aparece dentro dos diálogos, conversas e histórias. O que compõe os fios da malha curricular, bem como os elementos que seguem tecendo suas experiências e relações. Assim, uma questão se impôs para nós: o que conhecimentos religiosos fazem com espaços acadêmicos?

## **RESULTADOS**

A experiência de leitura etnográfica resultou numa tese organizada como uma coletânea de artigos científicos assim nomeados:

Artigo 1. Falar de espiritualidade é como abrir-se ao risco.

Artigo 2. Frágeis convicções: o que esperamos com as crenças dos outros no campo da saúde?

Artigo 3. Importa saber sobre os pacientes, os médicos são neutros: Um diálogo com estudantes de medicina sobre religião e religiosidade.

Artigo 4. Laicidade na formação em saúde: onde buscamos inspiração para decidir?

Cada um destes envolve fios tecidos ao longo do currículo, direcionando a experiência de formação para encontros com discursos, ideias, vislumbres de passado e futuro. Estão todos aterrados nas especificadas deste campo, como vimos acima, desta Malha.

O primeiro desenvolve arranjos discursivos no entre lugar da ciência e religião, modos de dizer noções, ideias que andam na fronteira, chamamos tais arranjos de metáforas, a partir dela discutimos saúde. O segundo aborda o tema das crenças religiosas, o que esperam os profissionais de saúde quando estão diante de pacientes religiosos. O terceiro trata da relação que estudantes de medicina tem com o tema da religiosidade e com pacientes em relação ao mesmo tema, a medicina segue marcada por uma ideia de neutralidade. Por último um texto que anuncia e nos ajuda a pensar relações com religião em espaços de saúde. Ou seja, trata do tema da laicidade e descreve modos de pôr tal ideia em exercício.

Vejamos.

## ARTIGO 1

**Submetido a revista Fractal: Revista de Psicologia**

**Falar de Espiritualidade é como abrir-se ao risco<sup>1</sup>**

**Talking about Spirituality is like opening oneself to risk**

### Resumo

Este texto trata de discursos sobre espiritualidade e religiosidade elaborados por docentes no currículo de saúde, em uma escola de medicina na região Nordeste do Brasil. A pesquisa foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas, articuladas conjuntamente ao exercício do campo etnográfico. No texto, associamos experiências de campo às teorias e relatos dos colaboradores. Bem como destacamos uma reflexão sobre os instrumentos narrativos com os quais foram construídas metáforas e as consequências destas retóricas usadas em saúde. Por fim, propomos uma leitura de saúde fundamentada em Canguilhem - filósofo e médico e epistemólogo – observando como para falar de espiritualidade ou religiosidade no campo da saúde é experiência de abrir-se ao risco.

**Palavras-chave:** Metáforas; espiritualidade e religiosidade; saúde; abrir-se ao risco.

### Abstract:

This text considers the discourses about spirituality and religiosity developed by teachers in the health curriculum at a school of medicine in the Brazilian north east. The research was undertaken through semi-structured interviews, in conjunction with the realization of ethnographic field work. In the text, we associate experiences from the field with the theories

---

<sup>1</sup> **Submetido na revista Saúde e Sociedade.** <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

and reports of our collaborators. Concomitantly, we carry out a reflection on the narrative instruments with which metaphors are constructed and the consequences of using this ‘rhetoric’ in health. Finally, we proposed a reading of health based on Canguilhem (2009), considering how spirituality or religiosity in the field of health would be an ‘opening-oneself-to-risk’.

**Key-words:** Metaphors; spirituality and religiosity; health; opening-oneself-to-risk.

## Introdução

Segundo Foucault (1999) em “As palavras e as Coisas”, narrativas são elementos constitutivos das realidades, portanto há relevância em observar as práticas que levam à constituição dos fatos, as palavras, suas origens e os sentidos atribuídos. Esse texto nos orienta a uma abordagem epistemológica, por tratar da produção dos artefatos com os quais nomeamos e conhecemos contextos, seres, objetos. Nesta direção, as palavras também anunciam ambiguidades, pois são criações e criadoras de realidade, ou seja, dispõem posições entre elaborações e efeitos. Ancorando este argumento como ponto de partida, esse texto discute trânsitos narrativos sobre a espiritualidade no campo da formação médica de uma instituição privada, sem fins lucrativos no Nordeste do Brasil. O texto é produto de uma pesquisa que observa discursos sobre espiritualidade e religiosidade no campo da saúde.

O conceito de saúde de uma sociedade é propagado em suas escolas médicas, compartilhado por docentes e discentes e constituído por teorias e expressões pessoais, ou seja, produto de uma contingência complexa. Tal conceito reflete conjunturas históricas, sociais, políticas, culturais e econômicas. Acima de tudo, não representa a mesma coisa para todas as pessoas, grupos ou coletivos científicos. Trata-se de um conceito que desde muito vai implicar uma posição discursiva que envolverá uma época, valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas, Scliar (2007). O conceito de saúde segue em construção contínua.

No cenário epistemológico contemporâneo, destacam-se os argumentos sobre a Medicina Baseada em Evidências (MBE), como âncora para os discursos. A MBE consiste na amplificação de um movimento que busca a redução de incertezas - próprias de processo clínico (diagnóstico/terapêutica/prognóstico) - com o uso de informações produzidas e validadas no contexto da epidemiologia clínica, de acordo com Castiel e Póvoa (2001). Neste sentido a MBE aponta uma relação entre prática médica e conhecimentos vindouros de determinados circuitos científicos.

Quando questionados sobre a participação de assuntos ligados à religiosidade ou espiritualidade na formação em saúde, os docentes contaram sobre suas aulas e marcaram entendimentos, sobretudo, abordaram saúde a partir de imagens interessantes que articulavam conhecimento religioso/espiritualista a enredos de saúde. Entendemos que essas narrativas foram marcadas por metáforas quando descrevem conceitos ou destacam histórias clínicas, vividas na experiência como profissionais de saúde.

Exploraremos um pouco da noção de metáforas. Para início, deixamos evidente que o uso da metáfora como conceito articulador envolve a posição ambivalente de alguns discursos. Algumas elaborações não destacam efetivamente uma posição narrativa. Ou seja, por um lado, parece ocupar uma posição livre ao associar elementos religiosos ou de conhecimentos espiritualistas, por outro, não assume compromisso ao associar conteúdo religioso para descrever olhares para saúde.

Para melhor descrever as características das metáforas, comparamos às histórias clínicas, também contadas pelos sujeitos de pesquisa, no entanto marcadas por um tom objetivo descritivo. A maioria dos entrevistados compartilharam experiências clínicas, casos com pacientes, fruto da rotina no trabalho em espaços de tratamento em saúde. Quando tratavam destes eventos, os sujeitos articulavam uma narrativa que marcava objetividade e fundamentação em exames, perguntas, diagnósticos. Por este motivo apresentam contraste interessante que nos leva a refletir a natureza que difere a posição narrativa entre metáfora e caso clínico.

Alinhados à construção das narrativas como produtoras e produtos de realidades, como destacado acima, Foucault (1999), apresentamos as seguintes etapas: Caracterização metodológica e do campo de pesquisa, aqui destacamos instrumentos e aspectos relevantes do campo. Em seguida, a produção de um debate que contextualiza a noção de metáforas e apresentação das narrativas elaboradas pelos sujeitos. Por fim, propomos uma leitura da espiritualidade a partir da noção de saúde em Canguilhem (2009), falar de espiritualidade no contexto da formação em saúde é abrir para movimentos de risco. Argumentaremos a partir do quadro etnográfico construído, bem como em diálogo com as narrativas produzidas nas entrevistas, que falar de espiritualidade no campo das escolas de saúde é colocar-se em risco.

## **Metodologia**

Três práticas são importantes para contextualizar a metodologia do trabalho. A prática etnográfica, nos espaços da formação médica, aulas, práticas de extensão, reuniões, conversas

com docentes e discentes... A etnografia aqui é expressa por meio das relações percebidas e relatadas em campo, como em Peirano (2014), pelo diálogo com interlocutores, bem como pela resposta partilhada para as questões que surgiram durante o processo. Também os relatos testemunhados em campo, conversas, exemplos, percepções que possibilitaram relações produtivas com o tema.

Em segundo lugar, foram feitas entrevistas semiestruturadas, com perguntas que abordavam conceitos sobre espiritualidade/religiosidade, currículo em saúde e a prática docente. Foram entrevistadas dezesseis docentes do currículo de medicina. As entrevistas também foram realizadas a partir de uma perspectiva etnográfica, onde os materiais colhidos são os conteúdos das respostas, mas também as perguntas, hesitações, contextos... ou seja, a entrevista foi interpretada como encontro, ver Kofes (2015).

Por último, escolhemos o contraste entre metáforas e histórias clínicas com objetivo de descrever diferentes formas de mobilizar discursos em saúde entre docentes. Desse modo, alinhamos uma maneira de descrever o campo a partir de categorias discutidas com os participantes da pesquisa, bem como contextualizamos possíveis relações teóricas. Assim, o campo realizado e as entrevistas podem entrar em contato com a teoria produzida e com outras pesquisas.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Nesse universo, essa assinatura compromete investigador e entrevistado com as produções discursivas que ali circulam. Mesmo nestas condições, o nome dos colaboradores foi trocado por outro aleatório.

## **O campo da formação médica**

O campo de realização deste trabalho foi uma instituição privada na cidade de Salvador, região Nordeste do Brasil. Por lá estudam pessoas brancas de classe média alta, em maioria. Também é predominantemente composto por pessoas brancas o corpo docente, mesclando variadas etárias e formações. O que demonstra um quadro comum de instituições de elite na cidade de Salvador, uma das cidades mais negras do mundo. Tais características que marcam a identidade das participantes do estudo, algumas delas ex-alunas dessa instituição.

Os quadros docente e discente, dos últimos 20 anos, são marcados pela presença expressiva de mulheres, a escola conta com o destaque feminino na maioria dos cargos de

liderança. O que nos indica uma administração sublinhada pelo contínuo olhar de mulheres em diversas posições de gestão técnica e administrativa. Com relação ao currículo, na instituição há uma corrente valorização das políticas de humanização em saúde, contando assim com expressões de pedagogias interdisciplinares e humanistas, além de um currículo em coerência com noções biossociais de humano. Bem como uma importante atenção à saúde mental dos estudantes e do corpo de colaboradores.

Compõe esse caldeirão repleto de intensões humanistas e propostas progressistas de cuidado, a prioridade da MBE. A evidência é um modo de relacionar ciência e clínica médica, produzindo uma clínica à luz de concretas informações científicas, posicionando a medicina como um campo praxicológico regulado pelo universalismo. O que não aposta uma efetiva relação de continuidade com a noção de humanização, haja vista a diversidade de humanos e expressões humanas. Para uma verdade se sustentar, muitas outras precisam ser negadas, ocultadas ou extintas. Como podemos ver em Terezinha Madel Luz (2019) quando nos apresenta a razão médica a partir de um contraste de racionalidades, e afirma que a medicina constrói seu campo afastando-se ou negando outras racionalidades. Assim, como alguns campos de formação em saúde, essa escola constitui-se como um território curricular onde habitam contradições.

Paolucci El Dib (2007) apresenta a medicina baseada em evidências como o exercício da prática médica a partir de informações científicas. Neste campo, a MBE é uma das expressões mais orientadoras de uma relação entre prática médica e conhecimento científico. Assim, as narrativas com estatuto de veracidade são as demonstradas por efetivas comprovações da ciência biomédica. Essa característica nos interessa pela atuação que tem na expressão dos discursos, os sujeitos produzem suas narrativas a partir deste jogo de relações. No entanto não aprofundaremos a noção de evidência neste texto, mesmo que esteja presente em nossas argumentações sobre saúde, ou nas distinções entre metáforas e casos clínicos. A evidência é parte deste complexo campo que esboçamos nestes parágrafos.

## **Metáforas e histórias clínicas**

O professor de sociologia, Ricardo Aragão, concomitantemente religioso do Candomblé, ao palestrar durante um evento acadêmico na escola de saúde, campo onde realizei a pesquisa, produziu um relato corriqueiro sobre o cotidiano dos terreiros. Em “Terreiro é um espaço de saúde”, comentou inicialmente:

Por lá chegam pessoas com sintomas de doença [...]. Porém, muitas vezes não é a doença que deve ser tratada, ao menos não do modo como a medicina trataria, mas o Santo/ Orixá quem demanda cuidado. A doença é a metáfora para o santo, um modo de demandar cuidado. Finalizou posicionando a parte fisiológica do fenômeno como metáfora.

Comentei do trabalho onde refletia ideias de metáforas. No seu argumento, Ricardo Aragão, demonstra que a metáfora construía um caminho diferente, inverso aos que escutara recentemente em pesquisa. Ele me disse que a ideia de metáfora usada no caso não falseava uma versão da realidade, mas desenhava uma possibilidade de prática na solução de problemas. Ou seja, ela constituía um caminho de ação e vislumbre do fenômeno. A medicina também poderia metaforizar e resolver aqueles problemas, porém com outros instrumentos epistemológicos e discursivos. A metáfora, entre outras coisas, anuncia o contingente de soluções que serão mobilizados. Segundo este palestrante com quem conversei, entender a posição pela qual olhamos o caso, ou como metaforizamos aquela situação, constitui o início da solução de cuidado. Neste caso a metáfora, além de muito significativa para produção de soluções possíveis, também discrimina posição, ou seja, demarca de onde olhamos o problema.

As metáforas pensadas como figuras de linguagem, dizem uma coisa para melhor explicar outra. Assim, quando usada, a metáfora pode falsear uma ideia ao tornar outra evidente. Gomes-Garcia (2021) utiliza metáforas para contextualizar dúvidas, hesitações, mas também operar descritores, instrumentalizar entendimentos, produzir imagens. Nesse estudo as metáforas definem circuitos de solução e entendimento. Todavia, não são universais, mas alternativas de solução. Marcadamente revelam uma posição, denunciam um vislumbre de olhar e elementos com os quais foram construídas noções, como no relato do palestrante acima, que contrasta posições de entendimentos de saúde/doença. Vejamos outras noções sobre metáforas a fim de contextualizar o debate.

Sontag (1988) ao ancorar a discussão sobre sentidos da doença, encontra outro caminho ao tratar metáforas como noções afastadas da realidade. A metáfora não é a realidade da doença e a melhor forma de viver a doença é uma possibilidade de se afastar das metáforas já existentes a seu respeito, aponta em seu texto. Aqui, uma definição de doença e de metáfora mais efetiva, uma não é a outra. Metaforizar não é descrever a doença, mas falseá-la em alguma medida. E esse falseamento é construído por outros, por outras histórias que atravessam a experiência do enfermo. No entanto, falseando ou não, as metáforas produzem discurso sobre doenças, corpos e outros seres, como fica evidente nos argumentos da autora e em algumas releituras desta relação metafórica específica, a exemplo Barbosa, Bertão, Passinho (2020).



Ou ainda, leituras da realidade de pandemia a qual nos encontramos, Pavón-Cuellar (2020) e Carvalho; Rocha Luz; Rossigneux Paulino e Ferreira (2020) mapeando as metáforas que funcionam como mediações para a rua, vírus, máscaras. O modo como metaforizamos o Coronavírus, nessa condição pandêmica, produziu um conjunto expressivo e diverso de comportamentos coletivos, relações, sofrimentos. A experiência de formação, assim com a experiência de adoecer, ou como as experiências relativas à espiritualidade e religiosidade são, sem dúvida marcadas por narrativas onde muitas vezes se impõe a ideia de falseamentos. Nesse sentido as metáforas compõem narrativas, e os contrastes entre o vivido e o falseado são objetos de análise nesse estudo.

Ademais, essa referência demonstra que as metáforas são expressões que produzem efeitos, contribuem para a realidade. Portanto, as partes que a compõem, suas associações, também definem caminhos, circunstâncias, possibilidades de entendimentos. Os autores acima, Carvalho et al (2020) destacam como as metáforas fazem referência a noções individuais de proteção, constatando precárias as associações coletivas. Por exemplo, apresentar os indivíduos como vetores de contaminação dos espaços públicos. Neste caso a metáfora além de demarcar uma posição, também é parte de um fluxo de efeitos. Ela participa da produção de contingentes.

Outro trabalho que relaciona metáforas em contingente de efeitos, é o que Martin (1994) produz etnografia de uma campanha de imunização ao investigar circuitos onde se produzem metáforas sobre doenças/imunidade. Primeiro nos espaços da mídia, depois em contextos de produção científica. Fica evidente a diversidade de metáforas usadas para estudar, explicar, descrever doenças e seres diversos. Bem como, a partir delas, os modos de intervir no contexto epidemiológico mudam objetivamente. A pesquisa conclui com metáforas de plasticidade para pensar o fenômeno da imunização. Referindo às curvas de gráficos sobre a propagação das infecções, picos e baixas, mas também à própria adaptação dos corpos como uma capacidade plástica. A conclusão do trabalho são as metáforas aos corpos imunizados, bem como sobre o significado de imunidade.

Propomos entender as narrativas dos sujeitos como metáforas por dois motivos. Primeiro, pela capacidade de criar vislumbres explicativos, como citamos em estudos e na conversa com o professor de sociologia, as metáforas tornam alguma coisa evidente em sua anunciação. Ou seja, elas criam imagens explicativas a partir de um ponto de vista. Em segundo lugar, porque os discursos ativam arranjos de conhecimentos religiosos ou de espiritualidade para compor argumentos de saúde, de modo que a fundamentação do discurso é pouco evidente. Os argumentos são criados a partir da experiência religiosa, porém compõem

explicações do campo da saúde. Isso é um novo arranjo, se considerarmos a separação destes campos discursivos.

Em algumas vezes, perguntei aos entrevistados se ao construir tais observações, estavam descrevendo ou metaforizando. Ainda não obtive resposta para essa questão, o que nos levou a usar a imagem da metáfora como um recurso efetivo. Justamente pelo caráter ambíguo do posicionamento dos sujeitos, a metáfora anuncia um ponto de vista do fenômeno, porém, os que a formulam parecem pleitear um lugar discursivo pouco determinado. Como se através de metáforas pudessem falar livremente, sem atender a comprometer-se discursivos. Assim, descrever noções de espiritualidade na saúde é um risco muito caro, mas criar metáforas, um risco possível. Vejamos tais imagens construídas quando em entrevistas. Neste caso, contando sobre uma aula no curso de medicina.

Eu começo brincando com a espiritualidade, dizendo: quando Deus quis fazer o homem, soprou e fez a vida, então é a respiração que é a mais importante, ela é a fonte de vida. Fazemos essa brincadeira tentando trazer significados para os estudantes usarem. Porque são muitas informações e os estudantes precisam ter possibilidades de fazer ligações com o que estão estudando.

Então, o que eu proporciono para eles durante a formação é que façam muitas relações entre o conteúdo e as coisas que veem cotidianamente. Então eu digo: observe a respiração de um homem, de uma mulher, a respiração de vocês agora. Como estão respirando? Quais as diferenças entre estes que observaram? Ou entre os momentos observados?

Isso tem que gerar significado para eles. E depois a gente vai explicar fisiologicamente como isso acontece. Para eles comecem a se perceber dentro deste mecanismo. Ou seja, a fisiologia entrega para a gente uma chave que oportuniza dizer a eles que nem tudo é patologia. E entregamos exercícios cotidianos: hoje vocês vão sentir a respiração do cachorro, do namorado, namorada... [Carolina. Mar-Jul, 2020.]

O ensino de fisiologia está abordado a partir da observação cotidiana. Estudar fisiologia olhando para este contexto é uma alternativa ao estudo a partir da patologia. Na fisiologia estudada a partir da patologia, o corpo é conhecido, estudado e mediado pela doença, a partir de um funcionamento destoante. O objeto da saúde corre o risco de ser o corpo doente, ver Mota, Machin (2018). A ideia de saúde como ausência de doença, norteou a formação médica até a década de 1980, com uma perspectiva da normatividade vital como afirmava Canguilhem (2009) ao criticar a ferramenta conceitual da lógica de produção biológica.

A metáfora que destacamos é da vida como um sopro divino. A mediação discursiva que apresenta o ato de respirar é oportuna, inteligente e tem poder de produzir símbolos. Mas ela também é bíblica. Nessa metáfora, uma coisa – bíblica – é usada para explicar nuances da ciência. Será um problema entre conhecimento científico e religioso apresentar a respiração nestes termos? O que me parece possível de sublinhar é que a respiração não foi apresentada como recurso de uma patologia, mas de uma mitologia religiosa.

A gente também fala dos volumes pulmonares, essa parte é bastante interessante, porque tem um volume que nunca sai do pulmão, que é residual. Aí eles comentam, só quando a pessoa expira. Expira no sentido de morrer, quer dizer, a vida saiu. Então eu faço analogia, lembra que a vida entrou? A vida saiu.

Ou você ensina através de uma linguagem bioquímica: o pulmão expande porque tem uma entrada de ar, ou pela patologia, pela doença: quando você tem enfisema, o alvéolo expande, mas não volta, porque perdeu a capacidade elástica. Então, o estudante já vai aprendendo o funcionamento e os fenômenos da respiração a partir das noções de incapacidade, das características de um corpo doente. E eles se atentam muito quando falamos da patologia. Aí precisamos dosar as formas de falar sobre.

Na última parte de respiratória, a gente fala de fisiologia de forma integrada. Então é respiração junto com circulação, junto com o próprio tecido. Isso tudo dentro de situações possíveis. O que acontece com sua frequência se está fazendo exercício? E com seu pulmão? Voltamos para o experimento das pessoas. Você que é mulher, homem, sedentário, como podemos pensar as respostas fisiológicas a partir destas diferenças?

Neste momento eles perguntam muito sobre a meditação, respiração na meditação, este controle respiratório no exercício. Aí a gente fala pouco sobre o componente respiratório biológico e mais sobre o componente cultural, de como as pessoas, a depender da cultura, podem ter diferentes respirações. Lembro que uma vez contei em aula sobre um paciente que estava acompanhando. Ele estava na UTI, estava começando a controlar a respiração, mas eu não via qualquer movimento de caixa torácica! E a saturação estava cem por cento. Como é que uma pessoa pode ter uma respiração com uma expansividade tão baixa e manter uma boa saturação? Contei isso porque este paciente era de origem japonesa, e ele tinha um controle absoluto da musculatura para fazer a respiração. [Carolina. Mar-Jul, 2020]

O exemplo clínico emerge como fundamento para as proposições sobre respiração e sua relação com volume e saturação. O diagnóstico, a análise da saturação, a métrica que baliza a expansão da caixa torácica, todos estes elementos tornam-se evidências, um testemunho técnico, uma análise profissional, o resultado de um olhar científico. Ademais, o exemplo nos entrega outra textura e marca a respiração como um fenômeno de diferença.

Para Ingold (2010) a realidade é dependente de posições e instrumentos de conhecimento. Conhecemos a partir do lugar em malhas emaranhadas de matérias, sentidos, fluxos. Essa malha emaranhada é chamada por Ingold de vida, boa parte de outros autores na antropologia anuncia como cultura, concordam que dependemos destes fluxos para vislumbrar objetos, experimentar afetos, anunciar verdades ou compartilhar sentidos. Mesmo quando produzimos ciência, estamos construindo e vislumbrando a partir de posições na cultura. Vejamos mais um exemplo deste deslocamento e associações:

Eu acho que olho para as pessoas e penso assim: você tem um invólucro carnal que é seu corpo e você tem um núcleo energético que eu entendo que, esse núcleo energético, habitualmente, chamamos de espírito ou aquilo que lhe anima. Esse núcleo que lhe anima é que dá a sua essência. O seu corpo, ele é, apenas, um veículo que interage com esse mundo material. Seria muito difícil, para mim, olhar para esse invólucro carnal, olhar para ele e estabelecer atributos em relação a essa essência energética. Eu consigo ter uma noção do espírito através dos atributos: pela questão de inteligência, da sua imaginação, na sua capacidade de abstrair. [Antônio. Mar-Jul, 2020]

Novamente o conteúdo das elaborações são associados a outra ordem filosófica religiosa. Este entrevistado é praticante de espiritismo kardecista, mesmo não podendo fazer referências objetivas sobre sua definição, o contexto formativo pode ser destacado. Não existem formulações na ciência acadêmica sobre corpo e espírito, a este respeito apenas formulações nativas, culturais ou de grupos religiosos. Marcadamente mais uma metáfora vincula conhecimento religioso e contexto científico.

Esta pesquisa compreende o currículo como um território onde se derramam símbolos, materialidades, onde se estabelecem associações, relações, e se produzem diversas subjetividades, como em Vilas Boas, Daltro, Garcia, Menezes (2017). Nesse território, a noção de corpo se alterna entre o corpo máquina complexa desenhado por René Descarte – a quem cabe um conceito de saúde como ausência de doença e sem espírito, com o corpo subjetivado biopsicossocial, para quem a saúde, pensada como bem-estar inclusive espiritual, é um direito. Esta circulação conceitual é marca discursiva da formação médica, e um currículo vivo se faz assim presente na sala de aula, na cantina, nas formas de fazer ciência, de fazer política de uma instituição.

Do ponto de vista assistencial, é muito importante o entendimento diante daquele indivíduo que convive com a dor, como ele tem a sua fé. Entendo que essa é uma questão importante, tanto do ponto de vista do entendimento daquele indivíduo em relação à religiosidade, espiritualidade, quanto o entendimento da minha própria abertura para aquele indivíduo.

Acho que esta é uma questão transitiva. Então, é importante que ele perceba essas duas questões. Tanto de um lado, quanto do outro. E me coloco, habitualmente, muito aberto em relação a isso. Sei que esta é uma questão muito presente, mas, do ponto de vista pessoal, ela é uma questão que se construiu ao longo da minha vida. Não é uma questão atual, contemporânea, é uma questão que foi se construindo durante muitos anos. [Antônio. Mar-Jul, 2020]

Fé e ciência foram descritas muitas vezes como materialidades que vão se construindo, se desenvolvendo a partir de relações com conhecimentos, experimentações, incursões. Ambas são postas à prova, análise, ambas descritas e relacionadas às situações de doenças, saúde. Em muitas instâncias, a partir dos relatos que escutei, fé e ciência compõem realidade e balizam decisões. Bem como podem estar misturadas entre si, tanto a fé nos instrumentos de ciência que tentamos inspirar, como as produções acadêmicas que pretendem validar expressões de fé. Sobretudo, são exercícios que se constroem a partir da relação com outros e desenvolvem subjetividades, formas de relações. Por conseguinte, a fé em mais uma nuance:

A fé como um processo de transformação, como um processo de resiliência diante de situações de dor, de fazer um indivíduo suportar questões muito difíceis. Acredito

que através da fé, um indivíduo consegue lidar com questões de maneira mais... de forma mais adequada. De vez em quando, nós lidamos, inclusive, no curso de metodologia, com questões como num trabalho publicado na Lancet sobre o papel da prece, mostrando que dois grupos: um grupo que trabalhou com prece e o outro grupo que não trabalhou com prece, que os desfechos foram diferentes. De vez em quando, a gente escuta os nossos alunos, alguns interpretam isso como uma questão de efeito placebo, mas nós entendemos que existem outras coisas que estão além das coisas tangíveis. [Antônio, Mar-Jul, 2020]

A relação com a fé e com as questões espirituais podem oferecer um lugar de observação fundamental, que constitui uma perspectiva atenta a conjuntos expressivos de fenômenos, práticas, ou mesmo assegurando alguns processos específicos. A própria subjetividade deste professor, constituída por reflexões de fé, oferece um posicionamento perspectivo que possibilita determinada atenção. A saúde segue como um complexo amplo de possibilidades.

A história que eu vou contar não é inédita. Escutei quando estava no mestrado. Ele era um indivíduo jovem, com dezoito anos, altamente viril. A mãe dele tinha experiência com religião afro oriental e ele namorava uma moça também com experiência com uma religião afro oriental: "Meu filho, eu não quero que você se envolva com essa moça, ela não é uma boa companhia para você. "

E, como todo rapaz com uma dependência materna, ele acabou ficando com a mãe dele e decidiu falar com a moça que devia acabar com relacionamento, e a moça esperta, sagaz, virou e disse: "Meu filho, tudo bem, mas vamos fazer uma despedida." E, aí, eles foram para os finais e o rapaz, depois de ter aproveitado bastante, ficou lá largado e, quando viu, ela estava fazendo umas medidas sobre o seu órgão viril e disse: "Se você não vai ser meu, não vai ser mais de ninguém. "

E, a partir desse momento, o rapaz ficou numa situação de impotência sexual que não tinha jeito. Procurou o núcleo de urologia da UFBA e não constatou absolutamente nada. Ele tinha teste de tumescência noturna indicando que ele tinha capacidade eretiva, foi encaminhado para o núcleo de psiquiatria da UFBA que não constatou nenhuma alteração, que é, realmente, surpreendente, quando eles investigam, sempre tem traumas infantis, coisas parecidas. E com essa dependência materna era até difícil não ter encontrado alguma coisa.

Encaminharam para a antropologia médica da UFBA. Levaram ele lá para o Litoral Norte, disseram: "Isso é uma doença mágica e ela precisa ser equacionada no território da doença mágica. " Ele participou de um ritual mágico no Litoral Norte e ficou curado.

Eu interrompi o professor que contava e disse: "Professor, isso aí é um absurdo, a gente está entrando numa linha primitiva!" O professor virou para mim e disse: "Antônio, o que interessa para o rapaz não é o pau dele subir? " Eu parei, pensei: "É verdade! O importante é resolver o problema efetivo dele." O rapaz foi atendido, eu participei desse atendimento, logo depois o rapaz já estava resolvido, curado. Daí em diante, me tornei fã da antropologia médica e descobri que essa questão de quem cura não tem importância nenhuma! E me lembrei de minha mãe que quando tinha problemas de ansiedade durante um pesadelo noturno, a água com açúcar era altamente efetiva. Então, essa questão de se quem cura é o médico, curandeiro, quem quer que seja, não me interessa. Contanto que o indivíduo seja curado. [Antônio. Mar-Jul, 2020]

Como pode ser visto em alguns casos no campo da antropologia médica, a exemplo de Tavares (2015), determinados conhecimentos institucionais em saúde, como os operacionalizados por muitos médicos não alcança explicações para o fenômeno da

enfermidade, ou problema experimentado. No entanto, destaco as relações propostas pelo colaborador ao contar a história, relações religiosas e espirituais são protagonistas do relato. O exemplo assegura a contingência religiosa como um vetor de solução para problemas de saúde.

Podemos observar o deslocamento entre formas de contar. A observação técnica e comprovação médica asseguram um teor efetivo ao relato, aqui se descreve uma realidade que se testemunhou e verificou. Mesmo que pareça fantástica aos ouvidos. Todavia, a verificação sistemática científica é quem produz veracidade ao relato. Como no exemplo contado por Carolina, o olhar tecnicamente treinado pela ciência observa o improvabilíssimo e valida a partir dos instrumentos de verificação da ciência. O improvável se faz verossímil a partir da evidência.

Os exemplos são contextualizam modos de ensinar que não excluem o uso de metáforas, ao contrário, produzem uma textura conjuntiva, todavia, efetivamente, se diferem delas. Como comentamos outrora, inspiram diferentes contingências para criação, bem como diferentes recursos descritivos. Os recursos usados pelos entrevistados para construir metáforas não são científicos, passeiam entre religioso ou filosófico/espiritualista. Isso não expressa um problema, não se trata de uma denúncia com relação aos argumentos ou elaborações docentes. Mas uma reflexão descritiva sobre como associamos discursos sobre corpos. É bem-vinda a liberdade de associações no currículo para pensar ou apresentar os contextos de saúde. No entanto, observamos as metáforas como instrumentos efetivos para criação de noções, ideias, complexos a partir dos quais aprendemos. Como a ideia de respirar pelas feridas aparece em Gomes-Garcia (2021), ou as ideias de imunidade em Martin (1994).

Nos relatos entendemos as metáforas como posições que permitem vislumbres possíveis. Ao associar elementos religiosos e científicos, articulam outras aberturas a noções de saúde. Essas aberturas aterram posições pouco objetivas, justamente por operacionalizar conhecimentos de diferentes campos, religioso e científico. As validações não são marcadas, mas povoadas de exemplos que contextualizam outros instrumentos de comprovações. Mas é justamente pela sinuosidade destas metáforas que podemos explorar uma riqueza empírica, as metáforas são tentativas de alinhamentos entre discursos que se separaram no campo onde foram formuladas, religião e ciência. São reposições entre partes, em muitos casos opostas, configurando novas possibilidades de diálogo, abrindo para desconhecidos, compondo um território de risco.

## **Saúde é abrir-se ao risco.**

Para pensar a noção de risco, voltemos para algumas referências. Canguilhem (2009) apresenta novas continuidades entre ideias de normal e patológico, com isso outros caminhos possíveis para o conceito de saúde. Ao explorar essas oposições conceituais, o autor nos apresenta a normatividade a partir do vivente. A vida é composta por uma normatividade porque os seres estão em um dinamismo contínuo por conexões de vida, a norma é a busca por essas ligações. O caráter normativo não é motivado por características efetivas do ambiente, como leis naturais, mas por um movimento dos organismos em contato com o ambiente na busca por relações, conexões de vida.

Como apresentado por Safatle (2015), essa relação entre organismo e meio inverte as capacidades quando comparadas a outras teorias, como em Durkheim onde a sociedade tem leis de funcionamento. Por isso mesmo, ajuda a propor reflexões na direção de transformações políticas, discursivas, a partir dos desdobramentos de atitudes do indivíduo intervindo em circuitos de afetos. Assim Safatle (2015) marca a força do organismo vivo na teoria de Canguilhem, estes têm potência nos percursos de conexões, põem-se em situações de abertura a novas associações.

Assim, normal e patológico não são fundamentos dos ambientes ou dos organismos. No lugar disso, temos uma noção de saúde pensada a partir das contínuas conexões entre organismo e ambiente. Bem como da capacidade de criar conexões com o meio. Essa capacidade de conexão exercitada pelo organismo biológico funciona como dispositivo de criação de novas formas de vida. Tal movimento de conexão e produção contínua, além de colocar a noção de patologia como irrelevante, já que são organismos em exercício de conexão e não desajustes, também oportuniza uma ideia de saúde pautada pelo exercício de conectar-se. Abrir-se para riscos.

Essa imagem nos ajuda a entender tanto o conceito de saúde em Canguilhem como a sua utilidade para pensar novos modos de entendimento, ou circuitos de transformação. Quando os organismos estão emaranhados em busca de conexões com o meio, as transformações seguem se realizando. Este movimento, chamado de normatividade de vida é mediação para criar o novo. Segundo Caponi (2009) saúde aqui é apresentada como abertura ao novo no lugar de capacidade de adaptação. É menos uma acomodação dos organismos a partir de intervenções externas e mais uma busca por conexões novas. Como em

Neves, Porcaro, Curvo (2017), ao propor uma leitura interessante da saúde em Canguilhem, saúde é colocar-se em risco.

Adotamos essa ideia para pensar a especificidade destas metáforas pela qualidade de suas conexões, arranjos entre contextos de ciência e religião. Também pela potência de transformação que instrumentalizam, estando em posições afastadas até então, diálogos entre estes contextos podem significar avanços importantes ao conhecimento acadêmico. Por último, pela abertura dos sujeitos ao propor discursos novos, como na ideia de normatividade da vida exercitaram-se diante de novas conexões. Em outras palavras, tratar de conexões entre espiritualidade, religiosidade em espaços de formação em saúde é exercitar uma saúde que segue abrindo-se ao risco.

## **O que dizem as metáforas?**

As metáforas indicam caminhos de conexão assumidos pelos sujeitos de pesquisa, ou seja, representam linhas mais detalhadas das ligações possíveis que são construídas ao colocar-se em risco. Tal risco, que pode ser de várias ordens, aparece aqui como risco discursivo, aprofunda uma posição diante dos fenômenos de saúde. A partir da pesquisa qualitativa e de instrumentos como a etnografia, podemos exercitar escutas detalhadas que nos apresentam nuances das relações que são feitas cotidianamente. Os autores citados promovem uma reflexão filosófica quanto à noção de saúde e normatividade da vida.

Por conseguinte, inspirar o olhar cuidadoso para o que as relações podem promover depois de anunciadas. As metáforas nos encaminham para uma reflexão epistemológica porque denunciam diferentes modos de conhecer, seja o da religião ou da saúde, que podem ter sido apartados no contexto do campo da formação, mas seguem articulados nas palavras dos sujeitos desta pesquisa. Bem como possibilitam pensar saúde por meio de processos de abrir-se ao risco.

Com este caminho, finalizamos em duas considerações que nos levem a pensar nas conexões construídas e os efeitos das metáforas que produzimos: Primeiro, os discursos narrados estão diante de conexões possíveis, podem sofrer outras. Oportunizam modos de aprender, ensinar e abordar contextos e práticas de saúde. Por isso as metáforas devem ser pensadas ou produzidas com atenção e cuidado epistemológico. Em outras palavras, devemos estar atentos aos elementos com os quais construímos metáforas para formular enredos de saúde, já que essas estarão produzindo o exercício de ensinar, dizer entendimentos possíveis, farão efeitos contínuos depois de expostas. Para além, essas vão produzir contornos e perspectivas, seguirão a ativar circuitos de solução e transformação.



## Bibliografia

BARBOSA, C. A; BERTÃO, L. S. P; PASSINHO, L. S. Os inimigos invisíveis: a doença como metáfora. **Revista Internacional Educação Saúde**. Salvador, 2 ed., n.4, 100-104p. <http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v4i2.3330>, 2020.

CANGUILHEM, G. **O NORMAL E O PATOLÓGICO**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **PROMOÇÃO DA SAÚDE**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2. ed. 55-77p. 2009.

CARVALHO, M.; ROCHA LUZ, A. C.; ROSSIGNEUX PAULINO, B.; FERREIRA, C. C. I. **METÁFORAS DE UM VÍRUS**: reflexões sobre a subjetivação pandêmica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 2020.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”. Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, 17 ed., 205-214p., 2001.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **JORNAL VASCULAR BRASILEIRO**, v.6, 2007.

GÓMEZ-GARCIA, A. Respirar por la herida: una aproximación antropológica a las metáforas de las heridas en pacientes con lepra en el grupo móvil de curación de úlceras en Agua de Dios, **CUNDINAMARCA**. Maguaré, 35ed., vol.1 211-237p. 2021. doi: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96671>

INGOLD, T. **ESTAR VIVO**: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição. Petrópolis: Vozes, 2015.

KOFES, S.; MANICA, D. **VIDA E GRAFIA**: narrativas antropológicas, entre biografia e etnografia. Lamparina editora, 2015.

MARTIN, E. **FLEXIBLE BODIES**. The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of aids. Boston, Beacon Press, 1994.

MENICUCCI, J. G.; SANTIAGO, J. A metáfora enquanto ponto de basta: uma articulação possível entre a noção de metáfora e a teoria dos nós. **MENTAL** - ano X - nº 19 - Barbacena-SP - jul./dez. 2013.

MOTA A, Machin R. Corpo e medicina: um encontro de (im)possíveis? Relato de um curso de extensão. **REV MED** (São Paulo). 97 ed., vol 4, 415-421p., jul.ago. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i4p415-421>

NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R. **SAÚDE SOC**. São Paulo, v.26, n.3, 2017.

PAVÓN-CUÉLLAR, D. Metáforas Del Coronavirus: Más allá de la psicologización **TESIS PSICOLÓGICA**, vol. 15, 2020.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. **HORIZONTES ANTROPOLÓGICOS**. v 20, 2014.

SAFATLE, V. **O CIRCUITO DOS AFETOS**: corpos políticos, desamparo, fim do indivíduo. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 29-41p., 2007.

SONTAG, S. **A DOENÇA COMO METÁFORA**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

LUZ, M. T. **NATURA RACIONAL E SOCIAL. RAZÃO MÉDICA E RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019.

TAVARES, F.; BASSI, F. Efeitos, símbolos e crenças. Considerações para um começo de conversa. In: TAVARES, Fátima & Francesca BASSI. **PARA ALÉM DA EFICÁCIA SIMBÓLICA. ESTUDOS EM RITUAL, RELIGIÃO E SAÚDE**. Salvador: Edufba, 17-28p, 2013.

VILAS BOAS, L. DALTRO, M. R. GARCIA, C. P. MENEZES, M. S. Educação Médica: Desafios da Humanização na Formação. **REVISTA SAÚDE EM REDES**, v. 2, 172-182p., 2017.

## **ARTIGO 2**

**Submetido a revista Ciência e Educação.**

**Frágeis convicções:**

**O que esperamos com as crenças dos outros no campo da saúde?**

### **Resumo:**

Este texto trata dos olhares de docentes do campo da formação médica sobre as crenças religiosas em territórios de saúde, como essas evidenciam expectativas e mobilizam contingentes. As crenças constituem caminhos imprevisíveis nas trajetórias dos pacientes e nas expectativas dos profissionais de saúde. Construimos o texto a partir do exercício etnográfico, bem como do constante diálogo com Ingold para descrever a crença como uma mediação em atividade constitutiva. Por conseguinte, pensamos instrumentos de prática médica atentos ao mundo da vida dos sujeitos, alinhando territórios de saúde às práticas de atenção.

**Palavras-chave:** crenças religiosas, etnografia, malha, atenção, saúde.

### **Introdução:**

Souza (2006) apresenta um texto sobre a prática médica a partir das relações entre médicos e pacientes, bem como entre médicos docentes e estudantes. Seu texto é produto etnográfico, a autora frequentou o hospital das clínicas na Universidade Federal da Bahia durante período duradouro, enquanto desenvolvia observação atenta, articulada a conversas com as pessoas que mobilizavam aquele território. Seu trabalho apresenta algumas dessas conversas, observações e relações teóricas para propor uma análise bastante original sobre a prática médica. Para a

autora, podemos olhar o exercício deste contexto com o vislumbre da seguinte chave descritiva: Tanto médicos quanto pacientes estão submetidos ao cruzamento entre prática médica e mundo da vida. A prática médica analisa o paciente e propõe ao seu corpo intervenções e interpretações sobre o mundo da vida, ou seja, seu cotidiano, seus hábitos, modos de conceber aos quais estão enredados. Nem um pouco distante, o médico produz tais intervenções quando imerso em um mundo da vida, conversas, escutas, ou ideias de crenças. Essa última perspectiva será nosso objeto de atenção.

Seguimos alinhados ao texto citado em três pontuações: primeiro, os discursos são elementos na produção de realidade, a partir destes e de metodologias como entrevistas, diálogos, escutas, construímos relações com teorias e outras pesquisas. Segundo, os mesmos discursos são demonstrações de registros das relações, por isso documentam contextos e modos de expressão, como também as conjugações propostas neste texto. Terceiro, alinhamos ideias de crença colhidas na pesquisa aos dois caminhos da autora, a prática médica e o mundo da vida, entrecruzados aos contextos dos pacientes e dos médicos. Ideias de crença religiosa foram recorrentes em colocações durante as entrevistas, mapeadas, elas compõem espaços na prática médica e no mundo da vida.

Diante desta narrativa, repensamos uma noção de crença como alternativa. No lugar de uma tessitura simbólica que assegura comportamentos, propomos uma leitura da crença religiosa a partir da ideia de malha, Ingold (2015), na qual a crença constitui movimento de enredos, possibilitando vários caminhos de relações, associações e existências. Trata-se mais das relações que possibilitam a emergência de entidades, seres, significados, mudanças de contexto, do que coerência entre prática e universo simbólico crível, Souza (2015). A crença religiosa é mais um traço dos corpos, sujeita a várias e imprevisíveis associações e não garante a docilidade dos corpos, Foucault (2010), mas a imprevisibilidade das posições. Neste sentido, a crença religiosa assume caráter produtivo no que diz respeito às relações de saúde. No lugar de expectativa as crenças podem fomentar perguntas e enredar mais recursos de conhecimento sobre os sujeitos nas relações de saúde. Bem como a crença religiosa em saúde podem compor um diálogo possível, mesmo quando diante do imprevisível.

### **Campo:**

Ingold, antropólogo contemporâneo, desenvolve proposta analítica de compressão sobre a noção de pessoa a partir da desconstrução de dualismos entre natureza e cultura, mente e corpo. Tal proposta reafirma a continuidade entre essas supostas dualidades que fundamentaram parte

do conhecimento científico vigente, ver Ingold (2015). Nas relações propostas pelo autor a percepção deve ser orientada por reformulações das relações entre corpo e mente, ou ideias de natureza e cultura. Trata-se de atentar para os processos, as tecituras de relações entre organismos e ambiências, que evidenciam emaranhados em movimento como vemos em ato nesse trabalho etnográfico que descreve camadas discursivas sobre o fazer médico emaranhados ao processo de formação em medicina. Novamente, somos mais continuidades e menos fronteiras, somos constituídos por linhas de relações no lugar de rupturas ou dualismos.

Ingold é protagonista nessa pesquisa por sua contribuição aos processos de composição de ideias, relações ou materialidades. A partir de uma proposta que atenta aos caminhos e a porosidade dos dualismos pudemos vislumbrar melhor o fenômeno das relações em saúde. Bem como as relações desenvolvidas acerca das crenças religiosas relatadas durante processos de cuidado.

O campo dessa pesquisa foi realizado em uma faculdade concentrada na formação em saúde, localizada na cidade de Salvador, nordeste do Brasil. Essa Escola de natureza privada, mas sem fins lucrativos que contribui para formação em saúde com excelência e qualidade, no seu território, tanto com relação ao compromisso de formação, como também no que diz respeito à produção de conhecimento em saúde, conseqüentemente de discursos sobre os sentidos da saúde, dos modos de cuidar propostos. Sua filosofia de ensino orienta por meio das práticas – por isso a experiência de formação leva a contextos de imersão, atividades experimentais e variadas relações com casos emblemáticos em saúde, nomeadas a partir da ideia de metodologias ativas de ensino em saúde que são apropriadas por locuções de racionalidades diversas entre a ambição de uma formação médica humanizada, o protagonismo discursivo das evidências e uma cultura de que “para ser médico, é preciso sofrer.

Nesse artigo os casos e experiências práticas são as principais mediações para reflexões sobre crenças religiosas, ou seja, onde as crenças religiosas são abordadas de modo mais enfático. Concomitantemente, discussões sobre crenças religiosas são desenvolvidas nos componentes disciplinares que contextualizem alteridades ou realidades/diferenças sociais. Também aparecem quando os estudantes escutam as experiências clínicas dos docentes, quadros de diferença e crença são marcados pela via das histórias clínicas dos professores.

Essas observações são produzidas a partir do meu percurso de campo e trabalho como docente, leciono ética e bioética e psicologia e saúde, ambos componentes abordam temáticas relativas a alteridades sociais e modos de abordar crenças religiosas na saúde. Bem como a partir das

entrevistas com os sujeitos de pesquisa, quando mencionadas essas informações ficarão mais evidentes.

As crenças pessoais, de coletivos apresentados ou de pacientes passados são realidades discursivas no currículo, todavia não são marcadas por argumentos alinhados com ideias de alteridade, mas seguem com objetivo de salvaguardar respeito e orientações de como proceder diante das diferentes demandas neste aspecto. Trabalhe-se mais o tratamento de tais demandas em saúde, como contorná-las ou respeitar expressões, e menos o que essas questões podem significar, materializar ou ensinar para o campo da saúde. As diferenças enquanto crenças são comuns quando os cuidados desenvolvidos na saúde ferem valores caros a este território.

Explico melhor, muitas vezes as orientações quanto a educação em saúde opera uma lógica de convencimento quanto as intervenções que pretendemos realizar. Recomenda-se os remédios, hospitalizações, intervenções cirúrgicas independente do que dizem os enfermos, pacientes. Educar em saúde significa, neste caso, convencer do que sabemos, independente da alteridade que se apresenta, perspectiva que localiza relações hierarquizadas. Podemos ver no texto de Souza (2006), ou em Gama (2020). A alteridade, seja quando realiza situações de contextos sociais ou opções de trajetória, deve ser lugar de respeito, mas também escuta atenta e colaborativa, exemplificam as autoras em seus textos. A voz do paciente deve dimensionar a escolha de caminhos alternativos para tratamento.

Assim, é fundamental desenhar esse contexto de campo e intenções argumentativas, porque o corpo docente mais amplo e os sujeitos escutados para esta pesquisa são parte de um quadro relativamente homogêneo com relação à origem familiar, posicionamento social ou prática religiosa. A maioria das pessoas são brancas, de classe média alta e circulam entre religiões ou orientações espiritualistas similares, como centros espíritas ou igrejas católicas e evangélicas, neopentecostal e uns poucos no candomblé e Umbanda. A crença religiosa ou como a vemos e narramos, neste contexto de produção discursiva e formativa é contingenciada por essas influências. Seguindo as orientações constitutivas de Ingold, (2015) ambiência e emergência de seres nas relações. Possivelmente, este contexto leva a produção de um quadro de orientações em como proceder ou entender as crenças dos sujeitos que acessam saúde. Como compartilhamos atenção, a partir do diálogo com Ingold, ao caminho, o lugar da produção de relações, podemos notar uma dinâmica na atividade constitutiva da crença em circulação nos relatos dos sujeitos. Veremos algumas das reflexões diante.

### **Relatos, caminhos e texto:**

Este trabalho foi desenvolvido a partir da associação entre exercícios etnográficos, quais sejam: A imersão no território estudado, a produção de um diálogo duradouro com sujeitos, e a escuta atenta durante este diálogo. Além da formulação de questões que balizaram conversas e produziram encaminhamentos aos interesses de pesquisa.

Neste sentido, os processos de composição do campo foram marcados pela produção de entrevistas, estas entendidas como evento e encontro. Portanto atentando aos espaços, palavras ditas e modos como são expressas, bem como a configuração do relato como parte deste evento/encontro. Tal método pode ser visto em Cardozo (2014), ou Kofes (2014). Também foi fundamental a escuta continuada dos sujeitos no campo ou dos relatos produzidos nas entrevistas, a partir de gravações consentidas. As escutas recorrentes possibilitaram elaboração de novas perguntas e mobilizaram caminhos de avaliação e decisões. Dentro destes exercícios marcamos também a imersão como categoria que enredou a situação etnográfica, estar em campo fez conhecer fluxos de sentido e informações dispostas na escola.

Este exercício de campo nos direcionou à produção de um texto fundamentado em escolhas narrativas. Primeiro, seguimos fundamentados na força dos relatos colhidos nas entrevistas. Os relatos produzidos pelos sujeitos são expressões que nos levaram a pensar questões de pesquisa, descrevemos tais relatos com compromisso e espaço suficiente para constituição da elaboração de ideias e contextos. Segundo, o exercício etnográfico se textualiza ao longo dos parágrafos. Tratamos de noções encontradas em campo, reflexões, conversas, construções do caderno de notas, todas estas alinhadas aos relatos. De modo a demonstrar o percurso do próprio campo, as palavras dos sujeitos levaram a reflexões e associações possíveis. Este modo de organizar o campo etnográfico pode ser visto nas autoras citadas no parágrafo acima, mas também em Rabelo (2014), Kopenawa, Albert (2010).

Este contingenciamento de campo e tessitura do texto nos aproxima da realidade cotidiana da pesquisa. O texto encaminha ao que acontece nos processos, escutamos e pensamos questões, em seguida propomos reflexões, diálogos com outras pesquisas. O processo da produção de informações e os diálogos a partir dos quais produzimos ficam mais evidentes e possíveis de serem mapeados. Essa atitude metodológica apresenta os processos de produção da ciência aos leitores, como recomenda Souza (2017), bem como constitui o desenvolvimento de uma ciência descritiva que narra seus processos de construção argumentativa, ver Ingold (2015).



Os entrevistados que dispuseram suas palavras assinaram termos de consentimento. Mesmo assim, trocamos seus nomes para assegurar anonimato. Neste texto estamos em diálogo com dois dos sujeitos entrevistados. Este projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética.

### **Noções de crença na antropologia e na saúde**

Para contextualizar as crenças religiosas em experiências de pesquisa, seguimos uma linha de leitura que articula produções no campo da ética, da formação em saúde e antropologia da saúde. Nestas, as crenças aparecem como categorias reflexivas do campo, mapeiam modos de proceder ou refletir. Em seguida, propomos a leitura de crença mediado por uma categoria teórica que a permita estabelecer contingências, a fim de refletir sobre as complexidades adiante.

Souza, Moraes (1998) observam crenças religiosas mediando com o diálogo da bioética. Portanto os argumentos das autoras são apresentados em relações jurídicas, a crença religiosa como direito humano fundamental. Nesta linha as autoras desenvolvem o fenômeno das crenças em dois pontos, os valores religiosos não podem ser desconsiderados por profissionais de saúde, bem como podem significar nuances positivas, como por exemplo, conforto e recuperação. Este trabalho, uma publicação com mais de vinte anos, parece acertar a direção dos fenômenos de crenças religiosas na saúde construídos a seguir, por um lado há respeito ético assegurado, por outro uma expectativa de tranquilidade por parte dos crentes pacientes.

Souza (2002) ainda escreve sobre o tema em outros trabalhos, marca novamente a autonomia do paciente com relação às crenças religiosas, fortifica o debate relativo ao respeito no contexto da saúde. O fenômeno da crença também é povoado por entendimentos quanto aos recursos de cuidado, ou seja, crença religiosa como instrumento de comunicação em saúde, observados em Murakami, Campos (2012). Esse trabalho apresenta as crenças religiosas como elemento de continência emocional, além de proporcionar costumes alinhados com qualidade de vida. A expectativa de que crença leva a controle ou tranquilidade reincide.

Neste sentido a formação em saúde, em alguma proporção, é marcada pelo debate da qualidade de vida e das relações com emoções. Em direções argumentativas similares aos trabalhos já citados, Oliveira (2017) contribui ao associar prevenção e cura a experiências de pertencimento religioso. Os crentes tendem a processos de cura e aos cuidados preventivos. Não obstante, Willeman (2009) descreve narrativa jurídica que tensiona espaços de saúde através dos discursos de pessoas Testemunhas de Jeová recusando constantemente a transfusão de sangue,

justificando a recusa com sua crença religiosa. A crença religiosa deve ser respeitada pelos profissionais de saúde, argumenta enfaticamente o autor. A jurisdição sobre o próprio corpo deve ser dos pacientes crentes e não dos profissionais de cuidado, contribuindo para o debate ferrenho nos espaços de formação em saúde, perspectiva que compromete a formação e a prática clínica com os princípios que circunscreve a ideia de saúde da OMS (1948).

Na antropologia da saúde, as crenças religiosas configuram um contexto que tangencia os argumentos citados. Em marcações históricas ou na produção de alguns trabalhos, crença organiza a experiência confusa do doente, proporcionando um caminho de sentido pela experiência de cura, ver Turner (1967), Levi-Strauss (1967). Neste caso, o ritual assegura alguma organização simbólica ao enfermo e possibilita a cura. Estes estudos acabam por validar a produção de cura nos territórios terapêuticos enquanto inviabilizam a existência dos elementos culturais nos mesmos territórios, o doente é curado porque sua crença o organiza simbolicamente. Essa crítica é formulada por Rabelo (1993), no mesmo texto, a autora observa a possibilidade de entender territórios terapêuticos como ambientes de contingenciamentos, os pacientes atuantes agenciam e confrontam determinados símbolos e efeitos nas experiências vividas.

Favret-Saada (2005) aprofunda a ideia de estar sobre efeitos, ou ser afetado dentro de um território de terapêutica em saúde. Em campo ela assume um lugar sobre os eventos e circuito de símbolos e práticas de uma terapêutica a fim de curar-se de um feitiço, ou seja, assume uma posição no campo, diante dos efeitos ou afetos que o compõe. A autora propõe uma mudança aos estudos sobre terapêuticas, bem como fragiliza a ideia de crença, trata-se menos de acreditar nos eventos e mais em estar diante deles, sob os efeitos que eles proporcionam. Crer ou não é uma experiência reflexiva sobre os afetos e efeitos.

Esta experiência marcada no corpo pelas afecções secundariza a crença, tratemos primeiro dos sentidos, centralizemos a experiência. Este caminho argumentativo realinha a crença aos campos etnográficos, como Mello (2020) ao tratar o debate da dúvida em campo de culto à Kali: crença e dúvida são produzidas e alinhadas à experiência de afecções, especulações, debates cotidianos. Trata-se da crença ou dúvida em construção, cada situação torna uma mais evidente que a outra.

Para Ingold (2015) as crenças participam deste movimento, junto com símbolos, efeitos e relações associadas. Deste modo, tanto os símbolos quanto os efeitos ou afecções estão diante de uma articulação de contingentes, emaranhado de relações. Todas fazem parte do movimento

de materiais proporcionado pelos ambientes, territórios, seres que os habitam. Estamos diante de um fluxo constante e plural. Essas, singularmente, possibilitam caminhos por fazer crer, articulam determinadas direções, linhas de possibilidade. Trata-se da crença como produtora de movimento, participando de agenciamentos, mobilizando contextos, diferindo nos territórios.

Neste caminho, Rabelo (2014) faz uma reflexão interessante e nos ajuda a ancorar etnograficamente a crença. Seu texto trata dos assentamentos em terreiros de candomblé, a autora os entende como mediações entre os fiéis e os santos. Os assentamentos são lugares de cuidado, alimento, comunicação, são territórios físicos de contato entre humanos e outros seres. Para falar dos assentamentos, a autora apresenta um texto de Heidegger sobre a ponte, no qual a descrição detalhada da ponte, margens, rio que afunda sobre uma altura, nos encaminha ao argumento de que a ponte além de ligar lugares, também é lugar onde acontecem vidas possíveis. Como a ponte, os assentamentos são mediações elaboradoras de possíveis encontros, o movimento desenvolvido naquele espaço alinha caminhos, produz intercorrências, recalitrâncias. A mediação é produtora de linhas de vida.

Assim entendemos as crenças religiosas, como mediações até territórios possíveis, contato com expressões, ações ou ideias de pertencimento. Mas estas mediações estão vivas, contingenciam, direcionam ao constituir relações, assumem caminho a partir das ambiências desenvolvidas durante seu movimento de encontro.

Com esta leitura, as demandas postas pelo campo da saúde, como respeito às crenças e expectativa de serenidade dos pacientes seguem compondo um contexto de complexidades. Produzem uma organização nova e cambiante em reflexões aos sujeitos envolvidos, também nos ajudam na produção de perguntas. Para tratar de tais contextos vejamos as histórias contadas pelos sujeitos durante as entrevistas.

### **Frágeis convicções**

Heitor é um médico pneumologista que atua na formação médica, no eixo da clínica. É também professor de mais de uma escola médica e atua em hospitais públicos e privados. Conversamos livremente ao longo de algumas horas, foi fácil o diálogo, em pouco já discutíamos ideias com profundidade. O tema mais evidente foi o da crença religiosa, a partir desta conversa pensei a possibilidade de um texto que tratasse da crença religiosa em saúde. Heitor convivia com questões ligadas à recente experiência da linha de frente do Covid-19.

**Heitor:** *No hospital público ou privado havia um desespero comum, um descontrole emocional e isso estava muito relacionado à incerteza da evolução da doença, também ao apego às questões materiais como a casa, família, existência na Terra. O que me chamava atenção é que essas pessoas seguidoras de uma religião ou uma filosofia religiosa tinham relações fragilizadas rapidamente. Eu vi isso muitas vezes. Tem pacientes que chegam se declarando seguidores de uma religião, mas, quando eu chamava estes para uma reflexão metafísica ou do nosso papel como pessoas, percebia que elas não estavam atentas a isso. Não era parte da preocupação delas, em geral preocupavam-se com a cura e retomada do padrão material que vinham tendo.*

*Isso me proporcionou experiências muito interessantes. Comecei a explorar um pouco o discurso a cada consulta, na tentativa de identificar qual era a relação que a pessoa tinha com a religião, identificar os valores daquela religião e tentar encontrar dentro dessa relação um discurso através do qual eu pudesse trazer um pouco mais de tranquilidade e calma. Até porque era uma situação onde ninguém tinha controle, nem as pessoas, nem nós, até hoje não temos um domínio de conhecimento sobre a Covid. O prognóstico era muito incerto, foi retirado o controle da humanidade, as pessoas se defrontaram com o limite da existência, estavam na fronteira da morte.*

As marcantes experiências montaram associações entre crença religiosa, adoecimento e morte possível. Essa composição é comum em textos que tratam do cenário hospitalar, também em etnografias dos processos de adoecimento, Aureliano (2009). Aqui o discurso de Heitor leva a sublinhar dois pontos: a crença em uma reflexão de frustração e a clínica que mobiliza elementos contextuais da religião dos sujeitos envolvidos. Vejamos os exemplos contados:

**Heitor:** *Havia um rapaz jovem de trinta anos que tinha um bom poder aquisitivo. A mãe dele era profissional de saúde, então, tinha algum conhecimento sobre a Covid, o que levou mais tensão na condução do caso. Esse rapaz teve uma doença leve, mas a repercussão na vida dele foi como se ele estivesse com uma doença gravíssima.*

*Curiosamente ele teve uma complicação, um pneumotórax, o escape de ar dentro do pulmão. Ainda que tenha sido uma situação leve, sem riscos de vida, fisicamente ele teve uma dor muito forte, para ele foi uma catástrofe. Isso aconteceu no sábado, ele e a família eram adventistas, religião na qual o sábado é dia sagrado. Então eu dizia: 'meu amigo, não é possível que aconteceu uma coisa no sábado, eu estou te dizendo que os efeitos são leves e você vai ficar curado, mesmo assim você entra em total desespero. O sábado não é sagrado? Um dia de*

*conexão com Deus?’ Eu perguntei: ‘qual é a conexão que vocês têm com a religião e com o Deus?’ Porque se acontece num dia especial para religião isso deve levar a uma confiança de cura, superação, de aprimoramento espiritual. E eu percebi que isso não era uma questão para eles, acho até que esqueceram que era sábado.*

*O acaso acabou convidando outra vez a essa questão, dei alta no sábado seguinte. Aí eu retomei e disse: ‘olha, você piorou no sábado e se recuperou até ter alta no sábado seguinte, não é possível que isso não signifique nada para vocês’. No final deste acompanhamento eu fui pra casa pensando sobre o percurso entre os sábados, em um havia um desespero terrível, no outro a recuperação e volta para casa.*

Clínica atenta à espiritualidade pode compor um instrumento de diálogo fundamental, argumentaram alguns dos entrevistados. É um recurso de conhecimento cotidiano dos pacientes. Requer atenção ao mundo da vida, como vimos em Souza (2006). Não obstante, a associação entre crença religiosa e modos de desenvolver relação com as enfermidades ou processos em saúde pareceram estar dentro de uma expectativa uniforme – preferencialmente ancorada na racionalidade positiva que guia os modos modernos de pensar a ciência e a produção do conhecimento no campo da saúde - como se crer religiosamente em algo levasse a um conjunto de comportamentos previsíveis de serenidade ou paciência. Em alguma medida, as pessoas que compartilharam essa ideia não estavam refletindo sobre o que compõe as crenças dos indivíduos, mas supondo que crenças encaminham a determinado comportamento.

Nossa reflexão direciona atenção enquanto modo de experienciar convivência, ver Ingold (2020), até os circuitos formadores da crença. Ou seja, com quais elementos construímos crenças? O que as habita? Também, com quais elementos construímos expectativas relativas aos modos de acreditar? As respostas possíveis são muitas, marcamos o movimento reflexivo que conduz ao fundo das nossas expressões de conhecimento, sobre nós mesmos e sobre outros. Há uma expectativa com relação ao efeito da crença no relato de Heitor, os sujeitos crentes produziram nele sentimentos de frustrações, porque não se realizaram como comportamento tranquilizador. Suas crenças não revelaram coerências com práticas de aceitabilidade. Todavia, estas movimentam reflexões sobre a força e os vínculos producentes no olhar médico e na clínica. Por isso marcamos a observação de Ingold quanto a atenção, nestes termos, praticar atenção é estar disponível para aquele conjunto de entendimentos, conviver experienciando escuta e percepção. Tal observação pode colaborar com a escuta clínica.

Ingold (2015) nos ajuda com a imagem de aprofundamento nestas noções. Ele nos traz a malha com figura para pensar a vida e o que a constitui é imprevisível e múltipla, também inacabada, sempre em movimento de feitura em linhas emaranhadas. A malha é um emaranhado de linhas, por sua vez as linhas constituem relações, caminhos possíveis, tessituras de relações vivas, enredos. Os organismos vivos em Ingold não são limitados ou uniformes, mas vidas emaranhadas entre e a partir destes fios. Neste caso duas coisas são seguras, nada é só, mas sempre comunga relações com outros, bem como nada é previsível pois pode ser vinculado a outro conjunto de tessituras e seguir outros caminhos de associações. A crença, em uma leitura mediada por Ingold, habita a malha e segue em movimento criativo, por isso não podemos prever o que ela significa, mas atentar, conviver com os caminhos que ela constitui. A malha é uma dimensão simbólica movente que tranca e nomeia a condição de existência e de apropriação linguageira e cultural da existência. Pensando na malha, a crença religiosa poderia se transformar em uma pergunta no lugar de uma expectativa. O que encontrar aqui a partir de tais crenças?Adiante, veremos um pouco mais de nossas leituras de uma crença ativa mediada pelos escritos de Ingold. Por hora, voltemos ao relato.

**Heitor:** *Tentei buscar recursos de espiritualidades para trazer aquelas pessoas a um estado de calma, tranquilidade. Eu acredito que as dificuldades podem ser mediações para aprimoramento. Mas também sei que não estava passando pela situação deles.*

*Cuidei também de uma senhora que era de religião espírita. Ela tinha mais de setenta anos, também com Covid. Neste caso era uma situação clínica grave, precisou de oxigênio em alta dose, um risco alto de morte. Também percebia um total descontrole, ficava em pânico, chorava. Eu tentava acalmá-la a partir do que ela apresenta como características familiares ou cotidianas, eu tento isso na minha prática clínica, busco conhecer o paciente para propor um cuidado direcionado. Então, quando percebi ali um pavor eu perguntei: 'que medo é esse de deixar esse plano? Você acredita no espiritismo, então, se for o momento de deixar esse plano, terão pessoas amigas ajudando a seguir'. O pavor estava contraditório em relação à crença.*

*Essa senhora sobreviveu, mas foi pânico até o final. Quando estávamos finalizando o tratamento ela me disse: 'é muito fácil para o senhor falar isso já que não está no meu lugar'.*

Novamente, o médico segue a crença em uma direção de expectativas específicas, acalmar, tranquilizar. As expectativas são frustradas, a crença leva a outro lugar situacional, tem seus

próprios caminhos e relações. Também fica evidente o universo quase oculto no relato, a impressão marcante que estes pacientes deixaram em Heitor, ele os levou ao seu cotidiano em reflexão, as frustrações fazem efeito em seu mundo da vida.

No mundo da vida citado há um deslocamento perspectivo, a paciente lembra dos lugares ocupados e o médico é levado à reflexão. A expectativa está vinculada a outros elementos, mas não são suficientes para mudar a tranquilidade suposta. O diálogo, todavia, movimentava as posições e sustenta durabilidade, o médico convive com esta experiência. Tanto a crença como as suas frustrações seguem constituindo enredos, relações, associações, a crença religiosa não foi uniforme nos pacientes ou nos médicos, em ambos contingenciou contextos vivos, imprevisíveis.

Essa linha de trajetória também pode ser vista em mais um relato. Inês é hematologista, médica de hospitais públicos e privados, além de docente no curso de medicina da escola em questão. Como aparece em seu relato, o convívio religioso também marca linhas de identidade e cotidiano. Sua narrativa direciona a situações de recusa dos tratamentos em função de crenças religiosas, além dos relatos pessoais que localizam seus circuitos de aproximações no mundo da vida. Vejamos:

*Inês: Antigamente dizer que era Kardecista era um problema no meio médico. Porque o bom médico não deveria ter uma crença. Mas o tempo foi passando e as pessoas foram buscando religiões, crenças. Hoje este contexto é bem diferente da época de quando eu me formei, há mais aceitação com relação à crença do médico.*

*Para contar melhor, vou ter que falar de minhas crenças. Sou Kardecista, nasci num lar Kardecista e minha formação envolve crenças que tenho desde muito cedo, como crença na reencarnação. Essas crenças me dão sustentação quando me levam a pensar que não estou só, sempre sigo com outros me amparando, mesmo que seja um outro fluido. Com meus pacientes essa noção de espiritualidade me põe diante de um compromisso muito grande, primeiro entender, depois amparar.*

Aqui o caminho foi inverso ao anterior, elementos do mundo da vida alinham cuidado possível, as crenças pessoais e o cotidiano da médica levam ao exercício ético com os sujeitos. Anteriormente a dimensão ética era travada a partir de um dispositivo da clínica, o médico estava comprometido com uma escuta profunda do paciente. Tanto enredos religiosos quanto profissionais demandam configurações éticas. Tais relações levam até exemplos, vejamos:

*Inês: Lembro de uma paciente jovem, ela tinha gestado há pouco tempo. Um belo dia ela avista o marido com outra pessoa aos beijos e abraços. Depois disso ela adoeceu com um quadro de doença autoimune. Toda vez que tinha crise, ela tinha vivenciado mais uma situação de traição no casamento. Essa paciente veio a falecer e me marcou muito.*

Inês contou sobre outros casos de casamentos arrasados que foram concomitantes a doenças que contextualizam cenários simbólicos emblemáticos, como leucemia ou doenças autoimunes. Para Inês foi possível pensar estes quadros, contextos e efeitos, a partir de lógicas dispostas em territórios espirituais, devido sua formação espírita. A medicina se alinhou a um cuidado compreensivo plural. Neste caso o mundo da vida da médica afetava os pacientes por meio de uma perspectiva sobre seus percursos até o desenvolvimento da e com a enfermidade.

Para além destas leituras algumas experiências também marcam frustrações. As crenças aqui compõem contingências ambíguas e levam os sujeitos a caminhos adversos. Inês nos conta:

*Inês: Eu acho que a pandemia ajudou a definir as tribos. Ou seja, eu posso não saber quem está saindo melhor ou pior, mas consigo enxergar pessoas que eu não tinha ideia do radicalismo, da falta de compreensão. A pandemia me ajudou a enxergar melhor quem está no meu entorno e as minhas crenças reforçaram requisitos de escolha das relações. Porque eu acho que quem não acredita na solidariedade, no cuidado do outro, hoje não me interessa como relação. Ao menos no meu mundo pessoal. Atualmente eu comungo muito mais relações com pessoas de crenças semelhantes.*

*Hoje eu tive uma experiência do inverso disso, crenças opostas às minhas que afastaram de relações de cura. Uma paciente que desistiu de ser tratada de leucemia porque ela tinha fé que Deus havia curado sua doença. Quando na verdade toda a equipe alertou que ainda não estava curada. Ela recusou o tratamento e retornou hoje, em estado muito mais grave. Ela está se sentindo traída pela própria fé. Eu não sei até que ponto isso é fé ou negacionismo, porque ela pertence a um grupo religioso que tem trazido negação com relação ao Covid, vacina, a ciência.*

*Argumentei com ela, ‘Jesus diz: Fazei por ti que te ajudarei’. Será que a ciência não é esse instrumento para nos auxiliar? Porque estamos evoluindo para uma saúde melhor. Então, faltou fé na ciência, fé no médico.*

*Então, a espiritualidade me trouxe identidade com pessoas de crenças afins e me afastou de outras pessoas quando envolve esse radicalismo religioso que nega a ciência.*



Neste caso a experiência de frustração foi compartilhada entre médica e paciente. Diferente dos contextos descritos no relato anterior, a crença não coexiste a um desespero, mas a uma resiliência negativa, da negação de circuitos terapêuticos como os da ciência médica. É uma crença que desacredita na possibilidade outra além da conjuntiva ao seu próprio circuito de experiência sagrada. Notadamente a crença desautoriza os cuidados médicos e segue uma associação nova, um circuito de autossuficiência.

## **Discussão**

Um dos assuntos recorrentes durante entrevistas foi a noção de crença, seja como ideia que mobiliza reflexão ou como categoria discursiva, usada para descrever o comportamento dos pacientes e apresentar traços de si. Tais ideias compõem espaços na prática médica e no mundo da vida, Souza (2006). A prática médica no contexto dos discursos em entrevista aparece quando médicos pretendem exercer, a partir da crença religiosa, uma clínica que mobilize os pacientes a determinados comportamentos, geralmente de tranquilidade, aceitabilidade, pacificação diante dos eventos ocorridos. No mundo da vida, a crença religiosa assegura caracterizações pessoais, análises e construções de histórias sobre si, ou ainda a compreensão sobre determinados encontros nas relações. A crença religiosa é uma categoria que desenvolve muitos caminhos no discurso docente em saúde e permite vislumbres diversos, viabiliza elaborações sobre modos de viver e manejar as relações, mas não necessariamente, o conhecimento científico. Guarda também uma capacidade de mobilidade, pode ser usada para falar de si e tratar do outro.

Assim, a partir da contribuição de Souza (2006) seguimos cruzamentos, articulados por noções de crença religiosa, entre prática médica e mundo da vida, do médico ou dos pacientes que os médicos narram. Então refletimos sobre a categoria de crença dentro da saúde alinhada a uma frustração do médico em relação ao paciente, bastante recorrente nos relatos dos entrevistados. A crença religiosa gera uma expectativa dos profissionais de saúde, neste caso, seguida de frustrações. A crença dos relatos a que vimos não constituiu contextos que facilitaram o trabalho dos médicos, tais como aceitação, tranquilidade, confiança na medicina, como se esperava.

Para pensar este contexto, voltemos a Ingold (2015). O texto em questão aponta um percurso teórico e metodológico bastante interessante, através do qual o autor nos apresenta novas perspectivas para produção de narrativas científicas e entendimentos das relações sociais. As interações são amplas, entre humanos, outros seres, ambientes, entre os variados tipos de

materiais. Ingold nos direciona a um campo de produção de vida, neste campo os modos de vida não estão dados, mas em constante movimento de transformação. Estar vivo é desenvolver atenção a estes processos, conexões e dinâmicas de movimento.

Algumas das categorias norteadoras em Ingold (2015) são materialidades, substâncias, texturas envolvidas na produção de relações associativas. Bem como seres vivos, conjuntamente interagindo em movimento de encontros. O produto deste complexo, entre seres, materiais e formas diversas, é apresentado na figura de uma malha, argumentamos um pouco antes sobre essa imagem. A malha é um emaranhado de fios, não vemos objetivamente as ligações entre os fios, início e fim, mas as relações amontoadas em conexões. Esta segue em movimento e associações conjuntivas, os fios são imagens de possibilidades, percursos, linhas de trajetória.

Essa imagem é uma disposição de abertura às relações possíveis, a partir dela existem poucos lugares para desfechos previsíveis, monotéticos ou encerrados em fins estabelecidos. Aqui o mundo é constante contingente de produção, a vida segue sendo tecida e os territórios não estão isolados ou acabados em suas oposições, simbólico ou material. As fronteiras seguem porosas porque as linhas emaranhadas podem seguir relações que as dissolvam. A crença, neste caso não é um comportamento determinado, mas um conjunto de práticas possíveis, ativas em linhas de recalitrância e movimento.

Uma leitura do nosso campo, emaranhada nos escritos de Ingold, dispõe a crença religiosa como possível plural, contingente em diversos caminhos de conexão que pouco entoa uma previsibilidade de comportamento dos sujeitos. No lugar disso, exprime território produtivo de associações, destinos diversos, produção de contextos e emergência de outros seres. Como vimos no relato último, a crença religiosa foi lugar de oposição ao tratamento médico, logo após, possível para arrependimento ou confusão. Uma crença forte pela capacidade de não acreditar nos instrumentos dos outros. Anteriormente a crença foi concomitante a estados de desespero, oposto do que o médico esperava encontrar. A crença foi enredada em caminhos diversos ou associações pouco evidentes.

Assim, entendemos a crença como um constante devir. Ela pode contingenciar diversos enredos, depende dos crentes e dos contextos, ambientes, históricos processuais, depende de inúmeros fluxos de associações, de muitos fios da malha. Por isso, é interessante o recurso de pensar no mundo da vida, como pontuou Souza (2006), os cotidianos estabelecem e sustentam estas convicções, é fundamental atentar-se a eles para que aprofundemos olhares sobre a saúde e os sujeitos envolvidos em suas relações.

As crenças podem ser como pontos de partida, podem arranjar perguntas ou percursos de saúde, seja em forma de tranquilidade ou rearranjo perspectivo. Podem configurar relações de conhecimento sobre o mundo da vida dos sujeitos em ambos os lados da clínica. Ao contrário de uma dinâmica que organiza sujeitos, emoções ou processos de cura, as crenças podem ser pontos emaranhados na malha, cujas densidades desenvolvem questões que levam atenção sobre os sujeitos e suas relações. As crenças podem ser fonte para perguntas e escutas na produção de conhecimento, comunicação e atenção em saúde.

### **Considerações finais**

Este trabalho foi construído por meio da etnografia, forma de produção vinculada às pesquisas qualitativas. Significa dizer, entre outras coisas, que a partir de um exercício de imersão, diálogo constante e aberto, escutas recorrentes e produção de relatos associados a estudos outros, vislumbramos e descrevemos estas relações de pesquisa. Neste sentido, o primeiro ponto que gostaríamos de marcar é sobre este exercício plural que nos permitiu caminhar, olhar, escutar e contar características, impressões e modos de fazer reflexão nos espaços de formação em saúde onde estivemos. Foi a partir deste contingente de produção de conhecimento que estivemos diante das crenças religiosas seguindo percursos específicos, produtores de frustrações e reflexões para os sujeitos que compartilham narrativas conosco. A etnografia, e muitas iniciativas de pesquisa qualitativa, seguem como alternativas de produção de conhecimento a partir dos recursos de atenção e convivência.

Nossa segunda pontuação é relativa à qualidade das crenças que narramos aqui. As crenças participam da produção de caminhos nos quais expectativas são frustradas. Podemos entender este contexto em dois caminhos paralelos, as crenças frustraram expectativas porque configuram alinhamentos relacionais diferentes dos esperados pelos profissionais de saúde, estavam dispostas em outro conjunto de relações. Bem como são imprevisíveis em termos de associações e movimentos. Ou seja, podem seguir associações em devir.

Para este quadro marcamos crenças religiosas, devido seu caráter imprevisível de relações, como um importante recurso de conhecimento sobre o outro. Para tanto, devem ser postas diante de exercícios de atenção. Também podem ser territórios de perguntas aos sujeitos, questões no lugar de expectativa lineares. A pergunta não finda quando sabemos em que os sujeitos creem, podemos perguntar como creem, ou o que tal crença associa no contexto vivido em saúde. Assim, as crenças podem ser constantes pontos de partida para novas linhas de conhecimento sobre o outro e os processos acionados na relação do cuidar.

As crenças religiosas como produtoras de contingentes levam a prática médica ao mundo da vida dos sujeitos, dispostos em relações variadas, ambíguas, controversas. A escuta atenta neste quesito encaminha a prática médica a conhecer, bem como pensar sobre este mundo da vida que produz suas realidades continuamente imprevisíveis. Também nos leva a pensar instrumentos de saúde a partir destes diálogos que intercambiam diferentes mundos e diferentes vidas, onde a prática médica seja fundamentada na atenção às crenças vividas por outros.

Marcamos a importância das histórias compartilhadas. Estas oportunizam nossa produção, partilhamos observações e leituras interpretativas com intenção colaborativa, queremos continuar aprendendo o que as histórias, relações com o campo da saúde e com as pessoas que estão por lá, podem nos ensinar. Por isso as escrevemos, escutamos e formulamos costuras, releituras, pontos de destaque, as histórias permitem que o aprendizado siga vivo, em movimento de desestabilização e reorganização.

Também são as histórias que nos localizam no campo de formação. São nosso vínculo mais evidente com o contexto pesquisado, através delas realizamos a caracterização de um campo de formação acadêmica. Elas são contadas por docentes quando inspirados a pensar religiosidade e espiritualidade em movimentos pedagógicos. Essas histórias foram compartilhadas conosco, mas também são marcas nas relações de formação porque ensinam, contam, colaboram com formas de pensar a comunicação, a complexidade e os cotidianos das pessoas envolvidas na produção de noções em saúde.

### **Bibliografia:**

Aurelliano, W. A. (2009). "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, p. 49-70.

Bispo, R. Kofes, S. Mônica, D. (2014). *Etnografia e biografia: experiências com as diversas grafias sobre a vida social*.

Cardozo, V. Z. (2014). A encenação da descrença: a performance dos espíritos e a presentificação do real. *Revista de Antropologia (USP. Impresso)*, v. 56, p. 257-290.

De Oliveira, J. R. (2017). Um Adão biotecnológico: sobre a secularização dos antigos ideais religiosos pelo trans-humanismo. *Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral*, v. 9, n. 3, p. 861-886.

Foucault, M. (2010). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. In: *Vigiar e punir: nascimento da prisão*.

Gama, F. (2020). A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*, v. 45, n. 2, p. 188-208.

Gonçalves, M. A. (2018). MARQUES, Roberto; CARDOSO, Vânia Z. (Ed.). *Etnobiografia: subjetivação e etnografia*. Editora 7Letras (Viveiros de Castro Editora LTDA-ME).

Ingold, T. (2015). *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. Editora Vozes Limitada.

Ingold, T. (2020). *Antropologia e/como educação*. Coleção Antropologia. Tradução de Victor Emanuel Santos Lima, v. 1.

Kopenawa, D. Albert, B. (2010). *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. Editora Companhia das Letras.

Murakami, R. Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, p. 361-367.

Favret-Saada, J. (2005). Ser afetado. *Cad. Campo*, v. 13, p. 155-61.

Souza, I. M. A. (2006). *Prática Médica: onde se cruzam Ciência, Técnica e Mundo da Vida*. *Revista Mediações (UEL)*, v. 11, p. 9-28.

Souza, I. M. A. (2015). A noção de ontologias múltiplas e suas consequências políticas. *Ilha - Revista de Antropologia*, v. 17, p. 049.

Souza, I. M. A. (2017). *Corpos comensuráveis: produção de modelos animais nas ciências biomédicas*. *Horizontes Antropológicos (online)*, v. 23, p. 275-302.

Lévi-strauss, C. (1967). *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro (Biblioteca Tempo Universitário, 7). Tradução de Chaim Samuel Katz e Eginardo Pires, p. 385-424.

Mello, M. M. (2020). Mimesis, dúvida e poder: divindades hindus e espíritos de colonizadores na Guiana. *Horizontes Antropológicos*, v. 26, p. 57-86.

Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, p. 316-325.

Rabelo, M. (2014). Enredos, feituuras e modos de cuidado: dimensões da vida e da convivência no candomblé. Edufba.

Willeman, F. A. (2009). Recusa a tratamento de saúde com fundamento em crença religiosa e o dever do Estado de proteger a vida humana. O caso da transfusão de sangue em testemunhas de Jeová.

Turner, V. (1978). *Dramas Fields and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*, 1978.

.ZS Souza, MIDM Moraes - Bioética, 1998 - [pesquisa.bvsalud.org](http://pesquisa.bvsalud.org)

## ARTIGO 3

**Importa saber sobre os pacientes, os médicos são neutros:  
Um diálogo com estudantes de medicina sobre religião e  
religiosidade.**

**Resumo:** Neste texto, apresentamos reflexões com estudantes de medicina sobre o tema de religiosidade e espiritualidade. O diálogo foi oportuno para gerar reflexões sobre neutralidade, ética, relações com pacientes e modos de convencê-los. A fim de observar a assimetria de discursos e posições entre médicos e pacientes, apresentamos imagens da relação entre Antropólogos e Nativos, oportunizada por Viveiros de Castro. Ele nos oferece uma alternativa de solução: pensar os problemas conjuntamente.

**Palavras-chave:** religião, neutralidade, ética, posições, saúde.

### **Introdução**

O objetivo deste texto é descrever relações na dimensão religiosidade e espiritualidade argumentadas por estudantes de medicina. Dentro de uma oportunidade de pesquisa qualitativa o diálogo com estudantes foi oportunizado, eles colaboraram com informações sobre modos de pensar a clínica, como tratar pacientes que apresentam posicionamentos religiosos e como pensar os próprios posicionamentos, como então médicos.

Nesse sentido, a seguir, estão dispostas pontuações quanto aos posicionamentos religiosos dos estudantes, a viabilidade da neutralidade médica na clínica e os encaminhamentos possíveis para pacientes e suas demandas. A partir disso, discutimos duas linhas de reflexão: a inviabilidade da neutralidade dos médicos ou profissionais de saúde e a importância de uma clínica marcada pelo diálogo e pela partilha de decisões quanto aos tratamentos.

## **Metodologia**

A pesquisa da qual esse artigo é um dos produtos possui uma abordagem qualitativa e exploratória sobre a dimensão religiosidade / espiritualidade no campo da saúde.

Primeiramente, a roda de conversa surge como ferramenta de coleta de experiências, conceitos e opiniões. Uma ferramenta metodológica da pesquisa qualitativa que se adapta ao contexto, uma metodologia que possibilita diálogo como em Figueirêdo (2012). O encontro dispôs de, como base, um conjunto de perguntas elaboradas e problematizadas pelos pesquisadores. Perguntas essas que abordavam conceitos sobre religiosidade e espiritualidade, além de questionar sobre como os estudantes se relacionavam com o tema e se havia ou não importância dele na prática clínica. As perguntas serviram de guia para a conversa, mas demandas trazidas pelos entrevistados eram muito bem-vindas e foram exploradas a fim de desenvolver melhor o diálogo.

Por conseguinte, ainda no processo da roda de conversa, a etnografia foi um recurso concomitante que serviu para aprofundar discussões e observações. Os dois foram exercícios que se compõem: a roda de conversa é uma estrutura, a etnografia, uma incursão. Essa se constrói por meio das relações em campo como em Peirano (2014). Além disso, a roda de conversa foi interpretada como encontro, forma discutida por Kofes (2015). Por meio também da análise etnográfica, foi assumido que a atitude discursiva produz reflexão epistemológica própria dessa abordagem.

Além disso, o conteúdo da roda de conversa foi gravado e transcrito para posterior análise nas perspectivas etnográficas e da Análise de Conteúdo seguindo as etapas propostas por Bardin (1997) para a operacionalização da análise: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Quatro estudantes do quarto ano de medicina, incluindo o pesquisador, compuseram a roda de conversa realizada em 2022. Para a formação desse grupo de pessoas, foi escolhida a técnica



de amostragem não-probabilística que utiliza cadeias de referência partindo do ciclo de relações do próprio pesquisador-entrevistador – *Snowball*. Apesar disso, houve grande dificuldade em encontrar pessoas que estivessem dispostas a debater sobre o tema proposto.

O estudo segue a resolução 466/12 do Comitê Nacional de Saúde (CNS). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – CAAE 36408720.2.0000.5544.

A construção da pesquisa, a análise e a discussão sobre os dados coletados foram feitos em conjunto: um professor e dois estudantes adotando, assim, um modo colaborativo de pensar a produção da pesquisa qualitativa.

O campo no qual o trabalho foi realizado é uma instituição privada de ensino em saúde localizada em Salvador, município da região Nordeste do Brasil. Os discentes que a compõem são, em sua maioria, pessoas brancas e de classe média alta. Ademais, circula uma ideia de medicina baseada em evidências entre alunos e professores o que desenvolve uma aproximação entre eles e o saber científico: a ideia de evidência, constrói uma relação com a ciência. Assim, os estudantes tendem a acreditar em uma neutralidade, que será discutida posteriormente no artigo, já que o que é transmitido são evidências científicas.

### **Nativos, antropólogos, pacientes e médicos.**

Em Viveiros de Castro (2002) escreve um texto fundamental para o campo da antropologia. Nele, o autor discute a relação entre os antropólogos e nativos que é marcada por proximidades e assimetrias entre os discursos. O nativo tem o sentido da ação. Ele sabe o quê e por que faz determinada cotidianidade. Por outro lado, o antropólogo guarda o sentido do sentido da ação do nativo, relaciona tal ação a estruturas outras e demarca uma fronteira discursiva. O que diz o antropólogo sobre as palavras do nativo tem outras camadas e outra posição hierárquica. A proposta de Viveiros de Castro é que haja uma experiência reflexiva. Quais seriam as consequências de simetrizarmos os discursos do nativo e do antropólogo?

Em sequência, em oposição ao argumento que coloca todos como nativos de algum lugar porque pertencemos a algum contingente cultural e social, pensemos que todos somos antropólogos porque refletimos sobre a vida e o mundo. Diante dessa proposta o autor alinha

discursos e conclusões sobre problemas comuns na antropologia. Sobretudo, alinha a comunicação discursiva. Em antropologia, devemos escutar atentamente quais os problemas, alternativas e dilemas vividos a partir de experiências culturais. Escutar e formular conjuntamente torna-se o desafio e o diálogo constrói alguma simetria.

As estruturas de poder não se dissolvem diante das palavras inteligentes do autor. Mas, o exercício de simetrização produz efeitos. Entendemos que a relação entre paciente e médico pode ser observada do mesmo tom que propõe Viveiros de Castro para o binômio nativo e antropólogo: o primeiro tem o sentido da ação, da dor, da sensação, já o segundo, o sentido do sentido dessas contingências. Portanto, as considerações presentes no texto podem ser vislumbres interessantes também para esse campo de relações: paciente e médico. Seja quando aparecem assimetrias discursivas ou quando as relações de escuta demandam atenção. Vejamos um contexto em que a relação entre médicos e pacientes foi apresentada reiteradamente.

### **A relação entre médicos e religião.**

Durante uma roda de conversa com graduandos em medicina na qual foram abordadas as categorias espiritualidade e religiosidade no currículo do curso, os estudantes argumentaram a respeito da relação médico-paciente e da condução dos tratamentos. Isso nos sugere que o tema “religiosidade” os leva a pensar nos pacientes, nas suas possíveis religiões e no que podem fazer com a informação de que há um praticante religioso sob seus cuidados.

Ao longo das perguntas que orientaram a roda de conversa, notamos a identificação dos estudantes diante de práticas religiosas, seguida de argumentações marcadas pelas características mencionadas no parágrafo anterior: relações entre médicos, pacientes e as religiões. A primeira pergunta contextualiza os participantes em tendências bastante comuns, a maioria dos participantes, apesar de acreditar em deus, não é religiosa. Isso pode indicar certa característica do campo. Vejamos observações nesse contexto:

**I.O:** *Não sou praticante religioso, mas acredito que exista algo superior.*

**V.J:** *Não sou religioso. Mas, eu acredito muito na energia do universo, sabe? Que você recebe o que você faz, ou que tem algo superior, mas que não necessariamente seja aquele deus que tá na Bíblia ali descrito em palavras, entendeu?*

**J.J:** *Eu sou evangélico e acredito em um deus que, na verdade, é para além de um deus, eu o vejo como um pai. É algo não distante, vejo ele como se estivesse comigo todos os dias,*

*entendeu? Vejo ele como um acesso direto em que eu posso conversar e ter uma troca bem próxima, essa é a minha visão de deus.*

A declaração de pertencimento religioso foi pouco comum durante o processo de pesquisa. Alguns participantes declararam qual religião ou espaço religioso frequentam, ainda assim, essa não foi uma informação fluida, pelo contrário, ela foi apresentada mediante alguma fricção durante a comunicação. Por outro lado, a maioria dos participantes afirmava seguramente, sem barreiras ou hesitações, acreditar em deus ou estruturas, seres superiores. Apenas uma pessoa, dentre vinte e quatro entrevistados e duas rodas de conversa, cada uma com três pessoas, afirmou ser ateu. Mesmo essa pessoa estava disposta a aproximar-se de ideias cristãs. Assim, observa-se um cenário no qual a religiosidade como pertença pode ser descartável, mas o afastamento de determinados valores pode ser moralmente custoso.

### **Importa saber sobre os pacientes, os médicos são neutros.**

Outro cenário comum é a reflexão sobre os pacientes. De alguma forma, abordar religiosidade entre profissionais de saúde direciona a questão a assuntos sobre os pacientes. Em certa medida, falar de religiosidade era lembrar dos pacientes e invocar determinadas questões da relação médico-paciente. Foi assim com docentes e estudantes do currículo de medicina, recordavam-se de histórias vividas em experiências clínicas, estágios, circuitos hospitalares. Recordavam-se, também, de pacientes e seus respectivos dilemas, tencionando religião e práticas em saúde. A partir desse ponto, podemos pensar em algumas características e expor algumas histórias levadas ao diário de campo.

Estudantes compartilharam o caso de uma paciente que havia aderido a um método contraceptivo sem que o marido soubesse. Isso porque o marido era religioso e decidiu que teriam quantos filhos deus quisesse, apesar de que, a essa altura, já tivessem uma quantidade considerável deles. Como alternativa, ela recorre a esse método. No entanto, para a sua adesão, seria necessário um período sem uso de um método contraceptivo que ela fosse capaz de utilizar sem o que marido soubesse. Isso significava, para a paciente, um período de maior risco de gravidez. Assim, pediu ajuda aos profissionais de saúde, dentre eles, algumas estudantes de medicina que se sentiam impotentes diante do dilema. Não puderam fazer muito além de reconhecer a complexidade e a violência de questões religiosas. Bem como, o quanto determinados contextos religiosos aprofundam os problemas de gênero com os quais convivemos.

Como essa, outras histórias marcavam diálogos com estudantes no que diz respeito ao tema religiosidade. Muitas vezes, apontando os desafios de determinadas práticas religiosas e consequências para os circuitos de tratamento em saúde. Dentre eles, contato com o grupo religioso Testemunhas de Jeová o qual não aceitam transfusão de sangue. Além de outras tendências, mais recentes, de grupos religiosos que negavam remédios, vacinas ou determinados tratamentos. Nesses diálogos, a relevância do tema estava localizada na complexidade dos pacientes, suas discordâncias com métodos e tratamentos usados na saúde. Assim, o desafio reflexivo era o de convencer o paciente a aderir o tratamento. Nem a medicina nem os médicos entravam frontalmente nessa questão, salvo quando dispunham de soluções.

**I.O:** *Eu acho que a parte técnica se sobrepõe a parte religiosa. Mas a pessoa também tá recebendo informação. Então, de alguma forma, eu tenho que captar informações daquela pessoa. E se aquela pessoa tiver algum tipo de religião, qualquer tipo de religião, esse vínculo que ela tem, ajuda de alguma forma a se confortar na dor que ela tá sentindo. Então, eu vou incentivar ela de alguma forma a buscar a religião dela.*

**I.O:** *Mas, a técnica vem primeiro, e a religião, ela vem como secundário pra poder ajudar na técnica, para ajudar o paciente. Porque, pode chegar um paciente falando que é religioso e não quer tomar tal remédio, porque tal remédio vai influenciar no espírito dele. Neste caso, eu vou usar a técnica pra explicar a ele que aquele medicamento não vai influenciar nisso, mas que cabe a ele querer usar ou não.*

Vejamos outra colocação produzida na mesma roda de conversa. Estas tangenciam as crenças do paciente, bem como deslocam levemente o olhar aos profissionais de saúde.

**J.J:** *Eu tento ser o mais técnico possível. A não ser que a partir da identificação, e a partir do estilo do paciente, ele dê uma certa liberdade. Assim, se ele me dá uma liberdade, eu posso conversar por outra via. Pela intimidade que ele me oferecer.*

**V.J:** *Olha, eu não vou mentir que me interessa muito mais pra saber a religião do paciente para direcionar minha conduta como médico. Sempre vem assim à mente, “ah, paciente pode ser de uma religião que não aceita, por exemplo, transplante sanguíneo, eu preciso saber disso”. Eu acho que o caminho da consulta com o paciente é o respeito e o não julgamento. Por exemplo, eu não vejo com abertura pra falar, é, “se deus quiser, o seu tratamento vai dar certo”. Mas, se o paciente, na consulta, falar que se deus quiser, o tratamento vai dar certo,*

*eu posso usar essa ferramenta e falar, “se deus quiser, o tratamento vai dar certo”, porque o paciente falou e de alguma forma eu captei que ele acredita em um deus.*

Como observamos, nem o médico nem a medicina parecem estar envolvidos em questões religiosas. Ao contrário, seguem neutros seja por via de técnicas ou ciência. A medicina se afasta da produção de tendências, vieses ou julgamentos morais porque medeia suas intervenções em figuras técnicas relacionadas a evidências científicas. Podemos ver sobre a medicina baseada em evidências em Faria, Oliveira-Lima e Almeida-Filho (2021). Os estudantes compõem esse tom em suas observações. A evidência é uma referência quanto às produções científicas. No entanto, não fica claro o que se quer dizer quando tratamos de evidência, sobretudo porque o campo científico é caracterizado por debate, controvérsia e dúvida. Há mais debate, ideias em transformação e verdades provisórias do que certezas objetivas.

Para além disso, esse cenário configura contradições, porque tanto o campo da medicina como também os médicos estão associados a questões morais, religiosas, e coletivos sociais de diversas ordens. Suas posições estão presentes quando prescrevem tratamentos, medicamentos, quando oportunizam escutas clínicas. Nem médicos nem pacientes estão neutros durante os tratamentos, eles são sujeitos posicionados e podem olhar para a técnica atentos às suas próprias posições. Para então, decidirem de forma madura, promovendo ambiências éticas em saúde. Ou seja, não é a técnica que viabiliza neutralidade, mas a construção de uma postura comprometida com a ética pode oportunizar uso adequado da técnica. O conhecimento não nos faz neutros, mas tomamos decisões a partir de informações e situações de conhecimento. Sobre a prática médica, saúde e contradições de neutralidade, podemos ver exemplos etnográficos como em Souza (2006), Gama (2020).

### **A ética necessária para a neutralidade.**

O campo da ética mencionado anteriormente situa práticas de saúde em compromisso com posturas que viabilizam comunicação e humanização. Além disso, cultiva o aprofundamento diante dos posicionamentos individuais, coletivos e profissionais em relação às questões em saúde. Para tanto, é fundamental amadurecer perspectivas coletivas e individuais porque podemos não compartilhar dilemas, decisões nem encaminhamentos. É possível. No entanto, é fundamental estarmos em ambiente seguro para discordar, propor contraditório e anunciar perspectivas diferentes. Entre outros elementos, o texto de Diniz, Guilhem (2002) apresenta um debate sobre o campo e a história da bioética marcado por aprofundamento em práticas e

distanciamento das ideias de neutralidade. O cultivo da ética povoa o campo de perspectivas, já a produção de neutralidade oportuniza processos homogêneos a partir dos quais tentamos fazer a técnica agir por si. Mas a técnica não existe sem as pessoas que a produzem. Uma argumentação sobre essa nuance reflexiva pode ser lida em Souza (2017), Stengers (2002) quando tratam da produção do e no campo científico.

Debora Diniz, em outras duas produções, nos ajuda a pensar nesse tema. Primeiro, no documentário “Solitário Anônimo” que narra o processo de um homem sofrendo diversas intervenções por parte de profissionais de saúde. Ele tenta se matar por inanição, mas não consegue, porque os profissionais de saúde não permitem que ele decida por esse caminho. Esse documentário nos ajuda a pensar questões éticas: podemos decidir pelo paciente enquanto agentes de saúde? Além disso, elucida a inexistência de neutralidade na prática em saúde. Nesse caso, há uma decisão evidente e essa decisão desautoriza o sujeito a quem se entrega cuidado. Ele é impossibilitado de morrer. As decisões orientam-se por uma via, não seguem neutras, e essa via não é, necessariamente, associada à vontade do paciente. O exemplo pode ser extremo, já que é marcado por uma vontade de suicídio, mas vejamos um outro.

Diniz (2013) nos conta sobre o dispositivo da objeção da consciência. Por meio desse dispositivo, profissionais de saúde podem recusar atendimento por razões morais, mesmo sem especificidades demarcadas. O cenário mais recorrente de uso desse dispositivo é o do aborto: profissionais de saúde eximem-se a realizar tal procedimento, mesmo que ele sendo direito e contingência de saúde. Outra vez, a neutralidade médica é questionada por meio dos ocorridos, nesse caso, o aborto é uma questão moral com envolvimento de associações religiosas e a recusa prejudica a produção de quadros de saúde comprometidos com posturas laicas. Então, voltemos, porque a recusa é motivada por contextos morais de religião.

### **O que fazer sobre a religiosidade do paciente?**

Há outras tramas entre religião e saúde. Para aprofundarmos nelas e pensarmos sobre os posicionamentos de médicos e outros profissionais de saúde, é fundamental repensarmos essa condição de neutralidade viabilizada pela técnica. O exemplo anterior apresenta um instrumento jurídico sendo usado para produção de uma postura enviesada. A técnica não garante posturas neutras. No entanto, se as posturas dos médicos tendem a neutralidade, como argumentam os participantes da roda de conversa, há algum uso das informações religiosas dos pacientes? Explicamos melhor antes de responder, se não há necessidade de preocupação com

a religião do médico, por conta de sua neutralidade, para que devemos saber da religião dos pacientes? A que utilidade encaminharemos essa informação?

**J.J:** *Na verdade, eu preciso essencialmente entender que, se eu tô atendendo um paciente, eu preciso compreender principalmente a religião dele. Então assim, a partir do momento que eu entendo a religião dele, eu consigo acessar ele. Eu consigo estabelecer com ele uma relação de maior confiança do que eu teria. Então por exemplo, se eu tô conversando com ele, “ah, eu sou evangélico”, começo a dialogar com isso, querendo ou não eu vou estabelecer uma confiança e um elo com o paciente. E a partir do momento que eu vou passar a minha conduta, já como um profissional, eu vou conseguir uma melhor adesão e um melhor efetivação. Porque a partir do momento que a religião é importante pra ele, eu consigo estabelecer um melhor resultado.*

**J.J:** *Na verdade é como se fosse uma matéria do paciente. Então assim, se eu não conhecer muito bem a religião, e eu não saber como abordar ele, eu não vou conseguir. Se ele coloca na mente que ele não vai tomar a medicação porque deus está mandando eu não vou conseguir convencer ele. Então, eu preciso entender, nem que seja o básico da religião pra conseguir acessar ele, porque querendo ou não a religião faz parte do meu paciente, então não adianta eu chegar pra ele e dizer, “tome losartana”, e não conseguir acessar aquele paciente. Eu acho que você tem que entender pra conseguir se aproximar dele, conseguir conversar com ele e tentar estabelecer um diálogo.*

**V.J:** *Essa é uma ferramenta a mais. Eu acho que a nossa função como médico é... o paciente, ele tem autonomia pra fazer o que ele quiser e nós precisamos... o que tem que tá lá no prontuário são coisas que realmente tem evidência científica. Então, se o paciente tem hipertensão, eu acho que a minha função como médico é explicar pra ele que ele tem hipertensão, ele tem uma doença que é assintomática. Que eu já cansei de ver paciente que não tomam anti-hipertensivo porque acha que não está doente, por estar assintomático. Então, se ele acredita que ir no centro espírita vai ajudar de alguma forma. Se ele acredita que ir numa curandeira vai ajudar de alguma forma...*

**V.J:** *O que vai estar no meu prontuário é, se o paciente tem hipertensão e ele tem indicação pra usar losartana, eu tenho que explicar pra ele a função do remédio e a importância dele usar. Se ele vai usar ou não, é uma autonomia dele, isso não sou eu que vou invadir ele. Eu acho que se você explica pro paciente a importância do medicamento, explica pro paciente o que ele tem, naturalmente ele vai entender que tomar aquele medicamento vai ser benéfico pra*

*ele. Se você cria esse vínculo, ele volta na próxima consulta falando, “oh, realmente eu melhorei”.*

Devemos saber a religião dos pacientes para convencê-los quanto aos tratamentos, em sua maioria, medicamentosos. O recurso de comunicação da clínica aproxima, em alguma medida, o médico do paciente, embora possa não aproximar o paciente do médico: se não importa a posição do médico, também pouco nos aproximamos deles quanto pacientes. Distantes dos médicos e próximos à medicina, é fundamental conhecer a religião dos pacientes para que eles sejam melhor convencidos a tratarem-se nos termos oferecidos. Ou seja, convencemos os pacientes a aderir tratamentos da medicina a partir do conhecimento da religião deles.

No entanto, se é fundamental conhecer o paciente, o conhecimento que se produz ao saber sobre seus pactos sagrados, intimidade, hábitos não influencia nas decisões? A decisão não está em risco durante o diálogo? Conhece-se apenas para convencer? Ainda não há nada nas religiões que possa nos ensinar sobre cuidado, tratamento, encaminhamento de processos? Os modos de tratar e curar são exclusivos da medicina ocidental? Os discursos não dizem nada de relevante sobre as experiências no mundo das doenças no trânsito até a saúde?

Os discursos de médicos e pacientes não são simétricos entre si. Como vimos anteriormente, o médico encaminha sentido aos sentidos que o paciente estabelece. Não sabemos se há relevância ou possibilidade de simetrizar tais discursos, mas há uma potência em aprender com eles. O que importa, retomando Viveiros de Castro (2002) é o que aprendemos com os discursos nativos, o que suas observações ensinam sobre humanidade, relações, sociabilidade. Assim, também podemos pensar o que as posições religiosas dos pacientes, os processos que ativam, habitam ou recalcitram podem ensinar para saúde. Seja contribuindo ou estabelecendo desafios. Nesse sentido, há relevância em conhecer as posições vividas por médicos e pacientes, estudar suas posturas e escolhas de técnicas, modos de viver as enfermidades, reconhecer as dores. Para fins de conhecer, aprender com os processos, bem como produzir circuitos de decisão.

Moll (1999) descreve uma etnografia dentro de contextos de saúde. Em seus estudos, os itinerários percorridos eram oportunidades de investigar uma contingência clínica a fim de diagnosticar e encaminhar tratamentos. Ela estudou os discursos sobre uma determinada doença, com isso, passou pelas práticas médicas. A autora observa como a clínica se afasta do paciente ao passo em que avança para encaminhamentos. Há de saber do paciente para produzir



informação e diagnóstico, no entanto, quando se encaminham tratamentos, afasta-se das lógicas comunicativas com o paciente.

No mesmo caminho, Gama (2020), em texto auto etnográfico, apresenta situações recorrentes em que os médicos decidem o que será feito com ela, mas afastados dela. A autora conta sobre seu processo de adoecimento e sobre a gravidade anunciada quando se discorda dos médicos. Ao discordar e, efetivamente, participar do processo que decide seu destino e relação com a enfermidade, ela foi recorrentemente abandonada por médicos: nenhuma neurologista aceitou acompanhar seu processo diante de suas decisões, não havia espaço para discordância da parte do paciente.

A clínica deve estar alinhada à trajetória do sujeito, observa Moll quando adverte soluções etnográficas aos espaços de saúde. O processo de encaminhamento deve alinhar-se ao processo que leva os sujeitos ao tratamento. Nesse circuito, para decidir, podemos partilhar informações e alternativas de relações com os processos de tratamento. Como exemplifica Gama (2020) em experiência própria, os pacientes podem ser ativos em comunicação e decisão. Ou seja, um diálogo que pode ser marcado por posicionamentos, não obstante viabilizado em ambiente ético. Importa que os pacientes comuniquem, bem como que os médicos reflitam sobre seus posicionamentos para que decidam caminhos conscientes e marcados por relações éticas.

Ou ainda, como conclui Viveiros de Castro em um argumento comparável, devemos conviver com os sujeitos a fim de pensar quais são os problemas que eles enxergam no mundo. O que, a partir do seu ponto de vista, configura um problema. Para depois propor diálogos e soluções conjuntas. Conviver e conhecer para decidir, conjuntamente, caminhos que intermeiem perspectivas de soluções.

### **Considerações finais**

O presente trabalho retrata uma oportunidade de diálogo com estudantes de medicina e com suas observações a respeito da dimensão religiosidade, espiritualidade em saúde. Na pesquisa mais ampla, com a qual esse texto colabora, também construímos contato com docentes no curso de medicina da mesma Escola de Saúde. O contato ajudou a pensar determinadas questões quanto ao modo de expressão de argumentos sobre espiritualidade e religiosidade como também, à medida que a conversa desenvolvia-se, falar de espiritualidade era percorrer até determinados temas. Como vimos no desenvolvimento aqui, algumas oportunidades de tratar sobre espiritualidade ou religiosidade era perceber uma linguagem de acesso ao

paciente e uma observação de neutralidade do médico, a técnica e a ciência são os fundamentos argumentativos para tal neutralidade.

Nesse sentido, a partir das observações marcadas e das teorias e experiências de pesquisa que relacionamos como fundamento argumentativo, apresentamos duas posições as quais serão retratadas a seguir.

Primeiro, a importância de uma reflexão quanto ao posicionamento dos médicos e dos profissionais de saúde durante sua prática. Tal reflexão deve envolver temas de religião, religiosidade ou espiritualidade, porque é oportuno que, durante o processo de cuidado em saúde, os possíveis pacientes possam negar encaminhamentos e apresentar posições, ou seja, possam divergir do que lhes forem apresentado como solução. A possibilidade de negar é uma importante ferramenta na produção de ambientes éticos. Ademais, a técnica ou ciência pouco produzem neutralidade, produzem muito mais parâmetros para refletir os fenômenos, modos de interpretar as contingências. O campo da saúde é marcado por circuitos de soluções, escolhas por caminhos de tratamento.

Em segundo lugar, a importância de uma clínica do diálogo. Os médicos ou profissionais de saúde podem oportunizar caminhos de tratamento, mas o diálogo com os pacientes é fundamental para pensar e decidir tal caminho. Isso porque são os pacientes que apresentam as contingências tratadas em saúde, são eles que habitam os problemas a serem resolvidos. Então, devem apresentar sua perspectiva no encaminhamento de alternativas e soluções. Os problemas devem ser pensados em um jogo perspectivo entre os pontos de vista na saúde.

## **Referências**

Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Diniz, D. (2013). Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1704-1706.

Faria, L. Oliveira-Lima, J. A. Almeida-Filho, N. (2021). Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 28, p. 59-78.

Figueirêdo, A. A. F. Queiroz, T. N. (2012). A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)*, Florianópolis.

Gama, F. (2020). A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*, v. 45, n. 2, p. 188-208.

Law, J. Hassard, . (1999). *Actor network theory and after* Oxford: Blackwell Publishing.

Mol, A. ( 1999). *Ontological Politics. A Word and Some Questions*.

Peirano, M. (2014). *Etnografia não é método*. HORIZONTES ANTROPOLÓGICOS.

Souza, I. M. A. (2006). *Prática Médica: onde se cruzam Ciência, Técnica e Mundo da Vida*. *Revista Mediações* (UEL).

Souza, I. M. A. (2017). *Corpos comensuráveis: produção de modelos animais nas ciências biomédicas*. *Horizontes Antropológicos*.

Stengers, I. (2002). *A invenção das ciências modernas*. Rio de Janeiro: Editora.

## ARTIGO 4

Submetido a revista *Educação e Realidade*.

### **Laicidade na formação em saúde: onde buscamos inspiração para decidir?**

**Resumo:** Laicidade e formação acadêmica em saúde desenham o campo de discussão desse artigo. Descreve a partir de um percurso etnográfico exercícios e dilemas de professores em uma instituição de ensino superior vocacionada à formação em saúde, apresentadas a partir de entrevistas realizadas a partir da pesquisa sobre religiosidade e espiritualidade. Narrativas distintas agrupam uma lógica de experimentação comprometida com a laicidade que por vezes tentam criar espaços de neutralidade religiosa, afastados de qualquer expressão sagrada, criam ambientes de acolhimento para plurais manifestação religiosa e investem na produção da reflexão sobre nossa capacidade de diálogo quanto ao tema, religião. Construir discursos sobre laicidade é passear por um conjunto expressivo de ambiguidades, porque a ideia de religião transita por pertencimentos diversos e emerge como recurso da ação, indicando onde inspirar/orientar decisões que promovam exercícios de amadurecer diferenças, soluções, relações e obras de pensamento durante o percurso de tornar-se profissional de saúde.

#### **Introdução.**

Para expressar previsões sobre a modernidade, ou sobre os que nela vivem, Weber (2009) usa expressões como *'sensualistas sem coração, técnicos sem espírito'*. Seríamos, ou somos, pessoas que se deslocam do fim daquilo que fazem, ou seja, produzimos o fim em si mesmo, seja do lucro, burocracia ou técnica. O lucro pelo lucro, a técnica desalojada do mundo contingente e a burocracia por ela própria. Muitas previsões de Weber e de outros autores clássicos das ciências sociais parecem estar certas e erradas ao mesmo tempo. Chegamos

exatamente a este estado, mas outras coisas aconteceram concomitantemente, assegurando uma característica relevante, a complexidade das nossas sociedades.

Os processos de secularização parecem ocupar este lugar. Como afirma Zepeda (2010) tal processo é uma análise teórica que consiste no conjunto de transformações sociais que fazem a religião perder relevância. Essa análise foi compartilhada por alguns autores, como Weber e Marx. Como observamos, em alguma medida, o processo de secularização existe como uma realidade, mas parece não se concretizar efetivamente. A religião, ou diversos fenômenos que assim chamamos, assumem relevância expressiva em contextos sociais diversos.

É exatamente pela força e relevância das religiões, bem como pela diversidade destas, ao longo dessa história moderna, que institutos jurídicos como o da laicidade são fundamentais. Se a secularização não acontece no tecido social, como previam os clássicos, ela figura no campo das decisões do Estado. Também no circuito de proposições associadas, como sobre saúde e educação. Ranquetat (2008) distingue secularização e laicidade. Para o autor, um refere-se ao processo de declínio de forças da igreja católica e outro a uma atitude restritiva do Estado moderno. A laicidade, nestes termos é uma proposição de afastamento do Estado para decidir e construir relações, orientações a partir de lógicas afastadas dos termos religiosos.

Portanto, laicidade segundo este autor, é o afastamento do Estado em relação ao campo religioso. No entanto, afastamento categórico que pouco detalha quanto ao processo. Afastar como? O que fazer com as proposições morais religiosas que os integrantes do Estado revelam? Como tratar das religiões na cena do Estado? Ou como construir experiências de formação em atitudes laicas? Ou seja, parece evidente formular o que é laicidade, mas não é tão simples construir exercícios de laicidade. Tal qual a situação da secularização, parece que a laicidade acontece e não acontece concomitantemente.

Para falar sobre o campo gostaria de folhear duas narrativas, algumas impressões iniciais e constantes, ao passo que contamos exercícios que mediarão a colheita de tais noções. Este trabalho foi realizado numa Escola Saúde na cidade de Salvador, mais especificamente no currículo de medicina, conversando com professoras do curso, tratando de suas experiências, trajetórias e proposições durante os tempos duráveis que estão por lá. Eu circulo há pouco tempo em seus espaços, suficiente para etnografias modernas, também suficiente para perceber que conheço pouco dos caminhos, das dobras e das trajetórias que estão vivas, ocultas e em movimento de funcionamento cotidiano.

Diante do exercício de uma pesquisa sobre religiosidade e espiritualidade na formação em medicina, encontrei o tema da laicidade de um modo interessante. Primeiro, ela não apareceu imediatamente, outras coisas a sobrepuseram, coisas como o exercício de conceituar alinhando elementos científicos e religiosos, ainda as histórias clínicas que são presentes e efetivam recursos pedagógicos muito constantes. As histórias descrevem sobre as realidades dos contingentes de saúde em Salvador, por isso estabelecem conversas iniciais e associações pedagógicas, ensinam modos de pensar os termos do cotidiano e relações importantes.

A laicidade apareceu depois, demonstrando a força e relevância de outras práticas do campo. No entanto, a laicidade aparece dentro de um movimento elaborado, um exercício cotidiano. Para além de um conceito que exprime o afastamento entre Estado e religião, as pessoas com quem conversei demonstraram maturidade e contextualizaram a laicidade dentro de processos, exercícios que a transformam em práticas. Por isso mesmo assumem riscos. Expressam dúvidas, hesitações, consciência com relação a outros caminhos. Houve a produção de exercícios coerentes no que tange às práticas de laicidade.

Isso demonstra em alguma medida as complexidades do campo onde essa investigação se faz. Existem muitas pessoas por lá, diversas origens. Dentre as pessoas que compõem o corpo docente, a maioria é branca e pertence à classe média, ou média alta. Grande parte é do gênero masculino, com uma participação feminina cada vez maior e completamente relevante. Eu estou no grupo de homens brancos que ocupa posições de trabalho por lá. Portanto, posso vislumbrar características por dentro quando trabalho e pesquisa. Mesmo que não possa separar essas duas atitudes, elas se complementam em alguma medida. Neste sentido, entendo que a escola assegura movimentos de autorreflexão sobre seus processos, e encoraja, colabora, com pesquisas sobre os próprios circuitos, a fim de pensar sobre caminhos de amadurecimento e aprofundamento de atitudes relevantes para formação em saúde.

Este texto compõe um destes autorretratos de aprofundamentos. Para descrever, na sequência desenrolam os seguintes passos: a contextualização metodológica do processo, como foram produzidas as informações partilhadas no texto. As descrições de exercícios de laicidade propostos em entrevistas, costurados com narrativas etnográficas e fundamentações teóricas. Dentre estas, as discussões sobre laicidade desenvolvidas por Debora Diniz que situam formulações deste texto, bem como a definição de formação apresentada por Marilena Chauí.

Assim, o objetivo deste texto é descrever exercícios de laicidade desenvolvidos em uma Escola de Formação em Saúde. Nestes, laicidade define-se como ação orientada por reflexões democráticas, plurais em diálogo com o campo acadêmico. Como observa Diniz (2013). A partir dessa relação entre exercícios práticos e conceitos, podemos documentar experiências de laicidade realizadas dentro do campo de formação em saúde.

## **Metodologia**

Este trabalho foi produzido a partir de entrevistas semiestruturadas que questionavam acerca da religiosidade e espiritualidade nas experiências curriculares e na trajetória acadêmica dos sujeitos. As entrevistas foram alinhadas ao método etnográfico, a realização do campo foi continuada. Assim, foram tratadas como evento amplo, tornando relevante o que é narrado, também como é narrado. Exemplos de trabalhos com processos semelhantes podem ser encontrados em Kofes (2015) ou Aureliano (2012).

Os relatos produzidos em entrevista foram explorados e transferidos para o texto, por motivo de compromisso com o diálogo e com a produção de conhecimento que os encontros conjugaram. As entrevistas foram escutadas e novamente realizadas, quando novas questões apareceram. Podemos ver exemplos semelhantes quanto à produção de entrevistas em Gonsalves (2012) e Cardozo (2014).

Este projeto foi submetido e aprovado em comitê de ética. Os participantes assinaram termo de compromisso livre e esclarecido. Bem como seus nomes foram trocados para garantir sigilo.

## **Obras de pensamento e vislumbres para laicidade**

Marilena Chauí (2006) constrói um texto para tratar dos rumos da Universidade pública. Seus argumentos passeiam em torno das ideias sobre autonomia e relação entre sociedade e instituições de conhecimento. Para elaborar, recorda que a universidade produz socialmente uma contingência importante, a formação. No centro da discussão a autora volta à pergunta basilar: o que é formação? Ela responde com uma imagem de Merleau-Ponty: *“a obra de arte recolhe o passado imemorial contido na percepção, interroga a percepção presente e busca, com o símbolo, ultrapassar a situação dada, oferecendo-lhe um sentido novo que não poderia vir à existência sem a obra.”* A obra de arte permite, a partir do passado, realizar vislumbres ao futuro. Chauí (2003) conclui que a formação é uma experiência com o tempo, por permitir esse vislumbre. Ela continua: *“Da mesma maneira, a obra de pensamento só é fecunda quando*

*pensa e diz o que sem ela não poderia ser pensado nem dito, e sobretudo quando, por seu próprio excesso, nos dá a pensar e a dizer, criando em seu próprio interior a posteridade que irá superá-la.”*

A obra de pensamento é uma composição que permite transformação, alia a possibilidades de desenvolvimento, conduz a possibilidades de ação e elaboração. A partir dela experimentamos rumos, caminhos e modos de trilhar adiante. Na formação, se constroem obras que levam a assuntos específicos, contingenciam decisões, formulações, associações. Aqui, tratamos de obras de pensamento que teceram exercícios de laicidade. Processos através dos quais foram possíveis reflexões e experiências para construção de espaços laicos. Bem como, observação de suas trincas, tensões e dúvidas.

São três relatos e diferentes construções, alinhadas ao contexto sobre a voz que elabora e narra caminhos alternativos para pensar laicidade. Cada relato assegura a construção de espaço dentro da experiência de formação, dentro do território do currículo. O currículo são reflexões, relações, convivência com ideias, são as sobras de pensamento. É o tecido onde se produzem questões, como em Daltro, Vilas boas (2017), um campo de produção de subjetividades. Neste campo, seguimos algumas experiências com as ideias e exercício da laicidade.

### **Ateia, mas talvez cristã.**

Maria é professora, médica psiquiatra e gestora da escola há alguns anos. Boa parte de sua vida está imbricada na trajetória da escola. Seu tempo de administração constrói um modo de produzir formação e uma linha de relação entre educação e saúde. Sua presença é vívida e tranquila, falamos suavemente sobre problemas desafiadores, sem desanimar diante da profundidade de determinados processos. Nossa conversa iniciou um tema da maior importância.

*Maria: Sou ateia desde os onze anos de idade. Eu venho de uma família católica. Quando eu nasci, o catolicismo era uma religião dominante, hoje vai sofrendo abalos. Por parte da família do meu pai, minhas tias eram religiosas. Então, eu estudei em colégios católicos até os doze anos, quando fui para uma escola pública. Nós íamos à missa todos os domingos, líamos a bíblia, discutíamos os textos. Eu participava daquilo de modo tranquilo, pra mim era uma coisa boa, gostava de estar ali, me situava muito bem.*



*Uma coisa que me chamava atenção era que meu pai me levava até a missa, mas ele não entrava, ele ficava na porta. Eu pensava, meu pai é um homem tão bom, não pode ser pecado ele não assistir missa aos domingos. A partir disso eu comecei a me questionar sobre essa noção de pecado e castigo. Então, eu vivi uma reflexão que me levou a concluir que não havia esse deus, era uma criação humana. Apesar de achar a missa linda, até hoje lembro da missa em Latim, aprendi naquela época e sei até hoje.*

*Acho que ficou em mim dessa experiência a ideia de fazer bem aos outros. Porque, com minhas tias, aos domingos a gente ia em orfanatos, asilos, pra fazer trabalhos sociais. Acho que fiquei com ideias de fazer o bem ao social, aos outros. Talvez eu seja extremamente cristã, mesmo convictamente ateia. Porque a partir dessa experiência, eu soube onde me posicionar fazendo o bem, ao lado dos menos favorecidos, dos injustiçados, excluídos de todos os tipos.*

Nos conhecemos poucos anos antes dessa conversa, visitei a instituição antes de um contato maior para trabalho, nessa ocasião nos sentamos próximos. Não conhecia o corpo administrativo ou docente da escola. Neste dia ela levantou do meu lado, na plateia do auditório, e fez uma fala de abertura do evento, destacou a liberdade de expressão, o compromisso com a democracia e a importância da produção de uma política ética. Estávamos no ano de 2018, próximo das eleições. Suas palavras me deram força e fios de pertencimento. Admirei as claras colocações sobre um tema tão importante e cada vez mais delicado nos espaços de formação. Achei fundamental o espaço de um evento científico ser mobilizador de reflexões políticas. Havia uma força de vida em movimento ali.

Quando marcamos a entrevista, expliquei tratar de uma pesquisa sobre espiritualidade e religiosidade no discurso docente. Gostaríamos de saber como os docentes do curso de medicina mobilizavam temas relativos à religiosidade ou espiritualidade. Poderia ser de muitas formas, tratando de uma terapêutica desenvolvida em contextos de religião, descrevendo sobre práticas integrativas, experiências vividas nos trabalhos em saúde ou temas contextualizados em situações de luto. Porém, para abrir as entrevistas começava geralmente tratando dos conceitos. Ou seja, perguntava o que era, em termos pessoais ou acadêmicos, religiosidade e espiritualidade.

Neste caso, começamos falando da convicção pessoal de Maria, ateia. Isso pulsou ao diálogo, porque eu já havia escutado nos corredores, e ela falou facilmente, com leveza sobre sua convicção. O que nos levou até um ponto interessante sobre histórias institucionais. Foi comum

no Brasil a produção de espaços escolares ou de saúde a partir de instituições da Igreja Católica. Ou seja, pensar a trajetória de instituições de saúde no Brasil é estar atento para relações entre religião, formas de cuidado e de educação. Todas essas relações exprimem também modos de produzir e propagar conhecimento. O que marca a importância da conexão do campo em questão, uma escola de formação em saúde.

Saúde produzida a partir de instituições religiosas exprime um traço comum nos relatos sobre a institucionalização da saúde no Brasil. Podemos ver em Nunes (2000) ao realizar um panorama de tais processos, bem como em Schwarcz, Starling (2020) apresentando narrativa analítica sobre os contingentes históricos da gripe espanhola. Além de demonstrar como não vencemos determinadas questões como sociedade civil e comunidade política, nos mantendo como amadores diante da nova situação de pandemia, as autoras também marcam as contínuas relações entre Igreja Católica e instituições que promovem saúde.

Ao longo do texto, as autoras analisam recortes específicos de cada estado brasileiro no enfrentamento da Gripe Espanhola, constroem um retrato profundo que assegura perspectiva de temporalidade, demonstrando como estamos permeados de práticas e associações entre religiões e modos de combater ou tratar problemas de saúde. Um dos exemplos foi a primeira proposta de intervenção para conter os avanços da Gripe Espanhola, a realização da ‘Missa recordare contra pestem’, composta originalmente para proteger a população contra a peste pelo Papa Clemente VI no século XIV, novamente realizada na Igreja do Senhor do Bonfim, Salvador.

A proposta de realização da missa significa a relação entre saúde e religião católica no território da Bahia. A primeira intervenção não foi política informativa, educativa de prevenção, ou de preparação do corpo de saúde, foi uma intervenção religiosa. Tal contexto também demonstra como a sociedade da Bahia, ou de Salvador é marcada por uma linguagem religiosa, mesmo para solucionar determinados problemas. Essa é uma imagem de complexas misturas entre religião e saúde, não asseguram reflexões objetivas quanto a laicidades, mas colaboram com imagens que fazem pensar relações, práticas e responsabilidades sociais.

As relações entre saúde e Igreja Católica, ou instituições religiosas e saúde ajudam a demonstrar um contexto de questões que apareceram nas entrevistas/conversas e são recorrentes ao cotidiano do campo, como é o tema da laicidade. Enquanto somos, através de processos históricos, socialmente encharcados de relações entre educação e religião ou saúde

e religião, remontamos à pergunta: como promover uma saúde marcada por práticas de laicidade? A pergunta pode ser um ponto de partida interessante, marcadamente temos respostas dentro dos processos cotidianos. Construções podem evidenciar noções de laicidade na formação e na produção de espaços, linguagens usadas na escola ou escolhas simbólicas. Vejamos elaborações antes de pensar um pouco mais sobre a laicidade.

***Maria:** Entre os fundadores da Escola, apenas um era religioso. Apesar de nascer a partir de uma instituição religiosa, quando fui assumindo cargos de liderança, essa foi uma questão que tentei deixar clara. Por exemplo, quando estávamos no bairro de Nazaré, no andar de baixo, ficava o laboratório de anatomia, guardados lá, cadáveres, alguns materiais e instrumentos. Havia um crucifixo pendurado na parede que eu tirei quando assumi posição de liderança. Porque se permitíssemos o crucifixo, também teríamos que ter vários outros símbolos religiosos no espaço. E a escola é laica, têm pessoas de todas as religiões, inclusive aqueles que não admitem que simbolizem imagens. Então, como privilegiar uma religião em detrimento de outras? Era preciso respeito. Acho que a melhor forma de respeitar todas é não privilegiar nenhuma.*

“A escola é laica”, mesmo derivando de uma instituição vinculada à igreja, não há dúvida, todavia, proponho uma volta para melhor vislumbrar tais colocações. Diniz (2013) escreve um texto em favor do conceito de laicidade. A autora define laicidade como a ‘*condição de possibilidade para produção de governabilidade num estado plural e democrático*’. E continua com uma observação fundamental, ‘*...em saúde, importa saber onde os governantes buscam inspiração para atos oficiais: no conhecimento acadêmico ou nas religiões?*’ O texto apresenta situações nas quais o aborto foi negado por ferir moralmente os profissionais envolvidos na sua realização. Ou seja, mulheres que tinham direito ao aborto sofreram negativas em sua assistência por instituições ou profissionais. Essas posturas não são laicas, cívicas ou éticas por negar o direito, fundamentando-se em moralidades religiosas.

Laicidade, nestes termos é a garantia de orientação acadêmica, afastada de contextos religiosos, para decisões públicas. As orientações do Estado, ou de instituições que promovam saúde devem fundamentar-se em debates acadêmicos, científicos, éticos e garantidores de direitos. No caso do aborto legal, é evidente o afastamento de uma postura laica. Mas, se laicidade fica evidente e reconhecível nos termos do exemplo apresentado por Diniz, ela aparece como dilema para pensar processos de construção dos espaços e modos de ensinar.

Maria tirou o crucifixo da sala de anatomia garantindo um espaço sem anúncios religiosos em forma de imagem. A solução aponta pra alternativa de exercitar uma neutralidade religiosa nos espaços de formação. A escolha poderia se contrapor a outra, que ela mesma cogita, povoar a sala de símbolos religiosos. Ou seja, laicidade, no caso da produção dos espaços de formação em saúde, deve ser atingida a partir de qual processo? Povoar de filosofias religiosas ou exercitar um ambiente neutro de influências religiosas? Sua argumentação final ecoa, se não podemos representar todas, o melhor é não privilegiar nenhuma.

Na França há um debate vivo com relação aos processos de laicidade, podemos ver em Pedrosa (2022). A postura republicana exige uma neutralidade religiosa dentro dos espaços públicos, o que envolve o uso de símbolos de pertencimento étnico, como o Hijab nas escolas públicas. O exercício de neutralidade, neste contexto, acaba por sufocar expressões de identidade étnica e pertencimento de grupos sociais. O que nos leva a pensar na natureza da questão religiosa, pertencimento étnico é religião? Se for, a equação quanto aos processos de laicidade permanece ou muda?

Maria conta sobre uma decisão fundamental para constituição do espaço de formação marcado por uma atitude laica. Ao mesmo tempo em que ela delimita uma fronteira, a decisão sobre um espaço de aula ajuda a pensar questões sobre os processos diante da construção de laicidade. Sua decisão segue alinhada com as orientações de Diniz, inspirou-se em reflexões acadêmicas, democráticas. Não obstante, podemos usar este evento como uma oportunidade para aprofundar nas relações estabelecidas diante de processos de laicidade, a fim de pensar como exercitamos cotidianamente essa noção em espaços de formação em saúde. Ou seja, seguir pensando como construí-los envolve disposição marcada por ponderações, mesmo quando nos inspiramos em campo democrático acadêmico.

### **Povoando e hesitando**

Numa discussão semelhante em outra entrevista, chegamos também até um exercício de laicidade. Conversávamos sobre a demanda atual em responder sobre a função das coisas que usamos pedagogicamente, ou seja, os conhecimentos devem ter função clara nos processos pedagógicos. Será que devem mesmo? Parece uma ideia de serviço, o conhecimento a nosso serviço enquanto aprendemos, ensinamos ou propomos diálogos. Essa conversa nos levou até uma reflexão sobre território dentro da formação, o currículo também segue como um espaço em disputa. Como ocupamos os espaços do currículo?

*Mariana: Quando eu entrei num programa disciplinar que propunha encontro de estudantes com grupos comunitários, isso se apresentou. Eu trabalhava levando os estudantes até uma casa de idosos e essa casa era religiosa. A casa era toda organizada a partir da religião católica, símbolos, ornamentos, práticas cotidianas... Inclusive, ao final de toda atividade as senhoras rezavam um terço. E era interessante porque sugeriram demandas por parte delas em rezar um pai nosso ou avemaria. Depois que elas saíram, nós discutíamos sobre isso. Porque ali estava aparecendo a religião católica, mas, se estivessem outras pessoas ali, de outras religiões, essas também poderiam e deveriam ter o mesmo direito de se expressar. Nós deveríamos assegurar a expressão de cada sujeito que ali estivesse.*

*Haviam muitos estudantes católicos. Eu me lembro que quando fiz obrigação dentro da minha religião, que é a umbanda, essa questão se tensionou. Porque passei um tempo usando as guias, elementos sagrados que carregava no corpo. Quando pensei em ir trabalhar com as guias, duvidei... como vai ser isso? Eu pensei duas vezes, de fato. E refleti, se elas usam e estão lá com todos os símbolos, imagens, crucifixo, eu também posso usar minhas guias. Porque fiquei pensando, vivi uma dúvida, se eu fizer isso estaria, em alguma medida, desrespeitando o espaço? Eu fiquei neste dilema. No final, terminei usando as guias.*

Voltamos à laicidade em ponderações e hesitações. As questões com relação aos exercícios de laicidade continuam. Como produzir espaços e práticas de laicidade em contextos de educação em saúde? Mariana nos ajuda a pensar. Ela é professora e psicóloga, temos conversas constantes, para além de entrevistas, regadas de muitas questões. Sua contribuição é significativa, colaborou com a trajetória e construção de alguns importantes espaços interdisciplinares da escola. A laicidade aparece em seu relato como uma experiência de hesitação, afirmação e acolhimento. Expressões religiosas participaram da composição de um espaço pedagógico, como demandas de grupos que colaboravam com a formação em saúde ou como elementos de pertencimento da professora e dos estudantes. Na sala de aula, os participantes presentificavam seus pertencimentos, isso promoveu um espaço de colaboração e comunicação em saúde.

O exercício de laicidade foi promovido pela atitude de povoar espaços com pertencimentos religiosos, sem perder de vista as posições dos envolvidos. A professora não ofusca vislumbres interessantes para expressões religiosas, a escola está indo ao encontro do grupo de senhoras, sua casa deve ser respeitada. Além disso, ao exercitar esse acolhimento, qualquer manifestação religiosa deve ser acolhida, amplia-se o escopo. Este contexto também segue em coerência com

a observação citada anteriormente, em Diniz (2013) mesmo que a opção tenha sido de povoar o ambiente com expressões religiosas, tal decisão foi inspirada em valores democráticos e acadêmicos, quais sejam, simetria entre as expressões religiosas diversas e a livre manifestação entre estas.

Diniz (2006) escreve ainda outros textos sobre o tema da laicidade. No texto “Entre a Dúvida e o Dogma”, a autora promove uma discussão sobre a realidade das universidades confessionais no Brasil. Ou seja, universidades vinculadas a instituições religiosas, sua maioria ligada à Igreja Católica. Para propor sobre este tema, a autora discorre acerca da liberdade de cátedra, instituto constitucional que permite a livre manifestação de ideias por parte de professores e pesquisadores acadêmicos. As instituições confessionais não podem suprimir o debate inspirado pelos agentes acadêmicos, em tese. Na prática, muitas coisas acontecem, alguns temas são prejudicados e outros abolidos, como adverte a autora com relação aos temas da sexualidade e do aborto para fins de pesquisa.

Mariana estava assegurada pela liberdade de cátedra para promover ideias quanto à religião. Usar ou não elementos religiosos produz uma dúvida cuidadosa diante dos estudantes, da comunidade, e envolve sua posição de professora. A laicidade, no entanto, estava assegurada pela orientação em princípios democráticos acadêmicos, seguidos de uma ação que estabelece um contexto de diversidade. Estamos alinhados a partir de leitura de Diniz (2013), bem como atentos às palavras nas entrevistas, vislumbrando exercícios de laicidade em uma dupla contingência. Primeiro, o campo inspira a reflexão e decisão, segundo, a produção do contexto a partir da decisão. No entanto, seguimos à frente, o que produzimos depois de uma decisão alinhada com ideais de laicidade? O que um exercício de laicidade produz diante de um espaço de formação em saúde?

As palavras de Mariana, assim como o exemplo das escolas na França citado por Pedrosa (2022) também contextualizam quadros de pertencimento étnico, social, neste contingente de reflexão quanto à laicidade. Falar de laicidade envolve um pouco mais do que pensar a relação com contextos de religião, porque algumas práticas são associadas a retratos religiosos, mas são mais amplas, são modos de vida. A linha é tênue, as religiões são expressões e partem de modos de vida.

Não estamos tratando neste texto da especificidade do conceito de religião, não pretendemos definir ou classificar. Mas pensar como o tema da laicidade nos encaminha para determinados

debates, capacidades discursivas. Além de fazer uma reflexão sobre nossas decisões e os caminhos que estamos desenhando ao tomá-las. Não obstante, o debate da laicidade invoca a ideia de religião como um campo de noções, práticas e símbolos. Por isso a posição acerca deste tema, bem como o alinhamento com tal distinção específica. O objetivo é de reconhecer que a produção de religião envolve um contingente complexo, coletivo e histórico. Tratar de religião é posicionar-se diante de culturas.

### **Religiões e modos de reconhecer alteridades**

Pontuamos o debate com alguns autores para fins de fundamentações. Asad (2010) elabora uma reflexão sobre a categoria religiosa e suas origens. A religião é uma categoria ocidental, marcada por uma contingência colonial. Os povos não reconhecem originalmente este pedaço da vida social, mas a força de classificação colonial o faz. Said (2007) argumenta de modo semelhante quando elabora sobre o orientalismo, a lógica com a qual o ocidente enxerga o oriente. O oriente não existe, apenas o orientalismo. Em um caminho semelhante Abu-Lughod (2012) trata de espaços acadêmicos em uma reflexão sobre alteridade. E pergunta, o que queremos ao classificar determinadas práticas de alteridade, como o uso do véu, por exemplo? Para pensar o Brasil, Nascimento (2016) que trata dos candomblés como modo de vida, para além de um espaço circunscrito onde se experimenta o sagrado.

As práticas classificadas como religiões são experiências culturais profundas e localizadas, asseguradas em seus próprios termos sobre a vida de modo amplo. Por isso mesmo a noção da laicidade nos espaços de formação em saúde tem relevância fundamental, e deve ser cuidadosamente tratada. Diz sobre como pensamos na convivência e na diferença. O debate sobre religião e laicidade não se esgota na permissão em expressões públicas e livres. Passa também por uma capacidade em desenvolver relações com diferenças, alteridades. Caminha por uma capacidade em conceber diversidade, ter conteúdo e habilidade para entender que o mundo é possível em diferença. Bem como estar ciente de suas próprias limitações culturais, amadurecer relações com outras formas de vida.

Levei para outra entrevista uma inquietação que apareceu durante a pesquisa. Em muitas conversas eu perguntava sobre espiritualidade/religiosidade e escutava respostas sobre alteridades. São conceitos semelhantes? Por que quando pergunto sobre espiritualidade respondem com experiência ou exemplos de alteridades, ou seja, falam de outros? Há de se admitir a correspondência entre laicidade e diversidade, mas quanto à

espiritualidade/religiosidade pode ser respondido a partir de experiências individuais ou do próprio contexto de pertencimento. Por que, então, o tema conduzia para cenários afastados?

Marta, uma professora, psicóloga, integrante de movimentos sociais responderam associando o tema da laicidade a habilidades de comunicação e diálogo. Sua resposta ajuda a pensar, também compartilha algumas de suas escolhas durante o trabalho da docência.

***Marta:** Considerando a dimensão espiritual como parte do sujeito, este tema sempre aparece em sala de aula. Não para tratar de religião, mas para alcançar este nível de experiência. Quando fomos tratar de povos indígenas, então não aparece religião, indígenas não tem religião. Mas o que a gente chama da dimensão espiritual compõe uma epistemologia indígena, um modo de conhecer determinadas coisas. Depois para falar de povos de matriz africana, neste caso, não tem como negar religião. Primeiro pela Bahia, o território onde estamos, todos acham que entendem um pouco disso pela relação com os lugares e com as ideias, existe um perigo nisso. Porque podemos ficar num lugar de relações folclóricas, trata-se da vida das pessoas.*

*Eu já coloquei um texto que tratava do candomblé para pensar questões de saúde e algumas alunas tiveram muita dificuldade para discutir o texto. Uma dificuldade moral. Acho que estes temas possibilitam deslocamentos, substituímos óticas do distanciamento por óticas de aprofundamento. Acho que precisamos propor escutas radicais dos outros para elaborar quadros de saúde. Trata-se de uma disponibilidade para encarar alteridades.*

*Acho interessante considerar, para o campo da formação em saúde, uma reflexão sobre como se comunicar com os sujeitos, escutar, conversar, propor... A religião é uma forma de subjetivação, talvez seja importante discutir formas de subjetivação para melhor tratar dos quadros de alteridade. Do contrário, ficamos dentro de um discurso cristão, negando alteridades sem a habilidade ou possibilidade de discutir sobre outras formas de vida. É aquela coisa, o Estado é laico, mas vamos no Fórum, ou uma escola pública e têm um crucifixo pendurado na parede, e ninguém fala sobre isso. Se tivesse uma imagem de Exú, o silêncio jamais seria presente. Isso está nas entrelinhas do discurso religioso que é aceito.*

As palavras de Marta ajudam a formular duas ideias. Primeiro, é fundamental a produção de um diálogo efetivo com contextos de alteridades. Não é suficiente saber que há diferença no mundo, há necessidade em construir canais de comunicação com diferenças, canais de habilidades, conhecer linguagens para formular, conviver determinadas circunstâncias. Para o



campo da saúde a capacidade de comunicar, escutar e propor é da maior importância. Na lógica das formas de vida, é fundamental produzir disponibilidade para tratar alteridades.

Além disso, suas palavras chamam atenção para produção de uma maturidade perante o que fazemos. Estamos diante de posicionamentos culturais que são influências ou reflexos religiosos. Estes posicionamentos por vezes são morais. A relação com determinados temas, por vezes são materiais, como a composição dos espaços, citado em todas as entrevistas aqui. Por que concordamos silenciosamente com crucifixos pendurados em paredes públicas? Concordaríamos se houvessem imagens de outras religiões? Nosso silêncio revela uma posição diante dos símbolos e do que significam, nos termos das flexibilizações e de como estamos propondo laicidade. Sobretudo, como estamos posicionados acerca da possibilidade de alteridade e da nossa maturidade relacional modesta.

As palavras de Marta recortam um novo para os exercícios de laicidade. Estão alinhadas a um exercício proposto por Geertz (2000) num dos seus últimos textos, no qual trata dos desafios do etnocentrismo. Argumenta que precisamos construir canais de comunicação para relacionar e lidar com diferenças. Tais canais podem ser concebidos pela lógica destas habilidades que Marta menciona, compreender e produzir aprofundamento, contingente de relação.

Estas habilidades derivam dos exercícios de laicidade produzidos. Se existem alternativas quanto a presenças dos símbolos nos espaços de formação, precisamos fazer presentes linguagens e comunicação entre diferenças culturais/sociais para amadurecer práticas de laicidade, o que envolve quadros de influência religiosa, enquanto processos de subjetivação, além de campos epistemológicos. Neste caminho, tratar da religião na lógica dos contextos de produção de vida, conjugada a exercício que possibilitem ambientes laicos.

### **Disponibilidade para encarar**

Durante a produção da pesquisa sobre religiosidade e espiritualidade, encontramos alguns debates acerca da laicidade. Quando em entrevistas, perguntando sobre o tema da religiosidade na experiência de formação, algumas pessoas contaram experiências de soluções ou dúvidas e elaborações quanto à questão da laicidade. Como demonstramos acima, em cada narrativa uma alternativa diferente, mas todas agrupadas em uma lógica de experimentação comprometida com a laicidade. Ou seja, praticando exercícios de laicidade.

Tais exercícios por vezes tentavam criar espaços de neutralidade religiosa, afastados de qualquer expressão sagrada. Em outras, experimenta criar ambientes de acolhimento para qualquer manifestação religiosa, diante das contingências oportunizadas pelas dinâmicas das experiências curriculares. Além destes, uma última oportunidade produz reflexão sobre nossa capacidade de diálogo quanto ao tema, religião é um campo de subjetivação e devemos, enquanto comunidade de formação em saúde, formar habilidades para nos relacionar com este campo.

Para fundamentar estes exercícios de laicidade, os escritos de Debora Diniz foram da maior importância. Seus detalhes permitem um vislumbre da laicidade como movimento de ação. Laicidade transcorre como o campo que orienta a ação, este campo deve ser acadêmico e democrático, permitindo que o espaço permaneça plural. Bem como, é essencial atenção quanto ao campo para onde a ação é orientada, o campo que se relaciona com o coletivo mais amplo, dos direitos sociais, do Estado. No caso descrito, o da formação em saúde.

Portanto, construir obras de pensamento capazes de produzir vislumbres de futuro plural segue como pauta basilar. Ademais, construir discursos sobre laicidade é passear por um conjunto expressivo de ambiguidades, porque a ideia de religião transita por pertencimentos diversos, processos de violência colonial e de extermínio de alteridades. A religião católica permeia todas as narrativas quanto à alteridade, parece que o desafio é antigo. Por isso mesmo, a laicidade deve aparecer como recurso da ação, indicando onde inspirar/orientar decisões. Tais decisões podem oportunizar atenção, para não perder de vista o que produzimos quando tentamos construir espaços e relações coletivas, plurais, laicas. Por conseguinte, amadurecer diferenças, soluções, relações e obras de pensamento durante nossos processos.

## **Bibliografia**

Asad, T. (2010). A construção da religião como uma categoria antropológica. Cadernos de Campo (São Paulo-1991).

Abu-lughod, L. (2012). As mulheres muçulmanas precisam realmente de salvação?: reflexões antropológicas sobre o relativismo cultural e seus outros. Revista Estudos Feministas.

Cardozo, V. Z. (2014). A encenação da descrença: a performance dos espíritos e a presentificação do real. Revista de Antropologia.

Chauí, M. (2006). A universidade pública sob nova perspectiva. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação.

Daltro, M. R. (2018). Ensino da psicologia em cursos de medicina no Brasil. Arquivos Brasileiros de Psicologia.

Diniz, D. (2013). Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública.

Diniz, D. Bulgliione, S. Rios, R. R. (2006). Entre a dúvida e o dogma: liberdade da Cátedra e Universidades confessionais. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Do Nascimento, W.F. (2016). Sobre os candomblés como modo de vida: Imagens filosóficas entre Áfricas e Brasis. Ensaios Filosóficos, v. 13, p. 153-171.

Geertz, C. (2000). A pesquisa antropológica nos novos países. Nova Luz sobre a Antropologia.

Gonçalves, M.A. Marques, R. Cardozo, V. Z. (2018). Etnobiografia: subjetivação e etnografia. Editora 7Letras (Viveiros de Castro Editora LTDA-ME).

Nunes, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, p. 251-264.

Weber, M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. Nobooks Editorial, 2009.

Pedrosa, B. (2022). LIBERDADE, IGUALDADE E LAICIDADE: O USO DO HIJAB NAS ESCOLAS PÚBLICAS COMO UMA AMEAÇA À ONTOLOGIA REPUBLICANA FRANCESA. international relations.

Said, E. W. (2007). Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente. Editora Companhia das Letras.

Schwarcz, L. M. Starling, H. M. (2020). A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil. Companhia das Letras.

Zepeda, J.J. (2010). Legorreta. Secularização ou ressacralização? O debate sociológico contemporâneo sobre a teoria da secularização. Revista brasileira de ciências sociais.

## **Discussão**

Os artigos oportunizam algumas discussões para o campo da saúde. Tais discussões foram veiculadas por conversas sobre R/E, ou seja, o tema do estudo encaminhou para alguns contextos diferentes, mas comungaram pontos de partida.

O primeiro artigo apresenta um desafio descritivo, porque trata dos discursos em posições pouco marcadas, os sujeitos tratam usam mediações discursivas vinculadas a espaços religiosos para expor ideias do campo da saúde. Caracterizamos este evento como metáforas e oportunizamos um diálogo, também fronteiro, com Cangilhem (2020) para pensar o posicionamento diante do discurso religiosos sob perspectiva de suas ideias quanto a saúde. Tratar de religião no campo de saúde, assim como a noção de saúde para o autor, abrir-se ao risco.

Em sequência, o segundo texto demonstra como profissionais da medicina esperam determinados comportamentos diante de pacientes religiosos. A experiência religiosa não viabiliza caminho uniforme, ao contrário, é constituída aos passos. Para discutir o devir da experiência religiosa diante da saúde usamos a imagens da Malha, Ingold (2015). Neste caso a crença religiosa eram fios da Malha, poderia tecer para diversos caminhos de relação, e a expectativa diante da crença religiosa poderia dar oportunidade a perguntas, diálogos e atenção.

O terceiro artigo apresenta uma caracterização dos discursos de estudantes diante do tema. Neste sentido é recorrente a ideia de neutralidade por parte dos médicos, bem como a religião como via da comunicação com os pacientes. Ou seja, os médicos são neutros por via da técnica e os pacientes podem ser convencidos pela linguagem da sua religião. Diante dessa noção apresentamos discussões éticas, no lugar da neutralidade podemos construir espaços éticos, novamente dialogamos com Diniz (2013).

Por último descreve a noção de laicidade em exercício, as pessoas contaram como construíram seus processos diante da escola, pensando sobre o tema da laicidade. Para fundamentar discussões sobre esta, o diálogo com textos de Debora Diniz foi da maior importância. Diniz (2013) posiciona laicidade a partir do lugar onde buscamos inspirações para decisões públicas, o campo de inspiração deve ser o debate acadêmico e ideias democráticas. Bem como devemos

afastar de moralidades religiosas para decidir ao coletivo e no campo dos direitos sociais e individuais.

Por fim, os textos demonstram argumentos do cotidiano dos espaços da Escola e da experiência de formação. Em comum relevam o ponto de partida, discussões, descrições e conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, bem como contextos argumentativos que ajudam a pensar sobre espaços de saúde e formação e quais são os arranjos discursivos que seguimos construído e povoando para colaboração com estes espaços e orientações.

### **Os limites que posso ver**

Este trabalho apresenta um compromisso com os relatos, como mencionado em uma comunicação acadêmica, uma ética dos relatos. O que significa dizer que viabiliza suas elaborações reflexões mediado por relatos compartilhados. Também que os relatos foram descritos contextualizadas, tratados como evento de encontro. Para tanto foram produzidos em escutas contínuas, atentas, em conversas abertas. Na justa linha desta contribuição marcam também ausências, limites.

Este trabalho não apresenta contextualizações etnográficas alternativas do cotidiano na Escola, ou uma imagem documental do currículo. Essas instancias aparecem nos relatos ou em breves anúncios outras. Os vínculos institucionais foram pensados a partir de produções acadêmicas, textos sobre documentos. Já as descrições etnográficas, em maioria, foram possíveis pelos relatos, foi uma etnografia mediada por exercícios de escuta.

O trabalho também localiza uma região acadêmica fronteira. Isso porque propõe contatos diversos, seja entre antropologia, saúde e educação, ou entre noções de espiritualidades na prática e no ensino em saúde. Isso potencialmente significa uma contribuição. No entanto, também pode ser um limite se observarmos pela falta que o trabalho anuncia em cada uma dessas áreas ou para cada uma dessas noções.

Um exemplo é sobre o caráter analítico ou intervencionista do trabalho. Intencionalmente o objetivo não era de uma narrativa intervencionista, o contato com modelos narrativos em saúde fizeram caminhar para esta direção. A intervenção aqui é marcada pela condição de reflexões. E assim como essa característica outras são limites e potências do trabalho. Bem como, se construímos fronteiras, produzimos uma diversidade de possibilidades para vislumbres.

Ademais, diálogos com outros autores poderiam ter sido estabelecidos, autores e autoras no campo da antropologia, sobretudo. Todavia, a pesquisa marcou escolhas a fim de dizer de modo efetivo o que pretendia, de modo que os diálogos são possíveis doravante, a partir deste trabalho contextualizado.

Portanto, o limite marcado aqui é atravessado pelas próprias contribuições possíveis, nas escolhas teóricas em diálogo e na viabilidade das construções discursivas e dos vínculos em campo. O fazer exprimiu seus limites.

### **Considerações Finais**

Este trabalho foi uma oportunidade de estudar o campo da formação médica a partir de um alinhamento, a temática da R/E. Essas ideias estão em circulação e elaboração institucionais, como observamos em relação à OMS que define conceitos relativos à saúde, religião, espiritualidade e religiosidade. Assim, dentro do território relacional do currículo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública este tema envolve um campo de complexidades. Neste sentido gostaria de marcar algumas breves observações, estas mesmas são conclusões do trabalho, percurso e das relações que os textos produzidos podem operar entre si.

A religião é articulada aqui como fenômeno cultural, por isso exercitamos pensar sobre ela. Vimos os conceitos teóricos e institucionais e como estes demarcam problemas. Assim, ao perguntar sobre religião ou R/E as respostas oportunizavam leituras culturais, contextuais, perspectivas sobre o tema. Porque o dado mais oportuno para pensar religião ou práticas R/E foram as respostas dos sujeitos, tais respostas descreviam marcadores culturais, experiências vividas e contribuições institucionais. Localizam práticas cotidianas, soluções durante a experiência clínica e arranjos discursivos.

Com este diálogo, foi possível elaborar que as R/E estão enredadas em práticas cotidianas circunscritas a universos culturais e que o espaço curricular é marcado por uma diferença cultural expressiva. Bem como a diferença entre religiosidade, religião e espiritualidade depende deste circuito de produção de conhecimento, depende dos contextos culturais e do cotidiano de partilha. O olhar para reconhecimento de experiências religião ou R/E fundamenta-se na cultura e marca pistas para pensar o que podemos aprender com tais ideias, formulações, exercícios conceituais.

Por isso mesmo marcamos a importância da pesquisa qualitativa e das incursões a campo. Tais experiências proporcionam deslocamentos de olhar, através dos quais podemos repensar e partilhar conceitos, ideias, experiências e fronteiras, limites. Os campos e suas realidades específicas, bem como os processos até eles fundamentam os conhecimentos com os quais podemos posicionar experiências de formação, territórios de currículo e vislumbres de futuro, todos estes alinhados com a nossa vida e a vidas das pessoas com as quais compartilhamos o tempo.

## **BIBLIOGRAFIA**

Asad, T. (2001). Il concetto di traduzione culturale nell'antropologia sociale britannica. Clifford, J., Marcuse, GE, Scrivere le Culture. Poetiche e politiche in etnografia, Roma, Meltemi.

Bardin, L. (1997). Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Bispo, R. Kofes, S. Mânica, S. (2014). "Etnografia e biografia: experiências com as diversas grafias sobre a vida social."

Chauí, M. (2006). A universidade pública sob nova perspectiva. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação.

Da Silva, F.T.R. (2022). Espiritualidade no ensino em saúde: scoping review. Espaço para a Saúde, v. 23.

Danom, C.A.F. Daltro, M.R. (2021). Entre Falas, Silêncios e Traduções: a formação geral em um currículo médico. Currículo sem Fronteiras, v. 21, n. 2, p. 768-784.

Dauster, T. (2007). Um saber de fronteira—entre a antropologia e a educação. *Antropologia e educação: um saber de fronteira*. Rio de Janeiro: Forma & Ação, p. 13-36.

De Castilho, C.N. Cardoso, P.T. (2015). Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 3, n. 1.

Diniz, D. (2013). Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1704-1706.

Diniz, D. Buglione, S. Rios, R.R. (2006). Entre a dúvida e o dogma: liberdade da Cátedra e Universidades confessionais. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Diniz, D. Guilhem, D. (2017). *O que é bioética*. Brasiliense.

Do Nascimento, W.F. (2016). Sobre os candomblés como modo de vida: Imagens filosóficas entre Áfricas e Brasis. *Ensaio Filosóficos*, v. 13, p. 153-171.

Figueirêdo, A.A.F. Queiroz, T.N. (2012). A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)*, Florianópolis.

Guerreiro, S. (2013). Antropologia da religião. *Compêndio de ciência da religião*, v. 1, p. 243-256.

Gonçalves, M.A. (2018). MARQUES, Roberto; CARDOSO, Vânia Z. (Ed.). *Etnobiografia: subjetivação e etnografia*. Editora 7Letras (Viveiros de Castro Editora LTDA-ME).

Goldman, M. (2003). Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. *Etnografi a antropologia e política em Ilhéus, Bahia*. *Revista de Antropologia*, São Paulo, 2003, v. 46, n. 2, p. 445-476.

Ingold, T. (2015). *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. Editora Vozes Limitada.

Koenig, H.G. (2005). Health and religion. *Revista de religião e saúde*.

Kopenawa, D. Albert, B. (2019). *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. Editora Companhia das Letras.



- Kosby, M.F. (2017). Alma-carço: peregrinações com cabras negras pelo extremo sul do Brasil.
- Macedo, R.S.A. (2012). Currículo e processos formativos: experiências, saberes e culturas.
- Mauss, M. (2003). Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify. p. 367-398.
- Melo, F.C. De Oliveira, M.B.P. Da Costa Verissimo, M.T. (2016). Quais são as vozes do currículo oculto?. Revista Evidência, v. 12, n. 12.
- Mello, M. M. (2018). Murtis em movimento: relações entre pessoas, coisas e divindades em um templo hindu na Guiana. Mana, v. 24, p. 103-130.
- Mello, M. M. (2020). “CULTURA” E HISTÓRIA NA GUIANA. Estudos de Cultura, p. 104.
- Mello, M. M. (2021). Espíritos, história e colonialismo na Guiana. Revista de Antropologia, v. 64.
- Murakami, R. Campos, C.J.G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, p. 361-367.
- Peirano, M. (2014) Etnografia não é método. HORIZONTES ANTROPOLÓGICOS. v 20.
- Peirano, M. (1995). A favor da etnografia. Dumará distribuidora de publicações LTDA.
- Rabelo, M. (2015). Aprender a ver no candomblé. Horizontes Antropológicos, v. 21, p. 229-251.
- Rabelo, M. (2014). Enredos, feitura e modos de cuidado: dimensões da vida e da convivência no candomblé. Edufba.
- Ribeiro, F. M. L. (2014). MINAYO, Maria Cecília de Souza. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1773-1789.
- Silva, T. T. (2014). Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo (3a ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Souza, Z.S. (1998). A ética médica e o respeito as crenças religiosas. Bioética.

Stern, F. L. (2017). A diferenciação entre espiritualidade e religiosidade proposta pela Organização Mundial da Saúde e seus problemas pela óptica do cientista da religião [The differentiation between spirituality and religiosity proposed by the World Health Organization and its problems from the perspective of the scientist of religion]. In: Anais do VI Congresso da ANPTECRE. p. 347-352.

Tadeu, T. (2016). Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Autêntica.

Teixeira, M. Z. (2020). Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica. *Revista de Medicina*, v. 99, n. 2, p. 134-147.

Toniol, R. (2015). Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. Porto Alegre: Tese de Doutorado em Antropologia Social, PPGAS/ UFRGS.

Toniol, R. (2017). "Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade."

Toniol, R. (2017). O que faz a espiritualidade? *Religião & Sociedade*.

Vilas Boas, L. Daltro, M. R. Garcia, C. P. Menezes, M. S. (2017). Educação Médica: Desafios da Humanização na Formação. *Revista Saúde em Redes*, v. 2, 172-182p.

Weber, M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. Nobooks Editorial, 2009.