

RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, SENTIDO EXISTENCIAL E SAÚDE

Stella Maris Souza Marques¹

Stenio Souza Marques²

Thaíke Augusto Narciso Ribeiro³

RESUMO:

O presente artigo propõe uma reflexão acerca das conexões entre religiosidade, espiritualidade e sentido de vida desembocando na área da saúde e da psicologia. Para tal propósito, consideramos os pacientes que buscam tratamentos médico e psicoterápico, bem como a posição atual de considerável quantidade de profissionais da saúde em relação às crenças, verdades e interpretações de mundo de seus pacientes. Apresentam-se as recentes pesquisas e descobertas que articulam religiosidade/espiritualidade e saúde, abrangendo de forma holística também o bem-estar físico, emocional e espiritual. Posteriormente, discute-se a necessidade de espaço para reflexões, discussões e considerações religiosas/espirituais nos meios acadêmicos, clínicos e hospitalares. Desta forma, o presente estudo parte de um ponto de vista mais espiritual ao considerar o ser humano um ser “transbiopsicossocial”, isto é, transcendente e constituído de um sentido de vida para assim ser possível propor aos profissionais da saúde mais compreensão, respeito e acolhimento em relação aos pacientes com alguma religiosidade e/ou espiritualidade.

Palavras-chave: Religiosidade/Espiritualidade. Sentido de vida. Saúde.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e pesquisadora CNPq.
Email: stella_msm@hotmail.com

² Advogado e mestrando em Educação pela Universidade de Uberaba – UNIUBE. Especialista em Direito Processual Contemporâneo pela UNESP.

Email: steniosm@gmail.com

³ Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e pesquisador CNPq.

Email: thaíke.29@gmail.com

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Este trabalho surgiu do desassossego, da impaciência e da ânsia de compreender a espiritualidade em companhia de uma urgência pessoal em relacioná-la com a saúde e as psicologias teóricas e práticas. Nasceu de indagações: até que ponto a espiritualidade pode contribuir com a saúde e a psicologia e vice-versa? Até que ponto a saúde e a psicologia necessitam da espiritualidade e de outros saberes para que não se faça um tratamento médico e psicoterápico aleijados? Até que ponto a religiosidade/espiritualidade possibilita um sentido de vida e até que ponto tais sentidos de vida não possuem relevante impacto na promoção de saúde dos sujeitos?

Ademais, surgiu da percepção da ausência de discussões a respeito do tema no meio acadêmico. Essa semente, portanto, brota da escassez – da falta de uma ciência das possibilidades dentro da academia, da falta de uma consciência que desafie o esperado posto e acabado, da falta de ouvir verdadeiramente os múltiplos sujeitos/pacientes que pedem compreensão e ajuda, bem como a partir de um desconhecimento de diversos discentes, docentes e profissionais da saúde quando o assunto é espiritualidade.

Em variados espaços acadêmicos podemos perceber a quantidade de sujeitos que não possuem conhecimento a respeito do tema espiritualidade e defendem que a este falta cientificidade para ser considerado relevante. Quando, na verdade, não é isso o que ocorre, posto que é proposição deste trabalho apresentar, nas páginas seguintes, que há publicadas diversas pesquisas, experimentos, comprovações e hipóteses fundamentais as quais geram reflexões e questionamentos acerca desta temática.

Além do mais, diversos pesquisadores e estudiosos, através de teorias, problematizam a falta de cientificidade da própria ciência moderna, como: Einstein (1918) com sua Teoria da Relatividade; Gödel (1931) com seu Teorema da Incompletude; Prigogine (2002) com seu Princípio da Ordem através de flutuações; Popper (2007) com seu Princípio da Falsificabilidade, bem como Santos (2008), Vasconcellos (2002) e Capra (1996) com a nova paradigmática científica.

Neste sentido, o presente trabalho se justifica a partir da necessidade de que os acadêmicos, profissionais e estudiosos reflitam que o saber espiritual pode caminhar - e caminha - junto à ciência e aos outros saberes. Saberes estes que estão repletos de pistas e sinais da existência do espiritual, enquanto legítimo campo de sentido de vida. Na área da

enfermagem, por exemplo, existem inúmeras iniciativas a respeito desta temática, uma vez que há quantidade considerável de pesquisas e artigos publicados em bancos de dados.

A saber, este trabalho justifica-se, ainda, na urgência em se transgredir, transpassar as curvas e desmistificar o desconhecido com cautela, visando cuidar melhor das formações pessoais e profissionais dos sujeitos acadêmicos, especialmente os da área da saúde, visando que cuidem melhor de si mesmos e, conseqüentemente, cuidem melhor de seus pacientes.

As implicações da religiosidade e da espiritualidade na saúde vêm sendo estudadas cientificamente com muita freqüência. Entretanto, é necessário reconhecer que algumas experiências religiosas e espirituais constituem fenômenos que não podem ser submetidos ao estudo científico tradicional (UNDERWOOD et al., 1997). Assim sendo, consideramos que o modelo científico tradicional, isto é, positivista, moderno e contemporâneo alcança resultados até certo ponto. E, mesmo quando os alcança, há uma aridez em suas respostas. Em outras palavras, este modelo permite investigar apenas alguns aspectos da realidade de determinado objeto, sendo necessário outros modelos e metodologias para que possamos desvendar demais aspectos.

Deste modo, faltam-nos meios mais eficazes para comprovar alguns fenômenos. No entanto, dificuldades para comprová-los não significa necessariamente que não sejam relevantes, uma vez que, como veremos a seguir, os próprios pacientes têm atingido melhor qualidade de vida por meio de um sentido de vida que surge da religiosidade/espiritualidade.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva revelar as conexões indissociáveis entre espiritualidade, religiosidade, sentido de vida e saúde, retomando uma perspectiva humana que abrange a transcendência que nos é paradoxalmente tão constitutiva.

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Torna-se importante diferenciar religião de espiritualidade, já que esta última é constituída de significados mais amplos. Espiritualidade é um sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si; gera resiliência em relação aos sentimentos debilitantes como culpa, raiva e ansiedade e está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido. Religião é, por sua vez, uma forma de expressão da espiritualidade. Envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo; apresenta características comportamentais, sociais, doutrinárias

e valorativas específicas, representando uma dimensão social e cultural da experiência humana. Desta forma, religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimas (UNDERWOOD et al., 1997; BYRNE, 2001).

Desde já podemos antever como a temática de sentido de vida e espiritualidade estão ligadas por definição. Esta feita, ao entendermos a religião como uma forma de manifestação da espiritualidade, também se pode deduzir com simplicidade que tanto espiritualidade como religião estão intrinsecamente relacionadas a sentido de vida.

Para seguirmos com a introdução da perspectiva religiosa e espiritual faz-se necessário citar o físico Capra (1996), que cunhou o termo “Teia da Vida” e cuja explicação permeia a conexão entre todos os seres vivos. Ademais, criou o conceito de “Ecologia Profunda” e explicou: “Em última análise, a percepção da ecologia profunda é percepção espiritual ou religiosa”, isto é, “quando a concepção de espírito humano é entendida como o modo de consciência no qual o indivíduo tem uma sensação de pertinência” e “de conectividade, com o cosmos como um todo, torna-se claro que a percepção ecológica é espiritual na sua essência mais profunda” (CAPRA, 1996, p. 17).

Acerca desta percepção espiritual ou religiosa, questionamos: como os profissionais da saúde atuam em relação a pacientes com tais percepções? Quais os modelos de tratamento disponíveis para ajudar os pacientes que afirmam se sentir excluídos ou pertencentes a um cosmos? Quais os limites atuais para lidar com as nossas dimensões mais profundas e essenciais? Estamos dispostos a transpassar limites exteriores e interiores, bem como transgredir os manuais de diagnósticos?

SENTIDO EXISTENCIAL

Ainda carregamos em nosso íntimo angústias e dúvidas existenciais que nos são caras e cruéis: Quem somos nós? Qual é o sentido da vida? O que sabemos sobre o ser e estar na Terra? Somos conscientes da realidade? Há uma realidade única ou diversas? A religiosidade e a espiritualidade podem ser legitimamente algumas entre as diversas ferramentas disponíveis para o autoconhecimento e o bem-estar? Quais as nossas verdades e os nossos referenciais? Os outros seres humanos respeitam as nossas verdades? Há espaço para indagações e devaneios relacionados a espiritualidade dentro do consultório, clínica, psiquiatria e academia?

Motomura (CAPRA, 1996) faz indagações no prefácio à edição brasileira do livro de Fritjof Capra:

E a realidade invisível, inaudível, intocável, não passível de percepção pelos nossos sentidos normais? E o intangível que não conseguimos demonstrar em nossos ‘balanços’ e relatórios, quer se trate do país, da empresa ou mesmo de nossa vida pessoal? (...) De que realidade estamos falando em nosso dia-a-dia? A realidade do que já está acontecendo? A realidade de um processo do qual o que já vemos no plano concreto é parte? A realidade dos inúmeros processos que formam um todo sistemicamente interdependente? A realidade do que ainda está latente, do que ainda é possível, do que ainda podemos criar se quisermos?

Oscar Motomura vai além com uma questão sempre latente nos seres humanos: “como descobrir o sentido de nossas vidas sem compreender como a própria vida funciona?” (CAPRA, 1996, p. 9). Nesse momento, questionamos: Como descobrir o véu da invisibilidade? Como esclarecer as nossas mentes e escapar das ilusões? Quais as fronteiras entre ilusão e realidade? Há de se atingir uma maior clareza e consciência através de uma abertura. A religiosidade/espiritualidade pode ser uma ferramenta? Mas nossas portas estão fechadas, semi abertas ou abertas? Há presente uma dificuldade em permitir-se, em entender-se? Há presente uma dificuldade em entender o outro, os outros que são religiosos e/ou espiritualistas e como pensam e vivem?

O autor continua ao expressar que “uma abertura só é possível quando abrimos mão de nossos arcabouços atuais de pensamento, nossas premissas, nossas teorias, nossa forma de ver a própria realidade”, e se “nos dispomos a considerar uma outra forma de entender o mundo e a própria vida. O desafio maior está em mudar a nossa maneira de pensar”. E finaliza ao afirmar sobre as nossas dificuldades: “Não é uma tarefa fácil. Não será algo rápido para muitos de nós. Mas se pensarmos bem, existe desafio maior do que entender como funcionamos e como a vida funciona?” (CAPRA, 1996, p. 9).

Capra (1996) discursa a respeito de uma crise de percepção e pontua:

A maioria de nós, e em especial, nossas grandes instituições sociais, concordam com os conceitos de uma visão de mundo obsoleta, uma percepção da realidade inadequada para lidarmos com nosso mundo superpovoado e globalmente interligado.

Nestes termos, a percepção é subjugada e não é permitido pensar diferente, falar o não falado e ver o não visto, uma vez que quem assim o faz, é rotulado e diagnosticado como louco, diferente, esquisito. No entanto, há uma urgência em aprofundar o olhar, destruir os preconceitos, projeções, padrões e rotulações, como também ver além das capas, do superficial e do escancarado. Há uma urgência em entender o ser humano enquanto ser espiritual, de consciência, sentidos de vida e possibilidades. Se não há sentido, por que lutar por manter ou aprimorar a saúde? Por que lutar, de forma geral?

Octávio Paz (apud ALVES, 2008, p. 95) descreve essa experiência: “Todos nós atravessamos a mesma rua ou o mesmo jardim; todas as tardes os nossos olhos batem no mesmo muro avermelhado feito de tijolos e tempo urbano”. Mas “de repente, num dia qualquer, a rua dá para um outro mundo, o jardim acaba de nascer, o muro fatigado se cobre de signos”. Desse modo, é percebida a necessidade de pular da percepção do desconhecido para a percepção das experiências possíveis e infinitas.

HOMEM TRANSBIOPSISSOCIAL

Para o poeta Alves (2008), caleidoscópio quer dizer “vejo belas imagens” (2008, p. 13). Tais belas imagens do caleidoscópio se fazem com caquinhos de vidro, cliques, tachinhas, pedrinhas que se encaixam harmoniosamente, formando um todo, uma unidade. Isolados, os pedacinhos nada são. E se nós, seres humanos, formos tal qual um caleidoscópio? Será que o mesmo acontece conosco?

Temos sim a capacidade de ser como uma mescla de caquinhos de vidro, cliques, tachinhas, pedrinhas, enfim, um emaranhado, pois somos complexos, estáveis, instáveis, evolutivos, objetivos e intersubjetivos, como também somos o terço, a oração, o espírito e a espiritualidade. Mas somos além de uma mistura, pois somos um emaranhado dinâmico, conflituoso, incompleto, material, imaterial e em conjunto com toda a humanidade e cosmos.

A possibilidade de sermos como um caleidoscópio leva-nos a uma concepção de multidimensionalidade do ser. Por isso, faz-se necessário questionar: Quem somos? E quem não somos? Alves (2001) poetiza que ele é muitos. A partir de devaneios podemos pensar que somos muitos também; há muita gente em nós; há muitos aspectos em nós; somos muitos.

Chardin (1955), por sua vez, ultrapassa as fronteiras, através de uma das perspectivas mais belas à introdução da importância fundamental da espiritualidade, ao escrever que nós

não somos seres humanos, os quais vivem uma experiência espiritual, mas somos seres espirituais que vivem uma experiência humana.

Para o pesquisador Vygotsky, em sua teoria interacionista histórico-social o ser é constituído de três dimensões principais: a biológica, a psicológica e a social. Assim, o biológico, a psique e a cultura, enfim, todos esses cliques, caquinhos de vidro, tachinhas e pedrinhas, interferem na construção e na formação complexa dos seres humanos.

E poderá o homem ir além da perspectiva “biopsicossocial” de Lev Vygotsky e ser também transcendente? Poderá o humano ser “transbiopsicossocial”? De acordo com Frankl (2011), cujo autor escreveu acerca da dimensão noética, explana que é constitutivo da existência humana o fato de transcender-se a si mesmo.

Assim, além de o sujeito ser uma interação de genes, cognição, família, ambiente, história, cultura, emoções e história pessoal, é também um sujeito espiritual. E esta talvez seja a única dimensão capaz de explicar com maior profundidade a origem de sua individualidade. Há mesmo autores que defendem a integralidade do sujeito enquanto um ser físico, mental, emocional e espiritual. A partir disso, podemos perceber o quanto necessitamos expandir os nossos estudos e trilhar diversos caminhos para tentar um dia abarcar a completude humana - ou minimamente vislumbrarmos sua infinitude.

A integração da dimensão espiritual possibilitou e possibilita um enorme avanço da saúde e das psicologias rumo à essência do ser. Como fruto do diálogo com a religiosidade/espiritualidade surgiu a “Psicologia Transpessoal”, também chamada de “Quarta-Força”, tendo como base o reconhecimento da espiritualidade, da consciência cósmica, das experiências místicas, da autorrealização e das necessidades transcendentais (GROF, 1988).

A saber, Grof (1988) considera que a nova ênfase da Psicologia Transpessoal reside no em dois pilares: a) reconhecer a espiritualidade e as necessidades transcendentais enquanto aspectos intrínsecos da natureza humana; b) reconhecer o direito de cada sujeito em escolher ou mudar o seu caminho.

PSICOLOGIA TRANSPESSOAL

A respeito desta psicologia, temos que o termo “Psicologia Transpessoal” foi oficialmente adotado nos Estados Unidos, em meados de 1969, cujo estudo se direciona à

consciência e à dissolução de sua fronteira, isto é, entre o eu e o mundo exterior; momento em que desaparece a “pessoa” e surge uma “vivência além” (WEIL, 1995).

Reconhecida também como “Quarta Força”, esta convida o sujeito a transcender o ego e a encontrar-se com a sua realidade universal, e assim, deixar de ser centrado no ego para centrar-se em torno da essência do ser e de suas questões fundamentais. Nesta trajetória, é possível que o ser humano se conscientize de que tem um corpo, mas não é este corpo; possui emoções, mas não é somente estas emoções; não é, mas está (FRANCO, 2011).

A partir do exposto, portanto, “descobrimos que a coisa ia até mais além, na medida em que constatávamos que não se tratava só de ver e perceber as coisas a partir de nossas premissas e teorias”, mas sim, “como nos colocávamos no mundo” (CAPRA, 1996, p. 6).

Defendemos, assim, a necessidade de que o ser se conscientize de seu sentido de vida para portar-se de um modo diferente em relação a si, aos outros e ao Universo, por meio de todos esses conhecimentos, perspectivas e possibilidades. Especificamente, indagamos aos acadêmicos, psicólogos, terapeutas, psicoterapeutas e demais profissionais da saúde: Como se colocam no mundo? Como ajudam seus pacientes a se colocarem no mundo? Como seus pacientes têm se colocado no mundo?

A ESPIRITUALIDADE, A SAÚDE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A religião, enquanto elemento constitutivo da subjetividade e doadora de significado ao sofrimento, pode ser considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais (MURAKAMI & CAMPOS, 2012).

De acordo com Baltazar (2003), os pacientes têm necessidades espirituais que devem ser identificadas e tratadas, mas os profissionais de saúde mental, em sua maioria, não se sentem confortáveis para abordar estas questões. Essa situação gera incômodo da parte dos profissionais e também dos pacientes, que parecem, por não saberem como lidar com a situação, adotar dois modos distintos de lidar com tal recorrência. Ou desconsideram o discurso religioso no momento da elaboração do projeto terapêutico, ou o tomam como um dado psicopatológico, como alienação, como neurose obsessiva ou qualquer outra leitura que garanta a sobreposição do jogo lingüístico da racionalidade científica sobre o jogo lingüístico da religiosidade (BALTAZAR, 2003).

Tendo tais questões e reflexões em vista, em especial o avanço paradigmático das ciências, tem se tornado inevitável ao estudante e ao profissional da saúde o reconhecimento

da espiritualidade e das necessidades transcendentais dos pacientes para que respeitemos o seu direito individual de escolher seus caminhos e suas crenças ao invés de marginalizar suas parcelas subjetivas e suas espiritualidades durante os tratamentos (DALGALARRONDO, 2008).

No entanto, apesar de serem cada vez mais reconhecidas estas importâncias para a saúde, a maior parte dos profissionais da área não recebeu (e não recebe) treinamento para lidar com essa questão e, como consequência, tem-se criado uma lacuna entre a teoria e a prática nos cuidados com os pacientes em relação a sua espiritualidade. Considerando tal fato, indagamos: que tipo de cuidado é desenvolvido atualmente? Como incluir a dimensão religiosa/espiritual do paciente no tratamento? Quando é de suma importância incluir e quando não há a necessidade? Há momentos em que a espiritualidade é um impeditivo do tratamento? Como treinar e ensinar os profissionais da saúde a buscarem um olhar reflexivo, atencioso e respeitoso em relação ao tema? Como, enfim, os profissionais da área da saúde podem e devem lidar com estes conceitos apresentados?

Como vimos, quantidade considerável de profissionais da área da saúde ainda considera as manifestações de religiosidade e espiritualidade de seus pacientes como expressões de patologias. No entanto, o próprio Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição (DSM IV) já apresenta uma nova categoria diagnóstica denominada Problema Religioso ou Espiritual com o objetivo de contribuir para a diferenciação entre enfermidades mentais e expressões da religiosidade (UNDERWOOD et al., 1997). Torna-se essencial tal diferenciação, uma vez que “a resposta do clínico pode determinar se a experiência será integrada e utilizada como um estímulo para o crescimento pessoal, ou se será reprimida como um evento bizarro que pode indicar instabilidade mental” (LUKOFF, LU & TORNER, 1992, p. 679).

Em sintonia, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV), observa-se a inclusão de uma seção com o título “Considerações éticas e culturais”, a qual possui orientações para melhor capacitar os médicos que lidam com pacientes de diferentes contextos socioculturais para evitar que as variações de crenças, vivências ou comportamentos religiosos sejam interpretadas como psicopatológicos (CASCUDO, 1983).

Acerca de tais alterações, será que as equipes de profissionais da saúde estão cientes de tal diferenciação? Por que ainda há tantos diagnósticos de enfermidades mentais? Tais diagnósticos representam de fato enfermidades mentais ou há negligências com as possíveis expressões de religiosidade dos pacientes? Quais as possíveis consequências de um paciente

com problema religioso ou espiritual ser diagnosticado e tratado enquanto portador de enfermidade mental? Como nos preparar para diferenciar de modo mais eficiente? Como nos preparar para compreender a multiplicidade de variações de crenças, vivências ou comportamentos religiosos dos sujeitos? O que nos falta para não encaixotar os pacientes com rotulações psicopatológicas, mas ouvir suas histórias de vida, seus sentidos de vida e suas interpretações?

Baltazar (2003) afirma que é preciso romper com a dissociação entre espaço de tratamento e prática religiosa dos pacientes e não reduzir a religiosidade a uma experiência alienadora e exploradora da situação de desprivilegio social dos pacientes psiquiátricos. A respeito de tal dissociação, Murakami e Campos (2012) acrescentam que se acontecer de outro modo, favorecerá somente a interpretação racionalista do adoecimento mental e as formas de socialização propostas pela atual área de saúde mental (oficinas terapêuticas, lares abrigados, lazer assistido, etc.) e desconsiderará as diversas interpretações possíveis para o sofrimento e os variados modos de inserção social. Neste sentido, quais os benefícios e desvantagens para os pacientes que a interpretação seja racionalista? Quais os possíveis riscos de se desconsiderar a diversidade de interpretações?

Com relação às pesquisas atuais, vemos que mais de 850 estudos examinaram a relação entre envolvimento espiritualista e vários aspectos da saúde mental. A maioria obteve como resultado que pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse se são religiosas, além de terem estilos de vida mais salutar e fazerem menor uso de serviços de saúde (SAAD et al., 2001). Assim, as práticas religiosas podem auxiliar no tratamento e prevenção de doenças mentais, uma vez que influenciam psicodinamicamente, isto é, auxiliam o indivíduo a lidar com ansiedade, medos, frustrações, raiva, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento (VOLCAN et al., 2003; MOREIRA et al., 2006).

Ademais, diversos estudos indicaram que, de modo geral, as dimensões de espiritualidade e religiosidade estão associadas a melhor qualidade de vida, com melhores resultados para as pessoas que estão se recuperando de doença física e mental, ou que tenham menores alternativas de recursos sociais e pessoais. Indivíduos pouco religiosos com bem estar espiritual baixo ou moderado, por outro lado, apresentam o dobro de chances de apresentarem transtornos mentais e cerca de sete vezes mais chances de ter algum diagnóstico de abuso ou dependência do álcool (DALGALARRONDO, 2007; ALVES et al., 2010; VOLCAN et al., 2003).

Nessa tessitura, Baltazar (2003) expõe que a religião possibilita uma leitura do sofrimento mental que lhe confere certa positividade ou positividade de propósito, permitindo ao paciente uma ressignificação de seu sofrimento por meio de parâmetros religiosos, isto é, o paciente pode construir sentido para seu sofrimento justamente por meio do discurso religioso. Em sintonia, Dalgalarondo (2007) afirma que a experiência religiosa permite que os pacientes nomeiem suas vivências psicóticas e lhe atribuam sentido, assegurando-lhes um senso de identidade.

Especificamente acerca de sentido de vida, Frankl (2008) explana que o sentido de vida inclui o sentido potencial do sofrimento inevitável. O sentido de vida é um sentido incondicional que sempre se modifica e jamais deixa de existir. Uma das questões fundamentais é como descobrir o sentido de vida. Para tanto, há alguns caminhos: a) criar um trabalho ou praticar um ato; b) experimentar algo ou encontrar alguém; c) através da atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável. A partir do exposto, importante sublinhar, portanto, que as infinitas maneiras de manifestação religiosa permitem a vivência do sentido de vida.

Ademais, o indivíduo que possui alguma religião/espiritualidade apresenta menores taxas de doenças crônicas e agudas e tem níveis reduzidos de estresse, uma vez que a religião transmite a necessidade da pessoa ter comportamento de moderação e conformidade, além de pregar atitudes positivas como a oração, que proporcionam conforto emocional, desencorajam situações de conflito e incentivam a harmonia interpessoal. demais, há outros resultados positivos, tais como: o não uso de álcool e drogas, o cumprimento de ordens médicas e o incentivo ao exercício físico regular. Desse modo, tais práticas estão em consonância com a formação de comportamentos de proteção que conduzem à saúde dos sujeitos (ALVES et al., 2010; MOREIRA et al., 2006; PÉRES et al., 2007). Isto posto, consideramos: por que a negligência a tais assuntos permanece? Por que marginalizar perspectivas de vida religiosas/espirituais sendo que as mesmas possuem o potencial de ajudar os sujeitos?

Nesta perspectiva, Murakami e Campos (2012) asseguram ser necessário que os profissionais da saúde reconheçam a espiritualidade enquanto componente essencial da personalidade e da saúde e apresentam que os conceitos de religiosidade e espiritualidade devem ser entendidos como dimensões que exercem influência sobre o estado de saúde dos pacientes, devendo, portanto, fazer parte da formação destes profissionais.

Para além do reconhecimento e do estudo, Baltazar (2003) defende que o profissional da saúde que estiver comprometido com aquilo que é melhor para seu paciente deve

considerar como apoiar a sua espiritualidade, se e quando o paciente considerar isso relevante. Ademais, deve ser educado para entender os assuntos espirituais no ambiente clínico, uma vez que as expressões de espiritualidade do paciente devem ser triadas e respeitadas, visando maximizar a eficácia terapêutica quando a espiritualidade do paciente for um fator de vida crucial, isto é, quando associarem suas crenças religiosas ao contexto de suas doenças: seja positivamente, seja negativamente.

A esse respeito, observa-se que em algumas circunstâncias a religião se mostra como causadora de danos à saúde mental e em vez de aliviar o sofrimento, piora o quadro clínico, com comportamento de enfrentamento negativo e uso inadequado dos serviços de saúde. E, como consequência, surge o fanatismo e o tradicionalismo opressivo (DALGALARRONDO, 2007; ALVES, 2010), bem como rigidez e inflexibilidade em relação ao tratamento médico, psicoterápico e ao uso de medicação (MURAKAMI & CAMPOS, 2012). Percebe-se, portanto, a necessidade urgente de mais pesquisas, questionamentos, análises e discussões a respeito do tema para gerar diálogo entre os profissionais da saúde com a religiosidade/espiritualidade de seus pacientes, seja ela positiva ou negativa, visando o cuidado, o respeito e a saúde dos mesmos, bem como maior compreensão acerca dos limites de ambos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas estas reflexões apoiadas em pesquisas e reformas científicas deixam angustiante sensação de vazio ao constatar a pobreza de nossas respostas e soluções frente a esses problemas e considerações. É evidente a necessidade de abirmos as portas desse diálogo há tempos tão negligenciado. Incontáveis pacientes precisam disso. Espiritualidade, religiosidade, sentido de vida e saúde estão intrincadamente relacionadas e interdependentes.

Fica clara, ainda, a necessidade de novas perspectivas, teorias, práticas e diálogos dentro e fora das academias e clínicas, sendo de extrema urgência que saibamos usar os mais variados óculos, lentes, telescópios, microscópios, prismas, lanternas; como também caleidoscópios, holofotes, lâmpadas e espelhos para vermos além, para vermos não apenas com os nossos olhos, mas através de nossas almas. Já é tempo de o ser humano ver o não visto, ouvir o silêncio e a música dentro de si e viver de forma poética.

Assim, a importância da relação entre religião e saúde mental é reconhecida na teoria, mas muitas vezes a equipe de saúde pode não se sentir confortável para abordar essas

questões. Para reduzir tal desconforto e proporcionar o atendimento integral ao paciente, é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados em sua formação acadêmica a integrar a espiritualidade na prática clínica. Em outras palavras, o profissional deve ser capaz de determinar (perceber) qual a importância da religião na vida de seu paciente, qual é o nível de envolvimento religioso e se este é útil (ao promover a boa auto-imagem, por exemplo) ou prejudicial (religião contra o uso de medicações) para a sua saúde (MURAKAMI e CAMPOS, 2012).

A partir do exposto neste trabalho percebemos que a religião e a espiritualidade, com considerável frequência, atuam como dimensão que contribui para uma melhor qualidade de vida, rede de apoio social, atribuidora de sentido ao sofrimento e à vida em geral. Sob certas circunstâncias, pode até mesmo ser causadora de danos à saúde mental. Portanto, torna-se fundamental que reflexões e pesquisas a respeito do tema sejam realizadas. Sugestões para próximos artigos são lançadas ao vento: por qual motivo os profissionais da saúde negligenciam essa parcela substancial de seus pacientes? Como tornar a religiosidade/espiritualidade uma ferramenta terapêutica? Como conciliar os tratamentos médicos e terapêuticos com a dimensão religiosa/espiritual do paciente?

REFERÊNCIAS

ALMEIRA, A. M. *Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes*. Zen Rev 1, 2010.

ALVES, R. *A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir*. São Paulo: Editora Papyrus, 2001.

ALVES, R. *Ostra feliz não faz pérola*. São Paulo: Editora Planeta, 2008.

ALVES, R. R. N. et al. *The influence of religiosity on health*. Cienc Saude Coletiva; 15(4):2105-11, 2010.

BALTAZAR, D. V. G. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade*. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BYRNE, P. *Religion: definition and explanation*. In: Smelser NJ, Baltes PB, eds. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2001.

CASCUDO, L. C. *Civilização e cultura*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1983.

CHARDIN, P. T. *O Fenômeno Humano*. São Paulo: Editora Cultrix, 1955.

DALGALARRONDO, P. *Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais*. Rev Psiq Clin; 34 Supl.1: 25-33, 2007.

DALGALARRONDO, P. *Religião, Psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

FABRY, J. B. *A busca do significado: Viktor Frankl, logoterapia e vida*. São Paulo: Editora ECE, 1984.

FRANCO, D. *Refletindo a Alma – Núcleo de Estudos Psicológicos*. Editora Livraria Espírita Alvorada: Salvador, 2011.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. São Leopoldo: Editora Sinodal; Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

FRANKL, V. E. *A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia*. São Paulo: Editora Paulus, 2011.

LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. *Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems*. J Nerv Ment Dis, 1992.

MOREIRA, A. A.; NETO, F. L.; KENIG, H. G. *Religiousness and mental health: a review*. Rev Bras Psiquiatr;28(3):242-50. 2006.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. *Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente*. Rev Bras Enferm, Brasília mar-abr; 65(2): 361-7, 2012.

PÉRES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. *Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia: uma nova era na atenção a saúde mental*. Rev Psiquiatr Clin;34 Supl 1:136-45, 2007.

REGO, T. C. *Vygotsky: Uma Perspectiva Histórico-Cultural da Educação*. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. *Espiritualidade baseada em evidências*. Acta Fisiatrica;8(3):107-12, 2001.

SALDANHA, V. *A Psicoterapia Transpessoal*. Rio de Janeiro: Editora Record: Rosa dos Tempos, 1999.

SARTRE, J. P. *O existencialismo é um humanismo*. Tradução: Vergílio Ferreira. São Paulo: Abril S.A, 1973.

THE CURIOUS case of Benjamin Button. Direção de David Fincher. Produção de Frank Marshall E Kathleen Kennedy. EUA: Warner. 1 DVD (166), color, 2008.

TABONE, M. *A psicologia transpessoal: introdução à nova visão da consciência em psicologia e educação*. São Paulo: Cultrix, 1992.

UNDERWOOD, G. L.; PETERS, D. J.; BIJUR, P.; FUHER, M. *Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities*. A commentary. Am J Phys Med Rehabil; 76(3):255-7, 1997.

VOLCAN, S. M. A et al. *Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal*. Rev Saúde Pública; 37(4):440-5, 2003.

WEIL, P. *A Morte da Morte*. São Paulo: Editora Gente, 1995.

GROF, Stanislav; GROF, Christina. *Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual*. São Paulo: Cultrix, 1997.