

ANAIS DO

SEMINÁRIO DE CIÊNCIA DA RELIGIÃO APLICADA
(SEMCREA)

[MARÇO DE 2017, PUC-SP]

NOCIONES DE RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD EN LA SANIDAD CONTEMPORÁNEA: POSIBILIDAD DE CONTRIBUCIÓN DE LA CIENCIA DE LA RELIGIÓN

Carlos Bein*

Espiritualidad y política sanitaria

En septiembre de 1978 tuvo lugar una conferencia sobre atención primaria en Alma Alta, antigua Unión Soviética, bajo los auspicios de la OMS. En ella, la desigual oferta de tecnologías de la salud, profesionales y hospitales en diferentes partes del mundo llevó a la recomendación de políticas y reglamentaciones nacionales para la utilización de remedios tradicionales de eficacia comprobada, así como la exploración de las posibilidades de incorporar a quienes poseían un conocimiento tradicional a las actividades de atención primaria en salud, ofreciéndoles el entrenamiento que les hiciera falta (TONIOL, 2016). Es común, no obstante, que en estos contextos tradicionales las prácticas terapéuticas estén asociadas a la religión. De hecho, desde una perspectiva histórica, la medicina científica moderna “aparece como ‘alternativa’ y anómala” (HANEGRRAFF, 1996, p. 46 traducción nuestra).

En mayo de 1983 se celebró la 37a Asamblea Mundial de la Salud. En ella se propuso la “consideração do fator espiritualidade como elemento determinante para a saúde humana” (TONIOL, 2016). Durante esta asamblea se propuso también que la OMS estimulara investigaciones científicas para el desarrollo de técnicas de seguimiento y evaluación de la espiritualidad de las personas (TONIOL, 2016).

En Brasil, como resultado de las orientaciones de la OMS, un documento interministerial estableció en el año 2006 la Política Nacional de Prácticas Integrativas e Complementares (PNPIC), con la finalidad de proporcionar el acceso por parte del Sistema Único de Saúde (SUS) a la medicina china tradicional, a la homeopatía, a la fitoterapia, al termalismo y a la medicina antroposófica (TONIOL, 2016).

Por otra parte, no era inusual el hecho de que las creencias religiosas pudieran entrar en conflicto con los tratamientos médicos, interfiriendo en la adhesión del paciente a determinadas prescripciones, o afectando el soporte y seguimiento médico después del alta hospitalaria. Muchas veces el paciente puede abandonar un tratamiento por motivos religiosos y someterse a determinados rituales, en el mejor de los casos inocuos, cuando no claramente perjudiciales.

* Mestre em Ciência da Religião (PUC-SP). carlosbein@uol.com.br

Situaciones de este tipo llevaron a diferenciar, en estos contextos donde se aplicaban las recomendaciones de la OMS, entre religión y espiritualidad. La segunda pasó a ser considerada como una parte substancial de la naturaleza humana, mientras que la primera sería fruto de elecciones individuales:

A diferença entre as categorias está fundada no mesmo princípio de entendimento: a espiritualidade é parte da natureza da pessoa, enquanto a religião é a expressão de escolhas individuais (TONIOL, 2016).

Adoptándose una visión holística del ser humano, se considera al individuo como formado por una totalidad cuerpo-mente-espíritu; todo repercute en el todo y, consecuentemente, al tratar de temas de salud el espíritu debe ser llevado en consideración. En Brasil, a partir de 2006, en los comunicados oficiales del ministerio de la salud, el ser humano pasó a ser descrito como bio-psico-social-espiritual (TONIOL, 2016).

Aspectos puramente religiosos, ligados a denominaciones religiosas (católicos, protestantes, musulmanes, mormones, etc.) tienen cabida en el hospital a través de los servicios de capellanía, como viene sucediendo tradicionalmente, estando no obstante restringidos a cuestiones de fe que no interfieran en el tratamiento en sí.

Tratamientos espirituales en contexto hospitalario

A modo de ilustración de prácticas terapéuticas laicizadas, que en otros contextos pueden formar parte de determinados rituales religiosos, podemos citar a Jon Kabat Zinn quien, desde 1979, ha desarrollado el Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena – PREBAB (Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR) que se ha venido aplicando en diversos hospitales y centros de salud de diferentes países para el tratamiento de pacientes con diversos problemas de salud. Dicho programa se fundamenta en la aplicación clínica de la meditación de atención plena (*mindfulness meditation*), desarrollado a partir del estudio y experimentación de Kabat-Zinn con las prácticas budistas de meditación. Kabat-Zinn distingue entre el budismo como religión y aquellas enseñanzas atribuidas a Buda:

Los métodos que (Buda) utilizó y los descubrimientos a los que condujo su investigación son universales y no tienen que ver con “ismos”, ideologías, religiones ni sistemas de creencias. En este sentido, se asemejan a los descubrimientos realizados por la ciencia y la medicina, marcos de referencia que, como desde sus mismos inicios sugirió el Buda a sus seguidores, pueden ser corroborados por cualquier ser humano (KABBAT-ZINN, 2007, p. 51).

Son varios los servicios de los hospitales del SUS que ofrecen terapias espirituales desvinculadas de una religión concreta. En la sección de oncología del Grupo Hospitalar Conceição (GHC), en Rio Grande do Sul, se aplica Reiki a pacientes oncológicos. “A oferta do reiki é principalmente um modo de atender, de forma segura e controlada, àquelas necessidades dos pacientes que são usualmente supridas pela religião”. En Severiano de Almeida, existe un servicio de parapsicología en las Unidades Básicas de Saúde (UBS), en el cual se da una especial preocupación para su reconocimiento como ciencia: “Procuram afastar-se do dogmatismo religioso por meio da realização sistemática de experiências que incorporam parâmetros científicos de validação” (TONIOL, 2016).

Espiritualidad *versus* religión

Las ventajas de introducir en el ámbito de la salud pública concepciones holísticas del ser humano que incluyen una dimensión espiritual, junto a los riesgos que determinadas prácticas ligadas a movimientos religiosos suponen, ha llevado a definir religión y espiritualidad de modo que se puedan distinguir. Y este es un punto en el que la Ciencia de la Religión puede contribuir de modo significativo. Como apuntado arriba, las definiciones que se vienen aplicando en ámbitos sanitarios tienen un carácter eminentemente pragmático. Vienen a limitarse a apuntar la espiritualidad como característica natural constitutiva del ser humano, mientras que religión se aplicaría a aspectos contingentes.

Religión y espiritualidad son términos que llevan ya un largo recorrido en Ciencia de la Religión. A continuación, algunos ejemplos que podrían contribuir a mayor comprensión, relevante en el ámbito que nos ocupa.

Carrette & King (*apud* KEMP, LEWIS, 2007, p. 11) exponen cuatro estadios en el desarrollo del término “espiritual”. Así, en la Biblia apareció primero para contraponer moral y “carne”. Más tarde, en el helenismo cristiano temprano, espíritu se opondrá a materia. En el habla eclesiástica, las cuestiones espirituales se oponen a los temas materiales. Un paso importante se produce en la reforma protestante, cuando se habla de la “doctrina del sacerdocio de todos los creyentes”, para referirse a la vida espiritual como experiencia interior en conflicto con la autoridad de la Iglesia. Podemos ver aquí las raíces de la discriminación actual en el ámbito sanitario entre religión y espiritualidad. Por último, estos autores exponen cómo durante el romanticismo aparece el uso actual de “espiritualidad” entendido como “privatización de la religión”. Así, para Schleiermacher, “sentimiento” entendido como percepción interior sería la característica clave de la espiritualidad, distinta de la fe ciega en la autoridad de la Iglesia.

Hill & Pargament (2003) hacen referencia a la polarización en los Estados Unidos entre religiosidad, representando “una expresión institucional, exterior, doctrinal, autoritaria, inhibidora” (traducción del autor) y espiritualidad, que lo haría de otra “individual, subjetiva, emocional, interior, no sistemática, liberadora” (*ibid.*). Sin duda esta caracterización se adaptaría bien a los criterios sanitarios expuestos más arriba. No obstante, King advierte de los posibles inconvenientes que comporta, entre los que podemos destacar el hecho de que tienden a implicar que la espiritualidad es buena y la religión mala, simplificación que desatiende aspectos potencialmente útiles y perjudiciales tanto de la religión como de la espiritualidad. Además, la mayoría de las personas experimenta la espiritualidad dentro de un contexto religioso organizado y no consigue ver la distinción entre estos fenómenos. Por último, la polarización entre religión y espiritualidad puede llevar a una duplicación innecesaria de conceptos y medidas.

Hanegraaff, tras una cuidadosa distinción entre lo que denomina *religión*, *una religión* y *espiritualidad*, llega a una conclusión que puede contribuir también a una mejor conceptualización de las diferencias entre religión y espiritualidad importantes en el ámbito sanitario: “Una religión sin espiritualidad es imposible de imaginar. Sin embargo,... lo inverso – una espiritualidad sin una religión – es perfectamente posible, en principio” (HANEGRAAFF, 2016). Pero, ciertamente, ofrece una argumentación mucho más rica y que va más allá del pragmatismo.

Conclusión

La nueva consideración de la dimensión espiritual del ser humano en el ámbito sanitario abre las puertas a la contribución de la Ciencia de la Religión.

Bibliografía

KABAT-ZINN, J. *La práctica de la atención plena*. Kairós, Barcelona, 2007.

HANEGRAAFF, W. *New Age Religion and Western Culture*. Esotericism in the Mirror of Secular Thought. Brill, Leiden, 1996.

HANEGRAAFF, W. <http://scp.sagepub.com/cgi/content/abstract/46/2/145> . Acceso: diciembre 2016.

HILL, P. C. PARGAMENT, K. I.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.404.7125&rep=rep1&type=pdf> . Acceso: diciembre 2016.

KEMP, D. & LEWIS, J. R. *Handbook of New Age*. Brill, Leiden, 2007.

TONIOL, R. <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/134201> . Acceso: diciembre 2016.

“A” RELIGIÃO IDEAL: A OFERTA DA CIÊNCIA DA RELIGIÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O ESTUDO CIENTÍFICO DA RELIGIÃO COMO FILTRO DO SENSO COMUM E REFERÊNCIA PARA O ACOMPANHAMENTO INTEGRAL DO PACIENTE

Anna Paula Haddad Basso*

Na pesquisa do ateísmo é frequente o confronto com a afirmação categórica de que a religião está no fim e de que o ateísmo é a proposta de vanguarda crescente em todo mundo; do mesmo modo, ouve-se também a queixa contra o ateu como aquele que ofende a tradição e a moral, o estereótipo do libertino.

Cabe expor aqui esses comentários como fragrantemente inverdades, utilizá-los como recurso pedagógico, mesmo que não sejam diretamente o objeto do texto.

Primeiro, em diversas pesquisas globais e locais salta aos olhos a pujança da religião: cristãos e muçulmanos juntos compõem mais da metade da humanidade (VOLF, 2011; ARCHIVES, 2011) e na América Latina o levantamento da Pew Research entre 2013 e 2014 em 18 países¹ expõem migração expressiva entre cristãos católicos para as ramificações pentecostais e reformadas, compondo hoje um cenário de uma América Latina tomada pela adesão e assentimento à crença², onde há intenso fluxo religioso e não estagnação ou perecimento (PEW RESEARCH CENTER, 2014).

Outra pesquisa já no sentido de projeção diz:

Espera-se que os cristãos permaneçam o maior grupo religioso na América Latina e Caribe nas próximas décadas, crescendo em 25% de 531 milhões em 2010 para 666 milhões em 2050. A população sem filiação religiosa é prevista para ter o maior percentual de crescimento (44%), crescendo de 45 milhões em 2010 para 65 milhões em 2050. Os aderentes/praticantes da religião popular tem a projeção de crescimento de 43%, de 10 milhões para 14 milhões (PEW RESEARCH CENTER, 2015)

Segundo, no que concerne ao ateísmo ele não é de longe fenômeno de massa e suas nuances abrangem, em sua maioria posturas não-dogmáticas como o agnosticismo. Sendo que alguns preveem mesmo uma segunda onda “*New New Atheism*”, totalmente distinta da proposta agressiva que teve início no final do século XX e mais voltada para a coexistência e respeito mútuo entre ateus e crentes (PROTHERO, 2010).

* Mestranda em Ciência da Religião (PUC-SP). annahaddad@uol.com.br

¹ E o território de Porto Rico.

² Não creio que seja necessário irmos muito longe, o próprio conglomerado de templos da região do Brás na capital paulista nos interroga sobre esse tal fim da religião que o neoateísmo propõe como inexorável.

A agressividade e inserção na esfera pública é sim característica do neo ateísmo, fruto da sua militância, e da conjunção de fatores políticos sociais (entre os quais o 11 de setembro se destaca como o mais expressivo). O ineditismo, pelo menos na América do Norte, está na sua organização institucional, isto sim, é algo visto como incomum pelos pesquisadores. Ou seja, sua visibilidade hoje está muito longe de ter sido ocasionada pelo seu crescimento numérico superior, fruto de uma adesão natural à um “esclarecimento” nos moldes Iluministas, seguido do fim da religião (MELTON, 2015).

Aqui, quando mencionamos estatísticas eminentemente do contexto institucional cristão, não excluimos toda uma gama de diferentes propostas e expressões religiosas. O alvo é dar a objeção de forma mais clara e se possível gritante no intuito de realizar o choque necessário entre desinformação e pesquisa especializada.

Demando então, a partir desse apanhado, em especial dessas percepções equivocadas do senso comum, como estão informados aqueles que trabalham com a saúde – enfermeiros, terapeutas, médicos em suas especialidades, atenção seja dada a psiquiatria e psicologia, entre outros.

Novamente, falando da América do Norte, pela abundância de dados, o que ocorreu lá pelo menos no espaço público foi a inversão de aversões. O ateísmo que no começo do século era temido e visto como acompanhante da ameaça comunista, saiu de cena como inimigo da paz, para ser substituído pela religião, logo após o atentado às torres gêmeas, afirma o especialista em ateísmo prof. Stephen Bullivant (2016).

Esses mal-entendidos que citamos ao começo do texto são regra mais que exceção. A visão pública da religião pelo menos nos exemplos acima contrasta com a pesquisa científica efetuada pela Ciência da Religião.

E no contexto local, na crescente e recente liberdade de exercício de culto no Brasil que começa de fato no início do século XX – com o fim das interdições ao livre culto, e da fase religião oficial íntima do Estado – não é diferente.

Em aspecto mais sutil, surgem os juízos sobre o que viria a ser estado religioso ideal da pessoa, e frise-se que estes ideais se impõem, na dependência do contexto e do grupo. São sujeitos às influências da própria cultura popular e não tão popular (aqui popular não significa do pobre ou iletrado), com sua relativa sabedoria e limites, e da própria dinâmica de conflito entre as diferentes propostas de interpretação da realidade, que também podemos identificar como crenças.

Ruídos para efeitos deste texto são as opiniões que encontram fluxo na mídia tanto quanto essas interações expostas no parágrafo anterior. As opiniões tendem para o polemizar

(processo clássico de simplificação) acerca do que é desejável ou não na dimensão do exercício particular de culto religioso, e envolvem então a natureza do comprometimento financeiro; o nível de engajamento ou não em serviços da comunidade religiosa em questão; as visões de mundo que se refletem em exigências morais para com o que adere e dele para com seus entes próximos. Grosso modo, estão já sob o escrutínio da sociedade todos esses aspectos e muitos outros que em sua complexidade fascinam os cientistas da religião, juntamente com sociólogos, filósofos e outros acadêmicos.

Na esfera especializada a religião é vista sob outra perspectiva, longe dos calores das polêmicas e juízos afoitos que organizam elementos entre vilões e mocinhos. E é essa seriedade que interessa compartilhar com qualquer profissional que necessite de conhecimento sobre a religião para o melhor exercício de suas atribuições. Nossa oferta é compreendê-la. Nosso conceito diverge e não raro combate o senso comum:

A religião como sistema aparece, geralmente, consensual, por comportar “padrões actuais de relações sociais formados em instituições sociais e coletividades interdependentes”, produzidos e reproduzidos com base em estruturas (regras e recursos) próprias (Scott, 1997:204). Deste sistema participam crenças, práticas, símbolos, visões de mundo, valores, coletividades e experiências. Os três primeiros, parte de um sistema de símbolos, reforçam-se reciprocamente. A visão do mundo e os valores, mutuamente intensificados, encontram-se no coração da religião, mas, por serem abstratos concretizam-se e fortalecem-se pelos três anteriores. As coletividades são componentes inerentes ao sistema e as experiências são, por vezes, a única forma de o tornar evidente. Embora cada elemento seja descrito separadamente, as visões do mundo podem juntar-se às crenças, pela sua essência análoga, os símbolos e as experiências podem fazê-lo em relação às práticas pela mesma razão (COUTINHO, 2012, p. 177).

Vista assim a religião sai dos conceitos “inferior”, “subalterno”, “dispensável” ou “opcional”. A visão científica a inclui na experiência da vida humana. Quem de nós escapa da posse de uma visão de mundo? Partindo daí entendemos a dificuldade de fugirmos de certa condição de crença em diversas dimensões, seja na ideologia política, na utopia, ou nas propostas que objetivamente apelam às forças sobrenaturais, ou na espiritualidades que se recolhem a partir do interesse do homem entendendo ele mesmo sua deidade (aqui num resumo das espiritualidades Nova Era).

O profissional de saúde, que não é situado em outro espaço que não o domínio da atmosfera terrestre, talvez se interesse que a absoluta ausência de crença é uma perspectiva rara – no caso coloca-se aqui a definição de niilismo ou relativismo filosófico absoluto – ou seja quando a pessoa rejeita as perspectivas que guiam suas decisões vendo-as como “construções arbitrárias que não podem ser defendidas em termos racionais, éticos ou estéticos” (KAGAN, 2009).

[...] esta posição é raramente escolhida por que convida uma passividade que pode apenas ser honrada com a fuga de um mundo que exige escolhas. Esta forma de niilismo é difícil de manter como filosofia de vida porque é combatida por uma poderosa demanda biológica por significado (KAGAN, *loc* 1060)

Despojar-se do senso comum da religião enquanto mal e superstição, aparece também como oferta do campo de CR.

Aqui é sensível que se diga, o médico ou terapeuta não fará em hipótese alguma, outra coisa que não o seu ofício. Ressaltamos, porém que seria desejável ele reconhecer-se dentro do seu campo, o das ciências naturais, espaço que se firma pela visão da “crença” enquanto sendo contaminação, o que é a própria cultura científica. O seu status invejado pelas demais áreas é visível pelo apreço pela grife “científico” – e isto não poderia ser diferente porque é o papel que lhe cabe e a seus domínios. Sabendo-se imerso nessa cultura e a partir dela dialogar com o conhecimento da CR é o proposto, e não a transformação do profissional de saúde em um agente de qualquer ação estranha à sua formação.

“A” boa religião segundo a Ciência da Religião

Poderíamos parar por aqui no sentido de reestabelecemos a importância de um tratamento digno à religião pelo seu caráter próprio do homem, vendo-a como própria às ações humanas, porém, a propósito do preenchimento de uma demanda do texto qual seria então a religião boa, ou “a” boa religião?

A pergunta é intencionalmente capciosa, e para ela não há resposta objetiva por diversos motivos, talvez o mais premente é que a Ciência da Religião não faz juízo sobre “a” religião enquanto essência substantiva da qual todas as demais teriam um quê em comum. A Ciência da Religião, considerando a proposta sistêmica/funcional (COUTINHO, 2012), decompõe a simplificação do senso comum colocando em evidência o amplo espectro de ofertas de símbolos, significados e práticas.

Em tese, os estudos na área de CR não reivindicam posições ideológicas ou apologéticas, interpretam, “historicizam”, contextualizam no cruzamento de referências de qualidade científica. Aqui em prática não um relativismo que destrói diferenças e amalga todos os credos, mas que interpreta significados.

Recuperando o que descrevemos como os obstáculos para a pesquisa sobre o ateísmo tão pouco existe processo evolutivo que culmina com a crença ou descrença.

Aqui novamente para o profissional de saúde: se os cultos populares se apresentam bizarros no juízo dele (seja ele profissional da área legal, da saúde, da autoridade civil

representante do Estado) pelas particularidades culturais de suas origens (não entraremos aqui nos desdobramentos de um relativismo cultural radical que é assunto para o estudo científico da religião também e da ciência política, mas não o tema desse breve introito) a Ciência da Religião possui condições expor conteúdo que pesquisa a adesão, especificamente no que tange ao que é mais comumente religioso e considerado culto – que aqui conste na oferta de referência ao profissional e não de limite.

Em muitos casos, lendo o religioso atentamente nas demais ciências e campos (biologia e psicologia evolucionária, sociologia, história, estatística, demografia, geografia, filosofia) e sua incidência na realidade mais cotidiana.

Especificamente o profissional de saúde passa a ter melhor condições de observar seu paciente, ou melhor compreendê-lo, pelo entendimento das ofertas (que são distintas) desse ou daquele conjunto de crenças que tendem a formar um conjunto coerente. Ele, a partir do intercâmbio e diálogo com a pesquisa em religião, entende as reduções e simplificações que são quase regra, e confronta diretamente com o que se diz em terras tupiniquins: “Deus é um Só”.³ Compreende como chegamos ao “política, religião e futebol não se discutem” ou seja, egressos de tradição extremamente autoritária estamos longe de sabermos dialogar sem impor, compreender e coexistir.

Visto a definição funcional, tal alargamento, que é entender a religião definida de modo tão fluido que se perca, esse tratamento técnico, aqui parece mais precioso (e porque não preciso?) do que a perspectiva do senso comum de que haveria sim, uma religião ideal, desejável, ou a ideal forma de culto e reverência.

Faço alusão ao trabalho do historiador do depto. Religião da Boston University, Stephen Prothero, e nome de um de seus livros “*God is Not ONE*”⁴, no qual ele expõe os conflitos que surgem quando da imposição das categorias do espectro religiosos do interlocutor às demais religiões; ou, quando em perspectiva romântica, idealizamos todas as crenças, cultos, experiências para um lugar comum preestabelecido pelas nossas expectativas.

³ Para a precisão do que no campo se sabe, nem sequer a presença de um “deus” pode ser critério para identificar o que é ou não religião.

⁴ Depois da publicação do livro do neoateu Sam Harris “*God is not Great: how religion poison everything*”, viu-se a resposta em grande escala: nesse rol, além dos apologetas cristãos e judeus (ver o Rabino Janathan Sacks com “*Not in God’s Name*” (2015), de cientistas ateus como David Berlinsky em “*The Devil’s Delusion: atheism and its scientific pretensions*” (2009) , e de pesquisadores da religião como a ex-freira Karen Armstrong “*The case for God*” (2010). Os títulos com “God” seguido de alguma qualificação passaram a indicar, como um gatilho na esfera pública, a discussão do neoateísmo e sua cruzada contra a religião.

Para ele, dizer que “Deus é um só” e que “todas as religiões são iguais” é apenas uma noção confortante em um mundo em que a violência religiosa parece mais presente e potente que Deus.

Para Prothero, as raízes mais recentes de tanto otimismo com relação a religião estão na contracultura dos anos 60 que cunhou como “legal” dizer que todas as religiões são lindas e verdadeiras, tendo também influência do poeta inglês William Blake em seu poema “All religions are One” (1795).

É um belo sentimento, mas muito perigoso, desrespeitoso e inverídico. Por mais de uma geração temos visto acadêmicos e sábios irem abaixo no buraco de um mundo de fantasias em que todos os deuses são iguais. Esse *wishful thinking* é motivado em parte por uma compreensível rejeição da visão exclusivista missionária de que apenas você e seus similares irão para o céu ou o Paraíso. Em grande parte da história mundial, seres humanos tem visto os rivais religiosos como inferiores à eles – praticantes de rituais vazios, perpetradores de milagres falsos, fabricantes de mitos cativantes. O Iluminismo do séc. XVIII popularizou o ideal de tolerância religiosa, e sem dúvida estamos muito melhor por conta disso. Porém, a ideia de uma unidade religiosa é *wishful thinking*. (...) As grandes religiões rivais mundiais convergem quando se referem à ética, mas divergem profundamente no que se refere à doutrina, ritual, mitologia, experiência e direito (PROTHERO, 2010, p. 2).

Retomando o início do texto e a perspectiva do ateísmo como inexorável, o tema da secularização possui diversas camadas e capítulos, e a que nos interessa para efeitos da proposta aqui presente é a sociólogo Peter Berger (1929-) em comentário ao trabalho do professor Charles Taylor “A Secular Age” (2013). “Contrariamente ao que muitas pessoas pensam: Não vivemos numa era ‘secular’, vivemos em uma era ‘plural’ o que é uma história bem diferente... a maior parte do mundo é mais religiosa do que jamais foi” (BERGER, 2015).

Para Berger, o pluralismo é bom porque exige de cada pessoa o conhecimento do que é essencial na sua religião, experiência ou culto. A interação com as demais crenças e experiências pressiona para o apego ao que é o núcleo da sua crença e a identificação dos aspectos marginais e negociáveis do seu sistema de significado.

Aqui em mais uma oferta do conhecimento especializado da religião, cabe mencionar outro grande ruído que é a confusão, indistinção entre “fundamentalismo” e a “adesão estrita”, tidos pelo senso comum como sinônimos.

O que se chama de fundamentalismo hoje, invariavelmente na imagem midiática substitui o que outrora era a designação de forte senso pejorativo: fanatismo.

A adesão estrita seria o estado daquele que cumpre a demanda de participação ou engajamento quase que integral à sua crença, ex. quando se abstém de conjunto de alimentos, realiza rituais de iniciação próprios do seu culto, inclusive com dedicação parcial ou integral de bens (veja às ordens que fazem seus votos de pobreza ou castidade); ou seja, aqueles que fogem

ao assentimento apenas burocrático e formal dos cânones, regras, doutrinas da sua religião indo para um caminho de imersão mais séria no sentido da sua crença. Essa imersão não se dá necessariamente pelos aspectos observáveis, sua característica é o comprometimento e integral entre vontade e expressão.

Ocorre que essa imprecisão de nomear de fundamentalismo a adesão estrita, precisa ser revisitada pelos olhos da ciência da religião, sem as máscaras das modas culturais do que é ou não apropriado a determinado contexto.

Veja-se que a origem do uso da palavra “fundamentalismo” se dá no início do séc. XX para designação da reação dos evangélicos americanos às propostas de relativização da interpretação da Bíblia, para isso urgindo um retorno aos fundamentos da fé, tanto que assim tem seu registro em dicionários históricos e de filosofia. Posteriormente o termo se expande na década de 70 e 80 às ações de grupos terroristas islâmicos no Oriente Médio, que receberão a alcunha de *fundamentalismo islâmico*.

Na popularização desses rótulos por força do noticiário internacional, tem-se a indistinção entre o modo de vida da comunidade cujo poder de estado é integrada ao sentido da legislação como origem “divina” e transcendente (Islã), as ações violentas perpetradas pelos homens bombas e, também de qualquer condição mais séria de engajamento religioso. Tal confusão parece dizer que há um ideal da condição religiosa pela via institucional, e esse ideal é coerente com o mínimo de compromisso e o máximo de incerteza.

O termo “fundamentalismo”, na força do jargão, tornou-se uma chave, ou gatilho, signo que indica tudo que amalga uma religião que pede a total adesão e realiza ataques do mal, isto pela prática de comunicação a creditar à adesão “quase total” a uma religião (qualquer adesão estrita então) como algo do atroz, vil, e irracional.

Histórias como estas a Ciência da Religião investiga. O médico psiquiatra ou clínico geral, terapeuta podem no intercâmbio com a Ciência da Religião compreender as peculiaridades das expectativas do Ocidente com relação à religião enquanto algo higiênico, privado, chegando às características do Brasil, que por outro lado em muito se nega a debater, possui manifesta vontade de a tudo conciliar impedindo que se confronte, veja-se o “política, religião e futebol” não se discutem já mencionado anteriormente.

Os votos das mulheres que aderem às ordens religiosas, o direito à ação proselitista ou não, o ensino religioso para menores ou sua participação em rituais de iniciação, os interditos e deveres, todos estes temas são temas passíveis da discussão na CR.

Seriam hoje temas de interesse do cientista da religião também em conjunto com instâncias públicas, além do urgente processo de interesse dos grupos religiosos em

representação no Estado e as consequências dessas visões no espaço de poder que em tese deve ser irreligioso; em resumo, a laicidade em construção no Brasil; também o retorno da pauta bioética e a possível mediação que o campo de pesquisa em CR pode oferecer através de interpretação das visões do humano de cada religião que se expressam nos debates no judiciário e no legislativo.

Sem juízos definitivos, é na Ciência da Religião o bom espaço para a emergente proposta que reduz as ditas experiências sobrenaturais a específicas áreas do cérebro apenas pela qualidade do campo e do seu *modus operandi*, ou método; não porque tenhamos respostas, mas pelo desinteresse na vitória de qualquer posição específica. Mesmo discordando dos usos que subjazem a tamanha pressa pela descoberta, mesmo entendendo que na história se encontram projetos semelhantes.

No paradoxo a liberdade

O entendimento sistêmico/funcional da religião que é próprio âmbito acadêmico que a expõe como uma constante da condição humana, contrasta paradoxalmente, com a visão de que estas, as religiões, são também *distintas* em suas “manifestações” empíricas, ou, para evitar dubiedades, na implementação de suas visões teológicas do ideal.

A oferta mais significativa da Ciência da Religião se dá na operação de compreensão do fenômeno longe dos graves ruídos do senso comum, tais como os descritos nos exemplos distribuídos pelo texto.

Relembrando: a percepção da religião enquanto fadada ao fim, externa às condições humanas; a recusa da discussão do tema religião, o interdito cultural; o entendimento que exista um processo evolutivo dentro do qual a existência da religião oscilaria em maior ou menor proporção; o uso de termos pejorativos e a violência que estes carregam, dentre outros.

A Ciência da Religião jamais fará juízos de valor em causa própria, pelo menos é a isso que se propõe, e o por isso que se constitui como o campo que pode e deve servir de referência constante na operação do Estado de direito e da produção legal.

Por isto quando na ação terapêutica do psiquiatra, ou no fornecimento de referências para as decisões judiciais do juiz da vara da família (entre tantas outras possibilidades, diplomacia, ação legislativa, implementação de políticas públicas) abre-se com a consulta ao entendimento já acumulado pela Ciência da Religião, maior compreensão dos domínios simbólicos e das expressões ditas “espirituais” e religiosas. A Ciência da Religião então

confronta imagens midiáticas, sua forças de implementação do aniquilamento da singularidade e da divergência.

A Ciência da Religião pode ser ferramenta a organizar conceitualmente então a esfera pública, expor seus ruídos e possíveis parcelas de “verdades”. Hoje com resquícios de uma perspectiva de um estado ideal da humanidade sem a religião⁵, nos espaços do ruído que consiste o diálogo irrefletido e equivocado sobre as práticas, é seu papel evidenciar essa faceta e expressão do humano que é sempre diminuída, ridicularizada, manipulada por interesses de puro lucro nos espaços de imediata oferta de conteúdo: as mídias do grupos empresariais, as mídias que pertencem a grupos políticos, e as próprias mídias sociais no seu anárquico espaço de ódio e amor.

Bibliografia

Archives, A. O. (2011). *World Religions 2005*. Retrieved dezembro 19, 2016, from http://www.thearda.com/QuickLists/QuickList_125.asp

Berger, P. (2015, dezembro 15). *Why hasn't religion died out?* (T. V. Forum, Interviewer) Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=wMc4Jip2Smo&t=1734s>

Berlinsky, D. (2009). *The Devil's Delusion: Atheism and its scientific pretensions*. New York: Basic Books/Random House.

Center, P. R. (n.d.). *The Future of World Religions: Population Growth Projections, 2010-2050. Latin America and the Caribbean*. Pew Research Center. Retrieved from <http://www.pewforum.org/2015/04/02/latin-america-and-the-caribbean/>

Coutinho, J. P. (2012). Religião e outros conceitos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto*, XXIV, 171-193. Retrieved 2016

Iannaccone, L. R. (1984, March). Why Strict Churches are Strong. *American Journal of Sociology*, pp. 1180-1211.

Kagan, J. (2009). *The Three Cultures: Natural Sciences, social sciences and humanities in the 21st century*. Cambridge University Press.

Melton, J. G. (2015, maio). *Atheism back in Religion's Agenda*. (B. I. ISR, Ed.) Retrieved dez 23, 2016, from <http://www.baylorisr.org/2015/05/05/the-end-of-religion/>: <https://www.youtube.com/watch?v=P0i4kuN9XSc&index=4&list=PL0JmtbsEea3iZ6GLoIsEHrKZUKiZ5J7Z>

⁵ Veja o canto de “Imagine” de John Lennon nas manifestações de 11 de janeiro de 2015 em Paris, logo após os ataques terroristas. A letra da música pede paz, ao mesmo tempo que perpetua o entendimento que com o fim da religião ela se estabelecerá.

Pew Research Center. (2014). *Religion in Latin America: Widespread Change in a Historically Catholic Region*. Research. Retrieved dez 23, 2016, from <http://www.pewforum.org/2013/02/13/the-global-catholic-population/>

Prothero, S. (2010). *God is not One: The Eight Rival Religions that Run the World - and why they're different*. Harper-Collins .

Volf, M. (2011). *Allah: A Christian Response*. Harper-Collins.

AS OPORTUNIDADES DE TRABALHO GERADAS PELO *ETHOS* DA NOVA ERA

Fabio Mendia*

1. Introdução

A crescente influência do *ethos* da chamada Nova Era, onde a espiritualidade assume um papel relevante, na sociedade contemporânea (vide GUERREIRO *et al.*, 2016) fomenta discussões sobre a influência dos aspectos não físicos da pessoa humana, ligados à sua psique, às suas relações social e à sua espiritualidade, em diversas de suas atividades e em especial na saúde e nos processos de cura. Esse tema vem sendo cada vez mais pesquisado e debatido, tanto pela comunidade médica, quanto pelo público em geral, inclusive levando a divergências sobre o próprio conceito de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada em 1946, define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.

A partir dessa visão a saúde deixou de ser a perfeição morfológica acompanhada da harmonia funcional, da integridade dos órgãos e aparelhos, do bom desempenho das funções vitais, o vigor físico e o equilíbrio mental, apenas considerados ao nível da pessoa humana. Ela saiu do indivíduo para ser vista, também, na relação deste com seu trabalho e com a comunidade. O lado psicossocial da saúde cresceu de importância. A necessidade de higiene mental foi valorizada.

Devido ao seu caráter utópico (estado completo de bem estar) e sua visão positivista, esta definição de saúde vem sofrendo diversas críticas. Apenas como exemplo, os professores, Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz da Faculdade de Medicina da USP, em artigo na Revista de Saúde Pública, questionam essa definição alegando que a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa, mencionada pela OMS, corresponde a uma perfeição inatingível, atentando às próprias características da personalidade, pois inclui a renúncia necessária de parte da liberdade pulsional do homem, em troca da menor insegurança propiciada pelo convívio social. O artigo resgata a importância dos aspectos subjetivos para se alcançar o bem estar, frente ao caráter positivista e objetivo que essa definição apresenta. (SEGRE, FERRAZ, 1997)

* Doutor em Ciência da Religião (PUC-SP). fmendia@uol.com.br

Esse artigo é emblemático, pois justamente reflete a influência do *Ethos* da Nova Era, que valoriza a subjetividade e a experiência pessoal, na sociedade contemporânea (vide GUERREIRO *et al.*, 2016).

2. Algumas considerações sobre o *ethos* da Nova Era

Este *ethos* da Nova Era inclui uma busca espiritual, baseada na vivência individual. Para o novaerista o que importa não é o pertencimento institucional, mas a vivência direta em práticas que estimulam a elevação do ser espiritual. Para ele o ser humano é uma unidade corpo-mente-espírito. Portanto:

a medicina contemporânea perdeu a “arte de curar”, esquecendo-se do sujeito completo; a doença não é um simples fato biofísico; a cura está no equilíbrio da mente-corpo-espírito. (GUERREIRO *et al.*, 2016, p. 27)

Assim, o novaerista, aliando-se a antigas crenças populares, acrescenta uma nova dimensão à definição de saúde: a do “espírito”. Ou seja, reforça a noção de um componente religioso no processo de cura.

Mas este *ethos* Nova Era se estende para além dos autoproclamados novaeristas, ele foi contaminando aos poucos, em maior ou menor grau, muitos indivíduos que nunca ouviram falar em Nova Era, principalmente através dos meios de divulgação, entretenimento e comunicação, bem como das redes sociais (virtuais e presenciais). Assim as práticas médicas alternativas, baseadas em crenças religiosas e experiências espirituais foram ganhando visibilidade. Como aponta Robert Fuller:

Cura é uma atividade profundamente cultural. O rotular e o tratar de uma doença reflete os mais profundos entendimentos a respeito das forças sobre causas que afetam o bem estar humano. [...] O interesse popular em sistemas de cura alternativos tais como métodos de cura holísticos, programas de doze passos, e sistemas asiáticos de autopurificação, parecem indicar que um número razoável de ocidentais aderem a crenças que não pertencem nem à ciência, nem a teologia mais refinada de nossas igrejas. [...] Sistemas de cura alternativos desenvolvem-se na cultura contemporânea graças a suas articulações não ortodoxas de uma interpretação religiosa da realidade (FULLER, 2005, p. 3848).

A própria OMS, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde do Brasil, acabaram reconhecendo parcialmente a influência dessa nova visão de mundo e têm enfatizado a importância da saúde convencional ser complementada por outras práticas “complementares e alternativas” embasadas em racionalidades que possam conferir aos tratamentos oferecidos à população um caráter integral. Neste sentido, em 2006 o Brasil passou

a contar com uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Fazem parte dessa política a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, a Antroposofia em Saúde, a Fitoterapia, a Homeopatia (multiprofissional), Crenoterapia (aguas minerais) e o Termalismo (tratamento com águas).

Mas, embora algumas dessas práticas tenham sua racionalidade baseada em pressupostos religiosos ou em tradições populares, ainda não configuram a aceitação da relação corpo-mente-espírito ou alma na cura, nem na atuação de forças divinas ou de entidades metaempíricas no processo. Representam essencialmente a aceitação de que existe uma força vital que atua na natureza de acordo com determinadas leis ainda não conhecidas pela medicina institucionalizada. Em 27/03/2017 o Ministério da Saúde, deu mais um passo em direção à incorporação do *ethos* da Nova Era, emitindo a portaria 849, incluindo na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares práticas de Ayurveda, Biodanças, Danças Circulares, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, e Yoga. Agora a aceitação da relação espírito-mente-corpo, implícitas nessas práticas, está mais evidente, mas ainda não se pode falar de uma aceitação da religião como elemento de cura

Portanto hoje ainda nos encontramos numa situação paradoxal: boa parte da população aceita participar de processos de cura espirituais ligadas a religiões institucionalizadas, que, no entanto, ainda não são reconhecidos pelas instituições de saúde, sendo alguns até criminalizados (como charlatanismo). Com o agravante que em alguns casos esses processos aparentemente funcionam, realimentando a crença em sua eficácia. Nesse contexto, qual seria o papel da Ciência da Religião?

3. O papel da Ciência da Religião

Ao refletir sobre essa questão, é bom lembrar sempre que a Ciência da Religião é antes de tudo uma ciência e não tem nada de religioso ou espiritual. Sua função, portanto, é de entender objetivamente o fenômeno religioso em toda sua manifestação. O pesquisador pode eventualmente vivenciá-lo. Mas sua análise não pode partir dessa experiência necessariamente subjetiva. Ele pode até se colocar no papel de participante do processo. Mas como cientista sua função é sempre a de observador. Como afirma Frank Usarski:

As últimas gerações de cientistas da religião [...] (adotam) uma concepção que define a ciência da religião como um empreendimento estritamente empírico. Uma disciplina deste tipo exige que seus membros se restrinjam aos fatos reais, ou seja, se concentrem

em manifestações concretas nas dimensões do espaço e do tempo (USARSKI, 2008, p. 88).

Em outras palavras as observações do cientista tem que ser *éticas*, ou seja, realizadas a partir de uma análise racional dos fatos observados, e nunca *êmicas* partindo das experiências subjetivas resultantes das práticas e das crenças.

Isto posto, voltando ao campo da saúde, sendo que o pesquisador em sua qualidade de cientista da religião só deve observar os processos de cura e comunicar suas descobertas de forma impessoal, qual pode ser sua contribuição?

Uma primeira possibilidade de trabalho salta aos olhos: a pesquisa de campo buscando conhecer os atores desse contexto religioso, descrever as diferentes crenças e os processos utilizados para a cura, os resultados obtidos, avaliar tendências, e principalmente os conflitos teóricos, éticos e legais envolvidos. Com isso poderia ajudar a embasar políticas de saúde mais abrangentes e quem sabe mais eficientes.

Mas, essa pesquisa da forma ampla como foi colocada acima, buscando entender o contexto geral, na prática não é viável. Pois dentro desse contexto novaerista, além das religiões institucionalizadas existem inúmeros processos, cultos e seitas, que envolvem distintas crenças mescladas, (por exemplo, mentalismo com umbanda com cristais e cromoterapia), multiplicando assim o número de práticas a serem estudadas. Além disso, o número de variáveis responsáveis pelo sucesso da cura, não pertence somente ao plano físico, inclui supostamente aspectos astrológicos, entidades metaempíricas, correntes energéticas de distintas naturezas, o estado de espírito do agente de cura, o nível de fé do paciente (a sugestão e a auto sugestão parecem ser importantes no processo) etc... Portanto essas experiências não são facilmente replicáveis em condições idênticas e seus resultados devem ser avaliados de forma probabilística, o que requer para cada prática um número relativamente grande de observações. Sem esquecer que todos os pesquisadores devem realizar a *epoché*, “pondo entre parêntesis” suas próprias crenças, para descrever os diferentes processos de forma igualmente neutra, coisa fácil de falar, mas nem sempre fácil de realizar em função de elementos involuntários ou inconscientes que podem afetar a descrição do fenômeno. Além disso, as pessoas envolvidas nos processos, ao se sentirem observadas, podem alterar seu desempenho, ou falsear os resultados (vide HARVEY, 2012). Enfim, como é sabido, as pesquisas de campo na área de ciências humanas nunca são simples, que se dirá de pesquisas no campo sobre-humano, ainda mais realizadas ao nível nacional com amostras necessariamente grandes. E, ainda por cima, num campo onde o charlatanismo e a má fé são fatos que também devem ser levados em conta.

Portanto as pesquisas de campo deveriam ser restritas e pontuais, tendo como objeto processos e grupos específicos e como objetivo um auxílio profissional, ou seja, deveriam restringir o objeto do estudo a grupos e processos de interesse de determinados profissionais, com o objetivo de dar a eles ferramentas para entender o contexto onde trabalham. No caso da saúde, poderia se escolher como objeto de pesquisa as crenças religiosas predominantes em determinada área, como um bairro de uma grande cidade, por exemplo, e com isso poderia se dar ao terapeuta que atua nessa região importantes subsídios para entender melhor os anseios de seus pacientes e eventualmente discutir com eles sistemas complementares para ajudar no processo de cura. Com essa abordagem poderiam inclusive se obter fundos de entidades locais, públicas ou privadas, interessadas no desenvolvimento da saúde nessa região.

Uma segunda possibilidade, que parece promissora para o cientista da religião, reside no campo da educação superior. Com a difusão deste *Ethos* Nova Era, o interesse pelos temas relacionados aos mundos metempíricos e à espiritualidade em geral vem crescendo, tanto fora, quanto no interior das próprias religiões tradicionais (GUERREIRO *et al.*, 2016, p. 22). A partir desse interesse vão se criando valores que alteram o comportamento das pessoas. E assim é conveniente que o fenômeno religioso em geral e seu desenvolvimento atual, sejam mais bem entendidos, estudados e debatidos, não somente nos círculos ligados à ciência da religião, mas, principalmente, em áreas específicas das atividades profissionais baseadas na aplicação das ciências humanas, como na medicina, no direito, na administração pública e privada, na ciência política e na diplomacia, entre outras, bem como no campo das artes e do entretenimento, em função de suas implicações na vida prática.

Especificamente no campo da saúde, seria importante que cursos de Ciência da Religião fossem ministrados nas escolas de medicina, dando ênfase aos principais processos de cura preconizados pelos movimentos espirituais / religiosos mais em evidência, trazendo dados de pesquisas de campo que mostrem resultados dessas práticas e a influência do envolvimento espiritual do paciente no reestabelecimento de sua saúde do ponto de vista holístico, ou seja, do bem estar do corpo da mente e do espírito.

Essas duas possibilidades de trabalho, de pesquisa de campo e ensino adaptados a essas profissões, se complementariam e dariam ao cientista da religião uma posição de maior destaque no mercado de trabalho, tanto na área de medicina como em outras áreas.

4. Possibilidades de trabalho além da área de saúde

Embora extrapolando o escopo do presente artigo é interessante comentar brevemente as potencialidades que o estudo da Ciência da Religião apresenta em outras áreas de atividade, particularmente aquelas das ciências humanas aplicadas.

Conforme mencionado seria conveniente ensinar Ciência da Religião em áreas como a administração, pois, afinal, para administrar pessoas é preciso entendê-las e motivá-las, e portanto à medida que a espiritualidade passa a ser um elemento importante nesse processo ela deve ser melhor entendida.

A comunicação e o entretenimento são hoje em dia setores permeados de temas ligados à espiritualidade (vide filmes, novelas e séries de grande sucesso, como Harry Potter, os Dez Mandamentos, Star Wars, o Universo de Tolkien etc.) certamente um cientista da religião pode ajudar a contextualizar melhor alguns desses temas.

Mas o setor que mais parece precisar de orientação hoje em dia é o direito. É conveniente lembrar, que muitas das linhas de clivagem existentes em nossa sociedade têm origem nas crenças religiosas e geram inúmeros conflitos. Além do mais, não se pode ignorar que o atual panorama multireligioso é extremamente heterogêneo e que existem, nesse meio, além de conflitos entre religiões tradicionais, seitas e cultos que podem defender valores inaceitáveis para a sociedade, ferindo não só a legislação, como valores éticos predominantes, ou então cerceando os direitos de minorias. Assim é de extrema importância que advogados tenham uma visão mais clara (na medida do possível) das necessidades espirituais do ser humano e dos potenciais conflitos inerentes às sociedades multireligiosas.

Essas considerações valem também para o campo das ciências políticas e em particular para a diplomacia.

Por fim convém lembrar que outro campo de trabalho promissor para o cientista da religião é o próprio mercado religioso, onde novas seitas e cultos precisam conhecer o ambiente onde trabalham e os indivíduos têm interesse em explorar e contextualizar suas descobertas e experiências espirituais.

5. Conclusão

Foi visto que com o aumento do interesse pela espiritualidade, o trabalho do cientista da religião se torna cada dia mais importante, não só para a área da saúde como também para outras áreas de atividade. Esse trabalho poderia se expressar principalmente na forma de pesquisas de

campo, da divulgação e do ensino, não somente no ciclo básico ou médio, mas principalmente em faculdades que visam a formação de profissionais ligados à aplicação prática das ciências humanas. Complementando os estudos acadêmicos que procuram entender o fenômeno religioso, são necessárias pesquisas de campo para acompanhar as demandas que a religiosidade acrescenta às diversas profissões. É preciso que médicos, advogados, administradores, comunicadores, políticos e diplomatas, entre outros, entendam a importância da religião e da espiritualidade na criação de valores que moldam a atuação dos indivíduos. Especificamente no campo da medicina é necessário que essas pesquisas, sua divulgação e o ensino nas faculdades, permitam aos médicos entenderem a importância que sistemas de cura complementares ligados às crenças possam vir a ter para seus pacientes para julgarem se é o caso de incentivar ou não essas práticas alternativas.

Bibliografia

FULLER, Robert C. Healing and medicine: Alternative medicine in the New Age, in *Encyclopedia of religion*, Thompson Gale, pp. 3848-3852, 2005

GUERREIRO, Silas; MENDIA, Fabio; BEIN, Carlos; COSTA Matheus Oliva da; PROSPERI, Isa. Os componentes constitutivos da Nova Era: A formação de um novo *ethos*, in *Rever* v. 16 / 2, pp. 10-30. São Paulo: PUC SP, 2016.

HARVEY, Graham. Field Research, Participant Observation, in STAUSBERG Michael e ENGLER Steven (orgs), *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion*, cap.2.8, pp. 217 – 244. Londres: Taylor and Francis, 2012.

SEGRE Marco e FERRAZ Flávio, *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, nº 5, 1997, *Online version* ISSN 1518-8787 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>

USARSKI, Frank. Perfil paradigmático da Ciência da Religião na Alemanha, in TEIXEIRA Faustino, *A(s) Ciencia(s) da Religião no Brasil* pp. 67-102. São Paulo: Paulinas, 2008.

A CIÊNCIA DA RELIGIÃO APLICADA: UMA EXPERIÊNCIA COM PALESTRAS E CURSOS LIVRES

Ricardo Assarice dos Santos*

A disciplina de Ciência da Religião, no Brasil, ainda é relativamente nova no contexto acadêmico, desta forma, é também de responsabilidade dos cientistas da religião reforçarem suas atuações, legitimando este segmento acadêmico e se estabelecendo profissionalmente.

Infelizmente, ainda não se dá o devido respeito a esta formação e suas possíveis atuações profissionais acabam por se tornarem limitadas ou ambíguas, como no caso do ensino religioso em escolas que ainda não tem como obrigatoriedade a formação acadêmica em Ciência da Religião.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo apresentar uma atuação alternativa para este segmento profissional através da descrição de minhas próprias experiências com elaboração e execução de cursos e palestras temáticas, que se enquadram na modalidade de Ensino Religioso da Ciência da Religião apresentado por Passos (2007).

Apesar deste autor se referir ao ensino religioso na escola, as características dos cursos livres se aproximam deste modelo uma vez que se orienta através de uma visão *transreligiosa* e secularizada, utilizando referenciais científicos atuais e com objetivo de orientar e educar os indivíduos de maneira científica e neutra.

Para King (2005), desde tempos imemoriais os alucinógenos¹ naturais são utilizados em contextos religiosos para induzir estados alterados de consciência (o cogumelo *Amanita muscaria* dos Vedas, o peiote (*Lophophora williamsii*) dos nativos americanos além de uma diversidade de ervas utilizadas por xamãs). Nos anos 60, houve um renascimento do interesse em substâncias e seus potenciais com a atuação, por exemplo, de Aldous Huxley e Timothy Leary, iniciando uma série de debates de cunho religioso, social, político e da esfera da saúde.

Em função do meu mestrado, no qual estudo os movimentos religiosos *ayahuasqueiros*, notei que existe um crescente interesse das pessoas em relação a esta substância, além de um crescente número de grupos que fazem a utilização do chá – muitas vezes sem o devido

* Mestrando em Ciência da Religião (PUC-SP). ricardo_assarice@hotmail.com

¹ “Alucinógeno” é o termo geralmente usado na literatura de pesquisa psiquiátrica para essas substâncias. A maior objeção ao termo alucinógeno é que estas drogas e plantas na verdade não induzem alucinações, no sentido de “percepções ilusórias”, no entanto, o significado original do termo Latino *alucinare* é “vaguear na própria mente”, e viajar ou partir para uma jornada em espaços internos é uma metáfora descritiva bastante apropriada para tais experiências, que são coloquialmente referidas como ‘viagens’ (trips)” (METZNER, 1988).

entendimento da substância, ou mesmo repertório para orientar os participantes em relação questões relacionadas à saúde, como por exemplo, a mistura do chá com antidepressivos².

Um indicador do interesse das pessoas em relação a esta temática pode ser observado quando ministrei uma palestra gratuita intitulada “*O Uso Terapêutico da Ayahuasca*” que teve mais de 180 participantes. Nesta palestra, realizei a apresentação de casos clínicos e artigos científicos, com os objetivos de esclarecer para os interessados: (1) qual o contexto original e contemporâneo do uso da ayahuasca; (2) como ela age no organismo, cérebro e sistema nervoso; (3) quais os efeitos e consequências físicas e psíquicas do uso a curto e longo prazo; (4) quais as recomendações para se utilizar o chá (a clássica dúvida: quem toma remédio psiquiátrico pode beber do chá?), (5) apresentar um manual de utilização segura e consciente de beberagem do chá (via tradução do ‘Ayahuasca Health Guide’, da fundação ICEERs³)

Ainda nesta palestra, tive a oportunidade de divulgar um curso pago mais completo sobre o tema, intitulado “*Psicologia e Xamanismo*”, no qual tive o prazer de posteriormente apresentar em três encontros de 4 horas cada para mais de 30 alunos pagantes um conteúdo interdisciplinar entre as esferas da Ciência da Religião, Antropologia, Psicologia, Fenomenologia e Saúde.

Apresentei as possíveis origens históricas do xamanismo, qual o papel do xamã nas comunidades indígenas tradicionais e na modernidade (neoxamanismo); e a diferença entre os grupos neo-xamânicos universalistas (Nova Era) e as religiões Ayahuasqueiras (Santo Daime, União do Vegetal e Barquinha).

Em seguida, me propus a exibir a visão acadêmica e da saúde em relação ao chá da ayahuasca. A saber, a palavra ‘ayahuasca’ é a soma das palavras em quéchua ‘aya’ (morto, espírito) com ‘waska’ (corda, cipó), e geralmente é o nome dado à mistura do cipó ‘Jagube’ (*Banisteriopsis caapi*) com a folha da ‘Rainha’ (*Psychotria viridis*), podendo, no entanto, haver mudanças nesta receita (LABATE, 2005)

A *Banisteriopsis caapi* contém três alcaloides de beta-carbolina – harmina, harmalina e tetrahydroharmina, e a *Psychotria viridis* contém o alcaloide DMT (ou N-dimetiltriptamina) (Lizardo de Assis, 2014). A ingestão pura de DMT não tem efeitos no organismo em função da atividade da monoamina oxidase, ou MAO – enzima produzida no fígado e no intestino delgado que impede a absorção do DMT pelo sistema nervoso, possível apenas a partir da atuação das betas-carbolinas presentes na folha da ‘Rainha’, que inibem as enzimas de MAO e permite a absorção do pelo sistema nervoso. (LUNA, 2005; LIZARDO DE ASSIS et al, 2014).

² Para saber mais, leia DOMINGUÉZ-CLAVÉ (2016)

³ Acesse <http://www.ayahuascahealthguide.com/> para ler o guia em inglês.

Aproximadamente após 20 minutos da ingestão do é comum o surgimento de “náuseas, formigamentos, aumento da temperatura corporal”; e até duas horas após a ingestão, inicia-se as ‘*mirações*’ (LIZARDO DE ASSIS *et al* apud GARRIDO & SABINO, 2014, p. 226). As mirações são efeitos, geralmente visuais, resultados da atuação do DMT. Nestas, é comum a visão de seres fantásticos, elaboração de traumas e insights psicológicos.

Por meio das imagens percebidas durante as mirações, o indivíduo percorre mundos (físico e espiritual) e questiona a sua existência, desenvolve uma espiritualidade que busca equilíbrio, aprendendo assim, a se transformar manejando sua vida (LIZANDRO DE ASSIS *et al.*, 2014, p. 229)

Por último, esforcei-me para demonstrar como estas experiências estariam ligadas à saúde e ao bem-estar subjetivo, apresentando trabalhos contemporâneos que explicitassem tais correlações explorando o conceito de espiritualidade apresentado pela Organização Mundial da Saúde:

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) despertou para o interesse em aprofundar as investigações nessa área, com a inclusão de um aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Tem se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (VOLCAN *et al.*, 2003, p. 441).

Este esforço culminou na elaboração da comunicação “*Estudos contemporâneos sobre possíveis benefícios terapêuticos do uso ritual da ayahuasca*”, apresentado no II Simpósio Internacional da ABHR, em Florianópolis.

Apresento, portanto, quatro itens que acredito serem de suma importância para elaboração e execução de um curso temático bem-sucedido sobre religião, tanto no aspecto econômico, como também dentro dos pressupostos teóricos e críticos do fazer Ciência da Religião:

(1) Atentar-se para a *natureza do discurso*: minha fala segue o chamado ateísmo ou agnosticismo metodológico? É livre de impressões e/ou preconceitos pessoais? Caso eu seja adepto da religião em questão, consigo criticamente discursar sem impregnar a fala com minhas próprias crenças?⁴

A Ciência da Religião não instrumentaliza seus objetos em prol de uma apologia a uma determinada crença privilegiada pelo pesquisador. De acordo com essas ambições, a Ciência da Religião defende uma postura epistemológica específica baseada no compromisso com o ideal da “indiferença” diante do seu objeto de estudo.

⁴ Para ampliar esta reflexão veja “Da “boa” e da “má vontade” para com a religião nos cientistas sociais da religião brasileiros” de Marcelo Camurça e “Sociologia da religião: área impuramente acadêmica” de Flávio Pierucci.

Trata-se de uma técnica de observação e descrição que na literatura especializada é frequentemente associada a termos como “ateísmo metodológico” ou “agnosticismo metodológico”. Comprometido com este ideal, o cientista da religião exclui da sua agenda a questão da “última verdade” e não se permite avaliar aspectos religiosos em comparação com as normas de outra religião ou com quaisquer outros critérios ideológicos (USARSKI, 2013, p. 139).

(2) *Saber quem é meu público*: estou discursando para acadêmicos ou leigos? O discurso deve se adaptar aqueles que o ouvem e isso também é responsabilidade do comunicador. Não adiantar ter uma fala técnica e rebuscada se meu interlocutor não for capaz de compreender as informações.

(3) *Infraestrutura*: acredito que é essencial para aqueles que se propõem a realizar esse tipo de atividade é ter um local adequado para realizar tais comunicações, e para tal é necessário ter a aula, palestra ou curso previamente esquematizada e saber de antemão o material necessário (lugares, som, vídeo, etc).

(4) *Publicidade e Divulgação*: por último, mas não menos importante, é necessário poder atingir o público de maneira efetiva, sem perder de vista a moralidade na propaganda. No meu caso o que ajudou muito foi a internet, principalmente o facebook. O *Youtube* também pode ser uma ferramenta interessante e recentemente muitos Cientistas da Religião estão fazendo carreira através, também, destas mídias.⁵

Desta forma, compreendendo as dificuldades de uma Ciência da Religião Aplicada e o estabelecimento de atividades remuneradas para profissionais da área, acredito que a sugestão da realização de palestras e cursos temáticos seja de grande valia, pois não só têm dado bons resultados como também abarca o conceito de Ciência Prática da Religião apresentado por Tworuschka (2013) que é “*ilimitado, inter e transdisciplinar que incentiva e promove uma ação orientada, crítica, comunicativa, política-social da Ciência da Religião*” (p. 579).

Referências Bibliográficas:

CAMURÇA, Marcelo. Da “boa” e da “má vontade” para com a religião nos cientistas sociais da religião brasileiros. *Religião & Sociedade*, v. 21, n. 1, 2001, p. 67-86.

DOMÍNGUEZ-CLAVÉ, E. et al. Ayahuasca: pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. *Brain Research Bulletin*, dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.03.002. 2016.

⁵ A saber, o canal no Youtube do professor do programa Felipe Pondé tem mais de 92 mil seguidores; o canal “Casa do Saber”, no qual o professor Frank Usarski tem alguns vídeos, tem mais de 200 mil.

KING, R. Mysticism and Spirituality. In: HINNELS (ORG). *The Routledge Companion to the Study of Religion*. Routledge. New York. 2005.

LABATE, B.C. Dimensões legais, éticas e políticas da expansão do consumo da ayahuasca. In: LABATE, B. C.; GOULART, S. L. (Orgs.). *O uso ritual das plantas de poder*. Campinas: Mercado de Letras, p. 397-457, 2005.

LIZARDO DE ASSIS *et al.* Bem-estar subjetivo e qualidade de vida em adeptos de ayahuasca. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), p. 224-234. 2014.

LUNA, L. E. (2005), “Narrativas da alteridade: a ayahuasca e o motivo de transformação em animal”. In: LABATE, B. C.; GOULART, S. L. (Orgs.). *O uso ritual das plantas de poder*. Campinas: Mercado de Letras.

METZNER, Ralph. Hallucinogenic Drugs and Plants in Psychotherapy and Shamanism. *Journal of Psychoactive Drugs*. Volume 30 (4), October – December. 1998.

PASSOS, J. D.; Usarski, F. (Orgs.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013

PASSOS, João Décio 2007. *Ensino religioso: construção de uma proposta*. São Paulo: Paulinas. 2007

PIERUCCI, Antônio Flávio. Sociologia da religião: área impuramente acadêmica. In: Sergio Miceli (org.), *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. Vol. II: Sociologia. São Paulo, Sumaré/Anpocs, pp. 237-287. 1990.

SANTOS, R. A. Estudos contemporâneos sobre possíveis benefícios terapêuticos do uso ritual da ayahuasca. *II Simpósio Internacional da ABHR*, Florianópolis, 2016. Acessado em 28/03/2017:

http://www.simpósio.abhr.org.br/resources/anais/6/1473875692_ARQUIVO_Estudoscontemporaneossobrepossiveisbeneficiosterapeuticosdousoritualdaayahuasca.pdf

TWORUSCHKA, U. Ciência Prática da Religião: considerações teóricas e metodológicas in: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. (Org.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013.

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.

CIENTISTA DAS RELIGIÕES E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE¹

Ana C. Mariani*
Matheus O. Costa**

1. Introdução

O tema da *espiritualidade* ou *religiões* está ganhando cada vez mais evidência aos profissionais da área da saúde. Pacientes se tornaram mais conscientes e exigentes por novas abordagens de saúde, muitas vezes ligadas a questões entendidas como espirituais ou religiosas. Na sociedade, como um todo, este tema também tem ganhado mais atenção. Tudo isso fez surgir intenso debate entre os profissionais da saúde, chegando a ter já diretrizes legais internacionais, caso da conhecida inclusão da dimensão “espiritual” como domínio significativo para a qualidade de vida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998.

O modelo biomédico na formação médica, em que há uma visão “mecanicista”, compartimentada, voltado para patologias específicas e que separa o ser humano de seu corpo, passou a ser questionado e evidenciou uma necessidade de novas abordagens (PEREIRA; FORESTI, 1998). A partir da crítica a esse modelo é que (res)surgiram novas terapias e ideias, bem como a necessidade de compreender o ser humano *como um todo*. Isso, inevitavelmente, entra num aspecto muito particular de cada indivíduo, que é o campo religioso.

Sabendo disso, profissionais da saúde estão suficientemente preparados/as para lidar com questões espirituais/religiosas de pacientes e seus familiares? Não falta um/a profissional habilitado/a para lidar com esses temas em equipes multidisciplinares? Sistemas públicos e privados têm realizado formações que suprem essa dimensão do atendimento da saúde? Quais são os/as profissionais aptos para discutir e ensinar estes temas? É o que vamos discutir a seguir neste ensaio.

2. Questões religiosas como problema na área da saúde: exemplos clínicos

Abordar a questão religiosa tem sido um desafio aos profissionais que lidam com a saúde dos indivíduos. Vamos levantar exemplos de dificuldades enfrentadas na prática do cuidado à saúde por médicos e equipes de atendimento primário à saúde – vindos de casos

¹ Agradecemos aos pareceristas da comissão científica do SEMCREA (Seminário de Ciência da Religião Aplicada) pelos preciosos comentários ao nosso texto.

* Mestranda Ciências da Saúde (UNISA-SP). draanacmariani@gmail.com.

** Doutorando em Ciência da Religião (PUC-SP). matheusskt@hotmail.com.

empíricos e também em séries televisivas médicas inspiradas na vida real. Bem como levantaremos demandas na formação profissional na saúde, sobretudo, de médicos/as.

Há casos em que profissionais mostram que precisam ter mais atenção com a dimensão cultural-religiosa de pacientes. Na sua prática de trabalho na cidade de São Paulo, uma das autoras do presente texto percebe a dificuldade dos colegas médicos e (até própria) de abordar adequadamente essa questão. Há um caso interessante, durante a prática médica, de uma visita domiciliar a um paciente praticante de Umbanda. Ele disse que até poderíamos – toda a equipe da Unidade Básica de Saúde – fazer uma visita em sua casa, desde que não “fizesse cara feia” (nas palavras do paciente) para suas imagens de Exu². Isso sugere que, em casos anteriores, o paciente sofreu momentos, no mínimo, desconfortáveis com visitas deste tipo.

Essa dificuldade também não passa despercebida pelos seriados médicos mais famosos, como *House, M.D* da Fox, em que seus roteiristas e consultores de conteúdo são médicos/as que utilizam de seus casos e conhecimentos clínicos. Protagonizado por Hugh Laurie, até o personagem Gregory House, que é de uma personalidade cética, teve que abordar o tema religião algumas vezes em sua prática médica. No episódio 12º da terceira temporada, o médico protagonista teve que lidar com uma jovem vítima de violência sexual que engravida, mas não quer realizar o aborto com a justificativa de que “Deus não gostaria que ela fizesse”. O assunto foi bastante debatido com o médico House. Este teve que sair do seu comportamento usual, sempre demasiadamente pragmático, distanciado e sarcástico, para uma abordagem mais empática e dialogal. Somente assim consegue, finalmente, ajuda-la.

Por outro lado, não é possível ser sempre complacente com a visão e prática religiosa/espiritual de pacientes, já que estas também podem causar problemas. No episódio de número 19 da segunda temporada de *House, M.D.*, uma paciente portadora de câncer é convencida por um adolescente religioso, líder de uma igreja evangélica dos EUA, que seu tumor teria diminuído e que seria curada por intervenção divina. Isso mostra que visões de mundo religiosas podem também dificultar tratamentos ou diagnósticos, e uma atitude profissional que saiba lidar com isso se torna necessária.

No Brasil, há também o seriado brasileiro *Unidade Básica*, lançado em 2016 pela Universal Chanel. Inspirado em fatos reais, seus personagens também tem que lidar com aspectos religiosos durante a prática clínica. No episódio 2 da temporada 1, exibido em

² Èṣù, da língua Yorùbá, aporuguesado Exu, é um ser metaempírico (divindade, entidade ou Òriṣà/Orixá), próprio das culturas Yorùbá, do noroeste africano. Chegou às Américas enquanto objeto de narrativas e culto, sobretudo nas chamadas religiões afro-brasileiras, como Candomblé, Umbanda e Quimbanda, sendo muito importante nesses sistemas cultural-religiosos (cf. PRATES, 2009).

11/09/2016, o “Dr. Paulo” (Caco Ciocler) e a “Dra. Laura” (Ana Petta) cuidam de um paciente com HIV, “Juliano” (Max Nascimento). Este, ao contar para sua esposa e para o pastor da sua igreja sobre o ocorrido, acaba recebendo orações e bênçãos deste último, que acredita ter “curado” o HIV. Após dificuldades apresentadas pela médica Laura para resolver este impasse, o médico Paulo apresenta uma solução diplomática e respeitosa para todos envolvidos: convence o paciente a tomar os medicamentos, que passam a ser sacralizados pelo pastor, e este último promete que não irá mais prometer ou afirmar que pode curar HIV.

Historicamente, as religiões sempre influenciaram de alguma forma a medicina e os cuidados em saúde. Na matéria feita pelo site da ONU-BR (Organizações das Nações Unidas no Brasil., 2016³), percebe-se como cultura, incluindo aspectos religiosos, e saúde estão conectadas. Essa relação pode ser tanto benéfica como prejudicial, como pode ser observada no exemplo a seguir. Por volta da década de 1960, missionários cristãos chegaram em reservas indígenas no Oiapoque (Amapá), e convenceram os indígenas que o uso de suas ervas e plantas eram “feitiçaria”, e que o correto era o uso de medicamentos farmacêuticos (sobretudo antibióticos).

Hoje, os médicos que atendem no local lutam para resgatar a antiga cultura da região sobre o uso de plantas, visando combater o uso indiscriminado de antibióticos e diminuir a resistência a essas medicações. Assim, uma postura que busca compreender o saber local e tradicional, sem perder de vista benefícios da moderna medicina baseada em evidências, tem sido um ganho para toda comunidade.

Com os exemplos acima, percebemos que há uma dificuldade de profissionais da saúde, devida a falta de capacitação específica, para lidar com questões que envolvam problemas cultural-religiosos. Mas, afinal, é mesmo necessário estes profissionais estarem atualizados/as neste tema? Defendemos que sim, e vamos apontar soluções para este questionamento.

3. Levantamento de demandas na formação de profissionais da saúde

Há algumas décadas autores internacionais tem pensado sobre a necessidade de profissionais da saúde abordarem a espiritualidade e religiões. Independente da posição pessoal de médicos/as, enfermeiros/as, naturólogos/as, acupunturistas ou qualquer outro profissional afim, temas religiosos vão aparecer durante sua prática profissional:

³ Cf. <https://nacoesunidas.org/cubano-do-mais-medicos-reduz-uso-de-antibioticos-em-aldeia-indigena-ao-resgatar-plantas-medicinais/>

Muitos de nossos pacientes são religiosos, usam crenças religiosas para lidar com o estresse de doenças médicas e psiquiátricas, e, muitas vezes, têm necessidades religiosas ou espirituais não satisfeitas quando se tornam fisicamente ou mentalmente doentes (KOENIG, 2001, p. 333, tradução nossa)⁴.

Pensando nesse fato recorrente, o médico psiquiatra Allen (2003) sistematizou discussões interessantes sobre a possível inserção de formação sobre espiritualidade e religiões na educação médica. Primeiro, ele lembra que “espiritualidade/religião/crenças pessoais” é um dos seis domínios significativos da qualidade de vida nas culturas, segundo a OMS, junto com o físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente.

Allen (2003) continua mostrando sete razões para médicos/as e estudantes de medicina entenderem sobre questões espirituais/religiosas. (1) Muitos pacientes esperam por essa intervenção, que “religião” é entendido como central em suas próprias vidas. (2) Tem crescido o número de evidências que espiritualidade/religião pode ser benéfico à saúde. (3) As crenças religiosas podem ajudar a influenciar as decisões médicas, especialmente em situações de doença grave. (4) Algumas crenças religiosas podem ser deletérias (prejudiciais) à saúde e precisam ser compreendidas e exploradas. (5) Discussões sobre espiritualidade introduzem a perspectiva da *pessoa integral*, uma abordagem autodirigida e um reforço de relacionamento que são vitais no processo de cura, em contraste com a visão dualista cartesiana. (6) Os pacientes experimentam não só a dor física, mas a dor relacionada ao sofrimento mental e espiritual – questões mais profundas da vida. (7) Médicos/as podem receber benefícios pessoais e profissionais, refletindo sobre a sua visão de mundo e criando maior empatia com pacientes.

O mesmo autor lembra que a Associação Estadunidense de Faculdades de Medicina (*The Association of American Medical Colleges – AAMC*) mantém um grupo para pensar elementos chave para um currículo médico. Neste grupo alguns dos atributos são vistos como necessários, como: atitudes compassivas e empáticas em respeito a dignidade de pacientes enquanto pessoas; quando suas “crenças” estiverem em desacordo com pacientes devem evitar julgamentos de valor; e eles/elas devem ser suficientemente conhecedores de modelos tradicionais e não tradicionais de cuidados para fornecer orientações inteligentes para seus pacientes (Cf. AAMC, 1998, 1999).

No Brasil, cerca de 91% da população se autodeclara pertencente a alguma religião segundo o último censo do IBGE. Pensando na formação dos profissionais da área da saúde, os currículos de Medicina e da Enfermagem não poderiam ficar isentos de abordar tal questão.

⁴ No original: “Many of our patients are religious, use religious beliefs to cope with the stress of medical and psychiatric illness, and often have unmet religious or spiritual needs when they become physically or mentally ill”.

Muito se fala da interdisciplinaridade nos currículos médicos, no entanto, percebe-se que ainda o tema da espiritualidade não constitui um tema obrigatório. Pelo contrário, é um tema optativo na maioria dos currículos das escolas médicas brasileiras (como é o caso da UNIFESP, cf. REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016). Além disso, essa disciplina é ministrada por profissionais que não tem a devida formação e competência acadêmica para ministrar o tema, já que não estudaram academicamente religiões.

Um dos autores deste texto lembra que, durante as aulas da graduação, o professor doutor em Ciência da Religião Waway Kimbanda, nascido na República Democrática do Congo, relatava algo importante a nossa discussão. Neste e em outros países africanos, o médico de formação científica moderna é um dos últimos a serem procurados pela população enferma. Antes, sacerdotes tradicionais da família ou vila, pastores de novas igrejas e até conhecimentos fitoterápicos de parentes são as primeiras formas de tratamento. E ele nos narrava que questionava aos amigos africanos que faziam faculdades de Medicina no Brasil se estavam cientes disso. Reproduzimos o mesmo questionamento aos/as profissionais brasileiros/as, já que a população brasileira também muito religiosa, tal como dos locais citados – que tem quase o total da população como autodeclarados de alguma religião.

Notando essa demanda de formação específica no currículo geral de medicina, como estes e outros profissionais da saúde poderiam adquirir melhor formação e capacitação para lidar satisfatoriamente com situações que envolvam aspectos cultural-religiosos na sua atuação com pacientes e colegas de trabalho? Acreditamos que cientistas das religiões deveriam ser protagonistas nesse empreendimento.

4. Ciência da Religião Aplicada à saúde: cientistas das religiões como formadores e profissionais em equipes de saúde

Acreditamos que cientistas das religiões, de formação acadêmica e secular, são os profissionais mais adequados para consultas oficiais, participação em equipes multidisciplinares e educação continuada para equipes e estabelecimentos da área da saúde. Argumentamos a seguir os motivos dessa defesa, e como isso se aplica.

Desde o seu fundador, Müller (1823-1900), a Ciência da Religião – em alemão, *Religionswissenschaft*, em inglês, originalmente *Science of Religion*, e hoje *Study of Religions* ou *Religious Studies* – era pressuposta como uma disciplina acadêmica mais teórica, que estudava histórico e sistematicamente as religiões. Contudo, deixava “aplicações” para “uma classe diferente” (MÜLLER, 1882). Nas últimas décadas do século XX e no século XXI tem

nascido outras perspectivas que ampliam a visão dessa ciência. Desde então se tem percebido o potencial de aplicações dos conhecimentos produzidos por pesquisadores/as da área para resolução de demandas sociais além da acadêmica. Assim nasceu a ideia da subdisciplina *Ciência da Religião Aplicada* (SOARES, 2013).

Para além das várias questões epistemológicas deste debate, bem apresentados por Tworuschka (2013), vamos apresentar formas de como cientistas das religiões podem aplicar de seus conhecimentos em prol da área da saúde. Especificamente, em relação às demandas apresentadas nas subseções anteriores. Como uma ideia mais geral, vemos que a utilidade da *Ciência da Religião Aplicada*, ou *Ciência Prática das Religiões*, “é investigar atitudes recíprocas, os preconceitos e os estereótipos”, bem como analisar “o surgimento e a transmissão de atitudes e padrões de recepção” entre atores sociais (TWORUSCHKA, 2013, p. 587).

A seguir, mostramos um breve exemplo de como conhecimentos produzidos nessa área podem ser úteis à melhoria da sociedade, em especial, em questões de saúde.

O professor de *Ciência da Religião* de Ottawa (Canadá), Beyer (2003), sintetizou todo um acirrado debate sobre as possibilidades e limites na definição do termo “religião”. É consensual que há dois tipos de definições: as teológicas e as científicas (ou *naturalistas*). Beyer (2003) observou também quatro outros tipos de campos sociais que definem o que são religiões: educação, leis, meios de comunicação e política. Ao contrário dos meios religioso-teológicos e científicos, os outros quatro tipos sociais tendem a ter visões mais arbitrarias e práticas sobre religiões, de acordo com disputas de poder. As classificações destes quatro campos são agrupadas num terceiro tipo: *definições “oficiais” de religião*.

Complementando o autor, consideramos aqui o campo da saúde como uma esfera social relativamente autônoma. Como expressão simultaneamente do campo da saúde e das leis, sabemos que o Código Penal brasileiro atual, no art. 284, afirma como “exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica” “exercer o curandeirismo: I - prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância” (BRASIL, 1940). O que, explicitamente, é uma delimitação profissional de quem é ou não autorizado para prática de cura, foi usado, implicitamente, como forma de perseguição de minorias religiosas no Brasil. Com raízes em leis mais repressoras desde as épocas colonial e monárquica, grupos e pessoas ligados ao Espiritismo, Candomblé, ou de práticas de benzeção e outras formas de medicina tradicional foram discriminadas oficialmente, o que continua de alguma maneira (cf. SCOTON, 2005; MONTERO, 2006; MOURA, 2009).

Como foi mostrado pelo caso da notícia da ONU-BR (2016), essa visão está aliada com a manutenção do poder e legitimação da maioria religiosa no Brasil, ligada a Igreja Católica

Apostólica Romana. Assim, deixar as leis sobre, e o próprio exercício das áreas da saúde como estão, é dar aval para jogos de poder que determinam de forma arbitrária quais grupos estão certos e quem deve ser criminalizado. Na mesma notícia, por outro lado, foi mostrada a possibilidade de conciliação de visões terapêuticas tradicionais e a medicina oficial. Neste sentido, a visão do estudo científico das religiões, especialmente da Ciência da Religião Aplicada, aponta para a necessidade de rever as leis da saúde. Bem como de uma formação mais cidadã que valoriza a diversidade cultural, com responsabilidade.

Defendemos que este e outros conhecimentos gerados pela reflexão teórica se aplicam da seguinte maneira: (1) cientistas das religiões devem atuar através de consultoria a equipes de saúde, sobretudo, da atenção primária; (2) da mesma forma, cientistas das religiões devem ministrar um programa ou projeto de educação permanente sobre a relação entre questões cultural-religiosas na prática de atenção à saúde, seja no sistema público ou em sistemas privados; (3) e, de forma mais direta, cientistas das religiões seriam os/as profissionais habilitados/as para lidar com temas cultural-religiosos permanentemente em equipes multidisciplinares.

Sobre a (1) primeira sugestão, cientistas das religiões atuariam de forma independente e autônoma, como consultores/as. A ideia é que forneçam seus conhecimentos especializados para profissionais que atuam diretamente na atenção primária (unidades básicas) ou terciária (hospitalar) a saúde. Isso poderia ser feito por contratação de pessoa física, como também pessoa jurídica, por exemplo, através de uma empresa de consultoria formada por cientistas das religiões. Este trabalho depende das demandas que eventualmente surgem nesses ambientes.

Segundo ponto (2): seja como contratado temporariamente em empresas e pelo Estado, seja como concursado em secretarias estaduais ou municipais de saúde, cientistas das religiões serviriam na função de educadores ou coordenadores de projetos de educação permanente para equipes e gestores de saúde pública e privada. Tais projetos abordariam sobre a relação entre questões culturais, em geral, e cultural-religiosas, especificamente, e a prática do cuidado à saúde. Sugerimos este trabalho, principalmente, para auxiliar permanentemente as equipes de saúde que trabalham em comunidades tradicionais como quilombolas e grupos “indígenas”.

Numa perspectiva de atuação mais direta, sendo o/a cientista das religiões considerado também um profissional que atua dentro do campo da saúde, poderia também (3) integrar o Núcleo de Apoio as Equipes de Saúde da Família (NASF). As equipes NASF são multidisciplinares compostas por psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e farmacêutico. Esses profissionais atuam em conjunto com enfermeiros e médicos para auxiliar em diversas questões ligadas a saúde da comunidade. As dificuldades de abordagem de assuntos

ditos “espirituais”/religiosos podem ser discutidas com cientistas das religiões nas reuniões de saúde da família e poderá apresentar soluções e melhor abordagem desses casos perante a população. Cientistas das religiões poderá ainda oferecer apoio nas questões de terminalidade da vida, contribuindo com informações sobre quem, onde e como parentes de um recém-falecido podem encontrar amparos da religião que já pratiquem ou queiram procurar por desejo próprio.

Assim, cientistas das religiões seriam profissionais contratados ou também concursados para atuar em secretárias ou instituições de saúde, visando auxiliar equipes em situações que exigirem seus conhecimentos e sensibilidades.

5. Formação de profissionais da saúde por cientistas das religiões e currículo profissionalizante na Ciência da Religião

Idealmente, essa capacitação que cientistas das religiões devem oferecer para profissionais de saúde, deveria começar já na formação universitária. A demanda pela instrução e sensibilidade de questões espirituais/religiosas por médicos/as e outros profissionais de saúde já é endossada por organizações oficiais como a AAMC ou OMS. Infelizmente, ainda é pouco realizada no Brasil, mas, em outros países, como os Estados Unidos, isso já está ocorrendo há anos e tem mostrado melhorias no atendimento e relação médico-paciente (cf. FONSECA et al, 2014).

O profissional formado em Ciência da Religião é o mais adequado para suprir essa demanda nos currículos dos profissionais de saúde. Sugerimos que haja um componente curricular (“disciplina”), ministrada por cientistas das religiões, em que sejam tratadas questões éticas, legislativas e políticas que envolvem ideias ou práticas religiosas no atendimento em saúde. O nome poderia ser *Ciência da Religião Aplicada à Saúde, Espiritualidade e Saúde, Questões religiosas e Saúde*, ou qualquer outra nomenclatura afim.

Desta maneira, os cientistas das religiões iriam capacitar profissionais em formação em todos os níveis da área da saúde. Por exemplo, nos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Terapeuta Ocupacional, Naturologia, incluindo também cursos de Assistência Social, que também atuam em equipes de saúde. Da mesma forma, esperamos também continuar e ampliar intercâmbios com profissionais da saúde em cursos de Ciência da religião, aprofundando parcerias antigas – como com psicólogos/as – e gerando novas.

Por outro lado, os próprios cientistas das religiões poderiam investir mais em suas formações, especificamente no aspecto profissional e prático – já que, em termos teóricos, já

tem muitas discussões em termos mundiais. Refletindo sobre currículos de cursos de Ciência da Religião, especialmente bacharelados e mestrados profissionais, vemos como necessário a inclusão de disciplinas profissionalizantes, que prepare para a atuação direta no mercado de trabalho. Entre tais disciplinas, deveria ser inserida pelo menos uma disciplina sobre *Ciência da Religião Aplicada e Saúde*, de forma que os capacite para atuação no mercado de trabalho em áreas da Saúde. Essas disciplinas devem ser ofertadas também por professores formados em Ciência da Religião, que, por sua vez, precisam estar atualizados com informações práticas, legais, profissionais e teóricas sobre campo de atuação da saúde.

Referências

AAMC – Association of American Medical Colleges. *Report I: Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Students*. Medical School Objectives Project. Washington: AAMC, 1998.

_____. Report III: *Contemporary Issues In Med Commun in Medicine*. Washington: AAMC, 1999.

ALLEN, E. Anthony. Integrating Spirituality in the Training of Medical Students: Needs, Possibilities and Experiences. *West Indian Medical Journal*, v. 52, n. 2, 2003, pp. 151-154.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso 12 dez 2016.

BEYER, Peter. *Conceptions of religion*: On distinguishing scientific, theological, and “official” meanings. *Social Compass*, v. 50, n. 2, 2003, pp. 141-160.

FONSECA, Maria S. M. et al. Espiritualidade e estudantes de medicina: contribuições para o ensino médico. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 16, n. 2, 2014, pp. 55-58.

KOENIG, Harold G. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 3, 2001, pp. 321-336.

MONTERO, Paula. *Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil*. Novos Estudos-CEBRAP, n. 74, 2006, pp. 47-65.

MOURA, Elen Cristina D.. *Entre ramos e rezas: o ritual de benzeção em São Luiz do Paraitinga, de 1950 a 2008*. Mestrado em Ciência da Religião. São Paulo: PUC-SP, 2009.

MÜLLER, F. Max. *Introduction to the Science of Religion*: four lectures delivered at the Royal Institution in February and May, 1870 [New Edition]. London-UK: Longmans, Green & Co., 1882.

ONU-BR – Organizações das Nações Unidas no Brasil. *Cubano do Mais Médicos reduz uso de antibióticos em aldeia indígena ao resgatar plantas medicinais*. Publicado em 17/11/2016. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/cubano-do-mais-medicos-reduz-uso-de-antibioticos-em-aldeia-indigena-ao-resgatar-plantas-medicinais/>>. Acesso em 19/11/2016.

PEREIRA, Maria Lúcia T.; FORESTI, Miriam C. P. P. *O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação* (fragmentos de livro). Interface, v. 3, n. 5, 1999, pp.163-167.

PRATES, Admilson E.. “*Exu agodô, o sangue eu lhe dei, mas a carne eu não dou*”: traços característicos da identidade de Exu-Sertanejo, expressos no imaginário religioso afro-sertanejo da cidade de Montes Claros/MG, contidos na tradição oral. Mestrado em Ciência da Religião. São Paulo: PUC-SP, 2009.

REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora C.; GALLIAN, Dante Marcello C. Espiritualidade e Saúde: uma experiência na graduação em Medicina e Enfermagem. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 1, 2016, pp. 237-255.

SCOTON, Roberta M. S. Idéias psiquiátricas sobre as religiões mediúnicas em juiz de fora-MG (1890-1940). *Mneme-Revista de Humanidades*, v. 7, n. 17, 2005, pp. 98-134.

SOARES, Afonso M. L. Introdução à Parte V. Em: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (org.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulus; Paulinas, 2013, pp.573-576.

TWORUSCHKA, Udo. Ciência Prática da Religião: considerações teóricas e metodológicas. Em: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (org.). *Compêndio de Ciência da Religião*. São Paulo: Paulus; Paulinas, 2013, pp. 577-588.

CIENTISTA DA RELIGIÃO COMO DOCENTE PARA UNIDADES DE APRENDIZAGEM DE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Fábio L. Stern*

Introdução

Desde o Iluminismo a área médica adota um paradigma cujo foco quase exclusivo no corpo permitiu grandes avanços, mas à custa de importantes aspectos da compreensão de saúde. Como explica Laplantine (2010, p. 215), “o que chamamos de ‘progresso’ da ‘ciência médica’ consiste em uma emancipação com relação às crenças metafísicas, às especulações filosóficas e às interrogações psicológicas”. Mas os pacientes, enquanto sujeitos integrais, mantêm sua subjetividade independente dos médicos privilegiarem seus corpos. Essa constatação levou a uma importante crise paradigmática na saúde, colocando em xeque essa abordagem da medicina. Assim, começaram a aparecer movimentos pelo desenvolvimento de uma medicina mais integrativa, que Bloise (2011, p. 139) caracteriza como preocupada com os seres humanos em sua totalidade.

Esses movimentos promoveram um crescente interesse de médicos pelo tema “religião”. Um levantamento feito por Koenig (2005) demonstrou que de 1980 a 2000 houve um aumento de oito a dez vezes no número de artigos da Medline e da Psyclit relacionando saúde e religião. Isso estimulou também o surgimento de cursos de extensão e disciplinas sobre religião em formações da área da saúde no mundo todo, por vezes estimulado pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS).

Sobre o quadro brasileiro, um breve levantamento por projetos pedagógicos de cursos da área da saúde, sem objetivar esgotar a pesquisa, atesta em diversas graduações a presença de Unidades de Aprendizagem (UA) de “Espiritualidade e Saúde” ou alguma variação dessa nomenclatura¹. Citando alguns casos, há o curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB, 2007), o curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS, 2012), o curso de odontologia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA, 2015), o curso de medicina da Universidade de Marília (UNIMAR, 2016), e o curso de enfermagem da Faculdade Terra Nordeste (FATENE, 2016). Porém,

* Doutorando em Ciência da Religião (PUC-SP). caoihim@gmail.com

¹ Algumas variações de nomenclatura encontradas foram “Saúde e Espiritualidade”, “Saúde, Espiritualidade, Cultura e Paz” e “Ciência, Espiritualidade e Saúde”.

não fica claro quem seria o profissional ideal para ministrar essas aulas; essa informação usualmente não consta em um projeto pedagógico.

Com base nessa questão, esse *paper* parte de minha experiência como professor da UA “Espiritualidade e Saúde” do curso de naturologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Espiritualidade na área da saúde

É emblemático que os cursos da saúde utilizem o termo *espiritualidade* em detrimento à palavra *religião*. Isso se dá porque a maioria dos códigos de ética que regulam as profissões da saúde no Brasil proíbem interferências no campo religioso. No Código de Ética da Medicina é dito que o trabalho médico não pode ser explorado para fins religiosos (CFM, 2010, p. 30). O Código de Ética da Psicologia, ao abordar as responsabilidades profissionais, proíbe que psicólogos induzam convicções religiosas no exercício de suas funções (CFP, 2014, art. 2º, § b). O descumprimento desses códigos acarreta sanções dos conselhos, com possibilidade de cassação do direito de exercício profissional. Como não é esclarecido até que ponto os profissionais podem atuar na dimensão religiosa, a maioria prefere evitar completamente a palavra *religião*.

O resultado mais comum é o emprego de sinônimos, com o objetivo de afastar uma relação direta com a palavra *religião*. Dentre as possibilidades, a mais comum é a utilização do termo *espiritualidade*, popular porque a própria OMS o promove. Sua utilização costuma ser acompanhada por uma distinção superficial – porém percebida como essencial aos profissionais da saúde – entre *religião* e *espiritualidade*.

Preocupações com *espiritualidade* são observadas desde 1983 na OMS, quando ocorreram os primeiros debates sobre a inclusão de uma dimensão metaempírica, não material, em sua definição oficial de saúde. Em 1998, na 101ª sessão do conselho executivo, um pedido formal foi feito ao diretor geral da OMS, e assim a Constituição da OMS passou a definir saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, *espiritual* e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 1998, p. 4, tradução minha, grifo meu).

Isso gerou uma demanda mundial de explicação do que se entendia por “bem-estar espiritual”. Um documento elaborado logo após a mudança propôs um método de quantificação desse “bem-estar espiritual”, apresentando uma definição, em um único parágrafo de 251 palavras, do que é *espiritualidade* e as diferenças entre *espiritualidade*,

religião e religiosidade. Desde então, isso nunca mais foi discutido, e esse conceito nunca foi revisado ou ampliado por nenhum outro documento da OMS.

Dentre as definições apresentadas nesse documento, a OMS descreveu *religião* 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” (WHO, 1998, p. 7, tradução minha). Segundo esse mesmo documento, *religiosidade* seria o ato de seguir, praticar ou acreditar em uma religião. Por fim *espiritualidade*, o termo de maior interesse pela OMS, é definido como

[...] 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 (WHO, 1998, p. 7, tradução minha, grifo meu).

Embora assumo uma tendência de sobreposição das duas categorias, o texto declara que “a *religiosidade* difere [da *espiritualidade*] por haver uma sugestão clara de um sistema de culto e uma doutrina específica, que é compartilhada com um grupo” (WHO, 1998, p. 7, tradução minha, grifo meu). Para a OMS, a espiritualidade não necessariamente se relacionaria a qualquer religião – o que permitiria a ação dos profissionais médicos sem ferir seus códigos de ética.

Por fim, o documento conclui com uma distinção entre *espiritualidade* e *crença pessoal*. Diferente da *espiritualidade*, as *crenças pessoais* não precisariam necessariamente ter uma natureza metaempírica. O exemplo apresentado é o do ateísmo, posto que “a crença de que Deus não existe não pode ser considerada necessariamente uma crença espiritual” (WHO, 1998, p. 8, tradução minha).

Primeiramente, deve-se ter em mente que as explicações apresentadas aqui são maiores do que o próprio texto da OMS sobre o assunto. Em segundo lugar, do ponto de vista dos acadêmicos que discutem a epistemologia do que é religião com profundidade, essas distinções não somente são superficiais como também bastante problemáticas.

Sobre o termo *religião/religiosidade*, a definição da OMS é claramente eurocêntrica, baseada no modelo hierarquizado e institucionalizado de igrejas adotado pelas religiões abraâmicas. Além disso, a distinção de *espiritualidade* da OMS não parece suficiente para identificar quais elementos seriam somente espirituais sem serem religiosos. A OMS define espiritualidade como algo relacionado à autorrealização, aos sonhos, à busca de sentido pessoal, à autonomia em relação às instituições, a

espontaneidade, à criatividade, à autenticidade e à liberdade; muito do que Woodhead e Heelas (2000) definem, justamente, como formas que as religiões se apresentam nas sociedades modernas².

Embora “resolva” a questão dos códigos de ética, as definições da OMS não diminuem outro grave problema ético. Os profissionais da saúde mal são preparados para identificar o que é uma religião em sua formação, quiçá para diagnosticar “bem-estar espiritual”. Conforme ressalta Sloan (2000), apesar de seu crescente interesse pelas práticas religiosas, médicos são inaptos a “prescreverem” atividades religiosas.

Partindo do pressuposto de Laplantine (2010, p. 217) de que na medicina “não existem práticas puramente ‘médicas’ ou puramente ‘mágico-religiosas’”, é reconhecida a necessidade de que esses profissionais recebam mais informações sobre espiritualidade e saúde em sua formação. Minayo (1988) também defende a importância de estudos sobre as concepções sociais e religiosas das doenças, visando o desenvolvimento de atitudes práticas aos sistemas médicos, pois os entendimentos populares das doenças contêm elementos importantes das comunidades às quais os pacientes se inserem.

Entretanto, ainda há hiatos importantes a serem preenchidos a uma prática em saúde que aproxime as ciências médicas da espiritualidade de seus pacientes, visando à implantação de uma medicina de fato integrativa. A pouca discussão sobre o tema e a falta de preocupação da OMS em aprofundar suas próprias definições sobre religião e bem-estar espiritual são ótimos indicativos de que a área médica possui outras prioridades em sua agenda de pesquisas.

Posto isso, proponho que o cientista da religião seria o profissional para essa função. Com formação específica no tema, temos o perfil adequado, pois possuímos as ferramentas necessárias para capacitar os graduandos da área da saúde sobre espiritualidade de modo mais adequado que o proposto pela OMS. O caso real da UNISUL, apresentado a seguir, visa demonstrar o que um cientista da religião pode proporcionar a esses acadêmicos.

A experiência da UNISUL

A introdução da UA “Espiritualidade e Saúde” no curso de naturologia da UNISUL é concomitante à minha entrada como professor dessa instituição, embora não

² Cf. Capítulo 4, sobre “espiritualidades de vida” (WOODHEAD, HEELAS, 2000, p. 110-147).

seja fruto da minha chegada à instituição³. Quando a UA foi introduzida no curso em 2013, não havia uma pessoa no corpo docente que possuísse formação ou experiência acadêmica específica sobre religião e saúde. As três possibilidades apresentadas na época eram uma professora que possuía especialização em tanatologia (curso que prepara terapeutas para lidar com luto e morte), um ex-padre e uma terapeuta floral cuja experiência com espiritualidade derivava de vivências pessoais. Possivelmente buscando um caráter mais acadêmico, a coordenação considerou mais prudente designar à primeira professora, a especialista em luto, essas aulas.

Sabendo que minha monografia da especialização em ciência da religião foi sobre esse tema, essa professora entrou em contato comigo, solicitando referenciais para preparar suas aulas. Embora ela possuísse alguma leitura sobre a forma como as religiões lidam com a morte, a questão específica das pontes entre saúde e religião era uma novidade para ela. Outro desafio a ser considerado é que a UA continha apenas 15 horas-aulas (UNISUL, 2014, p. 78), consistindo em aproximadamente quatro semanas de aulas presenciais de três horas e uma semana extra para aplicação da avaliação final.

No semestre em que a UA foi ofertada pela primeira vez, eu estava ministrando, ainda na qualidade de professor convidado, um curso de extensão sobre mitologia na UNISUL. Em minha turma havia alunos que estavam também assistindo às aulas de Espiritualidade e Saúde. Como meu curso era baseado em referencial oriundo da ciência da religião, surgiram comentários desses estudantes de que aquela bibliografia deveria também fazer parte da UA de Espiritualidade e Saúde. Porém, por mais que as principais referências tivessem sido por mim encaminhadas à professora da UA, a baixa carga horária a fez optar por passar esse material como leituras complementares. Para os encontros presenciais, a especialista em luto priorizou o formato de aulas vivenciais, para que os alunos despertassem seus sonhos, objetivos de vida, propósitos etc. – como ela interpretou a abordagem da OMS.

Após ministrar como professor convidado mais algumas aulas na UNISUL, em 2015 fui efetivado através de processo seletivo, tornando-me membro do corpo docente do curso de naturologia. No meu primeiro semestre, a professora especialista em luto se manteve como a docente da UA de Espiritualidade e Saúde, mas solicitou, ela própria, à coordenação que a disciplina fosse transferida para mim no semestre seguinte. Assim, a partir de agosto de 2015 eu me tornei o responsável por essa UA.

³ Essa inclusão foi uma demanda dos próprios estudantes e egressos do curso, quando da reformulação do projeto pedagógico em 2013.

Ao receber o plano de ensino da UA, notei que a ementa continha uma descrição bastante genérica: deveriam ser trabalhadas noções básicas de tipos de religião (história, filosofia e cultura), a diferença entre religiosidade e espiritualidade, a dimensão da espiritualidade no conceito de saúde da OMS e estudos científicos sobre espiritualidade e saúde (UNISUL, 2014, p. 79). A bibliografia também era bastante interessante: havia obras de bioenergética⁴, teologia⁵, criptoteologia⁶, além de livros escritos por médicos e psicólogos (usualmente impressões ou relatos pessoais de experiências) sem formação acadêmica específica na área da ciência da religião.

Sem a possibilidade de mudar o plano de ensino, ao menos consegui autorização da coordenação para não adotar tais obras, desde que eu disponibilizasse aos estudantes cópias do referencial que utilizaríamos. Para discutir a diferença entre religião e espiritualidade, adotei o esquema tríplex de Hanegraaff (1999, p. 371-373), de (1) *religião (geral)*, (2) *uma religião (específica)* e (3) *espiritualidade*. Para abordar noções básicas de tipos de religião, ao invés de focar em um grande número de tradições específicas, o que seria improficuo devido à baixa carga horária e deixaria talvez as discussões superficiais, preferi utilizar os capítulos 2, 3 e 4 do livro de Woodhead e Heelas (2000) sobre as formas como a religião, de modo geral, se manifesta na modernidade. A dimensão da espiritualidade no conceito de saúde da OMS (ou seja, a concepção de que saúde não é apenas a ausência de doenças, que possui também uma dimensão espiritual) foi abordada com textos de Bloise (2011) e Laplantine (2010). E sobre os estudos científicos sobre espiritualidade e saúde, o último item da ementa, foram distribuídos artigos de periódicos de ciência da religião para que os alunos desenvolvessem seminários. As avaliações consistiam em resenhas dos textos de Bloise e Laplantine e na apresentação dos seminários supracitados.

A respeito dos temas dos seminários, embora a outra professora permitisse que os alunos escolhessem as religiões para a apresentação de seus trabalhos, considerei mais apropriado que as temáticas fossem indicadas por mim, pois 56% dos naturólogos formados pela UNISUL se declaram como novaeristas (STERN, 2015, p. 124), e o perfil religioso dos naturólogos difere muito do perfil religioso dos outros brasileiros (STERN, 2015, p. 133). Como tal, ao invés de termos diversos seminários sobre religiões

⁴ LOWEN, Alexander. *A espiritualidade do corpo: bioenergética para a beleza e a harmonia*. 3ª ed. São Paulo: Cultrix, 2001.

⁵ CRAWFORD, Robert. *O que é Religião?* Petrópolis: Vozes, 2005.

⁶ COLLINS, Francis S. *A linguagem de Deus: um cientista apresenta evidências de que Ele existe*. 2ª ed. São Paulo: Gente, 2007.

minoritárias de pouca representatividade na sociedade, propus que estudássemos os quatro maiores grupos religiosos do Brasil: católicos, evangélicos, espíritas e religiões afro-brasileiras. Conhecer as concepções de saúde dos grupos com maior número de adeptos era justificado por esses possuírem maior probabilidade de aparecer em seus consultórios como futuros pacientes⁷.

Dentre os desafios enfrentados, a carga horária diminuída foi o maior obstáculo. Uma estudante declarou que após concluir a UA sentia-se mais insegura em lidar com a diversidade religiosa em consultório do que antes de iniciá-la, visto agora ter consciência de que a visão religiosa do paciente pode influenciar muito a forma como responderá à terapia. A insegurança surgiu por ela, enquanto terapeuta, conhecer muito pouco sobre religiões. O desinteresse de alguns estudantes foi também um fator observado. Houve um rapaz que abandonou as aulas pelo volume de leituras, dizendo ser um absurdo ter que ler tanto para uma UA de 15 horas. Também por vezes a agenda de eventos proposta pela coordenação foi um agente de dificuldade. Apesar de possuímos apenas 4 encontros, foi solicitado que cedêssemos uma semana de aula, todos os semestres, para que os estudantes assistissem às defesas de TCC. Embora a maioria dos próprios estudantes não quisesse a dispensa, alegando que isso prejudicaria o aproveitamento da UA por sua baixa carga horária, a coordenação continuou a encorajá-la fortemente, sob o pretexto de que assistir às defesas era mais importante para a sua formação do que ficar em sala de aula. Como alternativa, foi então solicitado que a UA fosse antecipada para o início do semestre, para não coincidir com as apresentações de TCC. Mas esse pedido não foi atendido.

Todavia, muitas conquistas também foram observadas. Dentre elas, a maioria dos estudantes concluía a UA com a consciência de que profissionais da saúde não são aptos a prescreverem “religião”⁸, mas com clareza de que essa dimensão é importante ao processo terapêutico, percebendo que o conhecimento do universo simbólico religioso do paciente facilita a relação terapêutica e a própria terapia. Foram comuns solicitações dos alunos por mais aulas, em reconhecimento de que a temática merecia maior aprofundamento. Como tal, alguns desses temas conseguiram ser inseridos

⁷ Naturólogos não utilizam o termo “paciente”, mas sim “interagente”. Escrevo “paciente” nesse *paper* por se tratar de nomenclatura mais popular, para facilitar a leitura de quem não vem da naturologia.

⁸ “Receitar espiritualidade” não foi uma prática incomum na clínica-escola de naturologia da UNISUL. Um artigo sobre a utilização de mitologias como terapia, desenvolvido por mim e por Andrei Mendes Moreira (no prelo), demonstra que alguns alunos do curso de naturologia da UNISUL fundamentavam suas práticas terapêuticas na clínica-escola pelos rituais da wicca. Infelizmente no espaço desse *paper* não é possível fornecer maiores detalhes sobre isso.

transversalmente à ementa de outras UA do bacharelado. Ao menos sete trabalhos de estudantes da naturologia foram submetidos e aceitos para apresentação em congressos de ciência da religião, aumentando a participação desses acadêmicos em eventos científicos. Também dois trabalhos sobre espiritualidade e saúde, produzido por estudantes de naturologia, foram aceito para publicação em periódicos. Por fim, na clínica-escola do curso houve alguns estagiários que aplicaram a classificação de religiões de Woodhead e Heelas para tentar entender a forma como seus pacientes se relacionavam com a espiritualidade, demonstrando uma aplicação do instrumental ofertado pela ciência da religião em sua prática profissional.

Considerações finais

O exemplo apresentando demonstra que é possível, com a aplicação de conceitos oriundos da ciência da religião, construir pontes profissionais entre cientistas da religião e profissionais da área da saúde. Embora o caso estudado se atenha à questão da formação profissional desses futuros terapeutas, existem outras possibilidades de atuação conjunta entre cientistas da religião e profissionais da área da saúde. O exemplo da aplicação das categorias de Woodhead e Heelas na clínica-escola do curso de naturologia da UNISUL é um ótimo indicativo disso.

É emblemático citar que usualmente as graduações não convidam qualquer professor para ministrar as UA referentes a disciplinas externas à área central do curso, mas que constituem saberes basilares à construção do pensamento crítico de um bacharelado. Citando um exemplo, não se espera que um médico ministre a UA de Antropologia da Saúde, mas um antropólogo ou um médico que *também* possui alguma formação em antropologia. Não é lógico, então, que seja chamado para ministrar uma UA sobre Espiritualidade e Saúde um professor academicamente qualificado em ciência da religião?

Referências

BLOISE, Paulo. Medicina integrativa: corpo, mente e espiritualidade. In: _____. *Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade*, São Paulo: SENAC, 2011, p. 135-164.

CFM (Conselho Federal de Medicina). *Código de ética médica*: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). *Código de ética profissional do psicólogo*: Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2014.

FADBA (Faculdade Adventista da Bahia). *Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia*. Cachoeira: FADBA, 2015.

FATENE (Faculdade Terra Nordeste). *Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem*. Caucaia: FATENE, 2016.

HANEGRAFF, Wouter J. Defining religion in spite of History. In: PLATVOET, Jan G. (Org.); MOLENDIJK, Arie L. (Org.). *The pragmatics of defining religion: contexts, concepts and contests*. Leiden: Brill, 1999, p. 337-378.

KOENIG, Harold G. Health and religion. In: JONES, Lindsay (org.). *Encyclopedia of religion*. 2ª ed. Farmington: Thomson Gale, 2005.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. 4ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out./dez. 1988.

SLOAN, Richard P. *et al.* Should physicians prescribe religious activities? *New England Journal of Medicine*. New England, n. 342, p. 1913-1916, 22 jun. 2000.

UFFS (Universidade Federal da Fronteira Sul). *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina Campus Chapecó*. Chapecó: UFFS, 2012.

UFPB (Universidade Federal da Paraíba). *Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina*. João Pessoa: UFPB, 2007.

UNIMAR (Universidade de Marília). *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Marília: UNIMAR, 2016.

UNISUL (Universidade do Sul de Santa Catarina). *Projeto Pedagógico do Curso de Naturologia*. Tubarão: UNISUL, 2014.

WHO (World Health Organization). *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)*. Geneva: WHO, 1998.

WOODHEAD, Linda; HEELAS, Paul. *Religion in Modern Times: an interpretive anthology*. Oxford: Blackwell, 2000.

RELIGIÃO, CULTURA E SAÚDE: O SABER MÉDICO E A CURA NO COTIDIANO

Rafael Lino Rosa*
Alex Mendes**

1. Saber médico, saúde e normalidade

Na atualidade, compreende-se o ser humano, no mundo ocidental, a partir de um entrelaçamento de saberes e poderes cujo início se dá na Idade Clássica. A partir do fim do século XVII, a organização do conhecimento e das ciências permitiu o surgimento do ser humano como um organismo complexo ocupando uma posição possível numa linha filogenética que o liga a toda a vida na Terra. Isso, no entanto, não surge repentinamente. Do ponto de vista da História Natural, que organizava a vida a partir do visível, sob uma lei geral da organização dos seres, até a biologia moderna, que organiza a vida para além de uma *lei natural*, a partir da abordagem dos seres vivos que estava também para além do visível. A vida passava de um conceito puramente macroscópico para um conceito plural, que incluía o microscópico, o molecular, o atômico, como se compreende hodiernamente. Esse surgimento do ser humano, na verdade, uma invenção deste tempo (FOUCAULT, 1999) é possibilitada pelo surgimento de saberes científicos que se propuseram a compreender o mundo e nele, o ser humano incluso, partindo do paradigma cartesiano que atravessou primeiramente, as ciências ditas exatas e proporcionou o surgimento das ciências humanas. Essas novidades trouxeram as ciências ao corpo técnico e teórico da medicina e estabeleceram a medicina como um foco importante de poder sobre o corpo humano, porque pode impor padrões de saúde. Essa medicalização do corpo não aconteceu de qualquer forma, antes atendia a um projeto complexo de submissão do corpo aos poderes que o continham e mantinham, como entidades úteis e dóceis, dedicadas à manutenção da sociedade por meio das atividades sociais que demandavam disciplina e saúde.

A clínica médica aproximou-se das ciências exatas e biológicas, que passaram a compor o arsenal da medicina para combater doenças. Na medida em que Matemática, Biologia, Química e Física passaram a ser importantes para se compreender o corpo, diagnosticar, examinar e prescrever tratamentos, essas ciências também foram usadas para compreender, classificar e tratar o corpo humano. Para Foucault (2011, p. 34), a Revolução Francesa traz a

* Doutor em Ciências da Religião (PUC-GO). barao.lino@hotmail.com

** Mestre em Letras e Linguística (UFG). mendesamster@gmail.com

medicina para dentro do contexto de cuidado integral do ser humano, ocupando lugar da Igreja (e também de seus recursos financeiros). A medicina traria a saúde a partir da ordem social e do fim da pobreza:

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nessa zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. Lanthenas, este visionário, deu à medicina uma definição breve, mas carregada de toda uma história: “Finalmente a medicina será o que deve ser: o conhecimento do homem natural e social” (FOUCAULT, 2011, p. 37-38).

A medicina europeia, nessa época, lida com o conceito de *saúde* e de *normalidade*. O foco dessa *nova* medicina, no século XVIII é a saúde dos corpos, mas sem a visão do corpo como um sistema, um organismo funcional. A ideia da cura era exatamente aquela da restauração das forças que a doença dissipou. A prática médica costumava prescrever cuidados, dietas e toda uma regra de vida objetivando o bem-estar. No século XIX, a medicina passa a focar a normalidade do funcionamento. O corpo e sua estrutura orgânica passam a ser importante e a fisiologia passa a ser conhecimento piloto dessa nova medicina:

[...] o prestígio das ciências da vida, no século XIX, o papel de modelo que desempenharam, sobretudo nas ciências do homem, está ligado originariamente não ao caráter compreensivo e transferível dos conceitos biológicos, mas ao fato de que esses conceitos estavam dispostos em um espaço cuja estrutura profunda respondia à oposição entre o sadio e o mórbido. Quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida da raça, ou mesmo da “vida psicológica”, não se pensará apenas na estrutura interna do ser *organizado*, mas na *bipolaridade médica do normal e do patológico*. A consciência vive, na medida em que pode ser alterada, amputada, afastada de seu curso, paralisada; as sociedades vivem, na medida em que existem algumas, doentes, que se estiolam, e outras, sadias, em plena expansão; a raça é um ser vivo que degenera; como também as civilizações, de que tantas vezes se pôde constatar a morte. Se as ciências do homem apareceram no prolongamento das ciências da vida, é talvez porque estavam *biologicamente* fundadas, mas é também porque o estavam *medicamente*: sem dúvida por transferência, importação e, muitas vezes, metáfora, as ciências do homem utilizaram conceitos formados pelos biólogos; mas o objeto que eles se davam (o homem, suas condutas, suas realizações individuais e sociais) constituía, portanto, um campo dividido segundo o princípio do normal e do patológico. Daí o caráter singular das ciências do homem, impossíveis de separar da negatividade em que apareceram, mas também ligadas à positividade que situam, implicitamente, como norma (FOUCAULT, 2011, p. 38-39).

Tomando por base a França do século XVIII, Foucault mostra que o século se iniciou com a tentativa de organização da medicina a partir da sua regulamentação como profissão,

como curso universitário e através da criação da ilegalidade da prática da cura fora das circunscrições médicas, eram os Decretos de Marly, de 1707:

Prescrevia-se que a medicina, a partir de então, seria ensinada em todas as universidades do reino que tinham, ou tiveram, uma faculdade; [...] que os estudantes só receberiam seu grau depois de três anos de estudos devidamente verificados por inscrições feitas todos os quatro meses; que a cada ano se submeteriam a um exame antes das atas que lhes dariam o título de bacharel, licenciado e doutor; que deveriam assistir obrigatoriamente aos cursos de anatomia, de farmácia química e galênica e às demonstrações de plantas. Nessas condições, o art. 26 do decreto postulava como princípio: “ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente, se não obteve o grau de licenciado”; e o texto acrescentava – o que era consequência primordial e o fim alcançado pelas faculdades de medicina em troca de sua reorganização: “Que todos os religiosos mendicantes ou não mendicantes sejam e continuem concernidos pela proibição assinalada pelo artigo precedente”. (FOUCAULT, 2011, p. 48-49).

Dessa forma, Química e Biologia e as ciências humanas passaram a concorrer para a formação de um saber em que o ser humano é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito do conhecimento, para o autor

A possibilidade de o indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento implica que se inverta no saber o jogo da finitude. Para o pensamento clássico, esta não tinha outro conteúdo senão a negação do infinito, enquanto o pensamento que se forma no século XVIII lhe dá os poderes do positivo: a estrutura antropológica que então aparece desempenha simultaneamente papel crítico de limite e o papel fundador de origem. Foi essa mudança que serviu de conotação filosófica para a organização de uma medicina positiva: e, inversamente, essa medicina foi, no nível empírico, um dos primeiros esclarecimentos da relação que liga o homem a uma finitude originária. Daí o lugar determinante da medicina na arquitetura de conjunto das ciências humanas; mais do que qualquer outra, ela está próxima da disposição antropológica que as fundamenta. [...] É que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranquilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; ela se anuncia sem trégua ao homem o limite que ela traz em si, fala-lhe também desse mundo técnico, que é da forma armada, positiva e plena de sua finitude. Os gestos, as palavras, os olhares médicos tomaram, a partir desse momento, uma densidade filosófica comparável talvez à que tivera antes o pensamento matemático. A importância de Bichat, de Jackson e Freud na cultura europeia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nessa cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem (FOUCAULT, 2011, p. 217-218).

Esse caminhar até o século XX dentro da análise da medicina francesa como saber institucionalizado lança uma série de luzes sobre a medicina como forma de saber e poder nos dias atuais. Herdeira direta dessa medicina, a prática médica no Brasil se institucionaliza no século XIX, sob a égide do combate entre a medicina e qualquer prática recorrente.

2. Medicina e cura pela fé: panorama do Brasil do séc. XX

De uma forma geral, a institucionalização da medicina se fez às custas da ilegalidade de quaisquer práticas que a venham substituir, notoriamente, as práticas religiosas, assim que se sucede no final do século XIX e início do século XX. Até a sua consolidação como um dos saberes que serviram de piloto para a compreensão moderna de normalidade, salubridade e humanidade a medicina conseguiu que práticas de cura concorrentes fossem declaradas ilegais e criminosas. Puttini (2008) mostra que a relação, no Brasil, a partir do século XIX, entre medicina e práticas de cura baseadas na fé se estabeleceram em conflito aberto, notoriamente contra as curas realizadas nas atividades de transe mediúnico, como no Kardecismo, na Umbanda e em práticas espiritualistas independentes.

Os estudos desse segundo autor mostraram a ação das medicinas populares como forma de resistência de práticas relacionadas às classes subalternas e seus valores simbólicos definidos:

[...] os interesses médicos evidenciaram-se na forma corporativa jurídico-político e contribuíram para a constituição das regras de controle social, promulgando-se no Código Penal desde 1890, garantindo, assim, para corporação médica, a “proteção contra quem quer que os ameace enquanto os únicos peritos do corpo e da cura”. [...] nesse período, instaura-se uma guerra político-policia-jurídica contra os agentes terapêuticos populares e suas respectivas atuações curativas [...]. As práticas mágicas de cura seriam, então, perseguidas e punidas na forma da lei, também por meio da ordem de repressão policial [...]. Interessante notar que o espiritismo kardecista, a umbanda, o candomblé e a homeopatia igualmente eram perseguidos e tipificados por terapêuticas mágico-religiosas, fenômenos mágicos que se expunham ameaçando a ordem social [...] (PUTTINI, 2008, p. 90-91).

No entanto, isso não durou por muito tempo. O Kardecismo saiu dessa esfera de ilegalidade, devido a “importantes relações entre espiritismo kardecista e a cultura letrada”. O espiritismo “estabeleceu-se em um sistema de referências eruditas, distinguindo a religião espírita (ciência e religião) das demais religiões mediúnicas” (p. 96). Isso se deveu a vários fatores. O primeiro deles, o fato de que vários médicos, assim como advogados, juizes, bancários e outros indivíduos de prestígio social tornaram-se adeptos do espiritismo, o que forçou a uma tolerância de suas práticas mediúnicas, mas ao mesmo tempo, reforçou o espiritismo como prática da caridade, aproximando-o do serviço social, um espaço onde práticas complementares podiam se desenvolver, com anuência dos praticantes, entre os quais, os já citados médicos. Dessa forma, as práticas de cura religiosas passaram a ser toleradas dentro das tendas de Umbanda, ou mesmo dentro de templos religiosos cristãos, desde que se encaixassem no padrão da gratuidade espírita ou desde que acontecesse como prática religiosa que não pretendesse botar em risco o poder da medicina. Diferentemente da homeopatia,

fitoterapia, acupuntura e outras práticas integradas ao serviço de saúde ofertado à população, com anuência ou tolerância por parte dos médicos, as práticas de medicina alternativa apresentam mais resistência de aceitação por parte da classe médica, na medida em que são mais populares, em que se afastam de um discurso religioso erudito ou cientificado, à moda kardecista. De um modo generalizado, embora isso mereça análises detalhadas a partir do discurso dos representantes da medicina e das práticas terapêuticas mais comuns, pode-se dizer que o poder dado à medicina, antes do início do século XX, de estabelecer a legalidade das práticas curativas em torno da ação médica, institucional, oficial ou não, esse poder relaxou-se, permitindo a existência de práticas terapêuticas não mais em concorrência, mas em complementaridade.

A religião não é exatamente uma preocupação epistemológica da medicina, mas parece ser a sua mais ferrenha concorrente. Desde os meados do século XVII até recentemente, o fato de que médicos possam ser religiosos não indica exatamente que esses campos possam coexistir em igualdade, mas em relação hegemônica. Isso mostra que a medicina avança sobre o campo religioso para encobrir uma parcela de sua ação, tomando-a para si, na medida em que escolhe, seleciona práticas religiosas e as legitima, dentro de certas circunscções, desde que essas não tragam discursos contraditórios e questionadores dos preceitos científicos e práticos da clínica, desde que não questione a sua orientação, sua organização e relação com os poderes e, enfim, desde que não desmintam a medicina em suas práticas e discursos êmicos. Assim, um médico pode recomendar acupuntura para portadores de dor crônica, admitindo os limites da medicina em controlar a dor; a eficácia da prática complementar a referenda, apesar de não possuir uma comprovação científica por meio de estudos detalhados das causas da eficácia da acupuntura. No entanto, não se deve creditar à medicina essa tolerância a práticas de fundo espiritual ou religioso como uma modificação de seu discurso rumo à aceitação da religiosidade e da espiritualidade como eficazes na promoção da saúde. O recorte sobre isso é pontual, mínimo: a prática é eficaz, por isso deve ser recomendada. Outras práticas que não demonstrarem contabilmente a sua eficácia podem ser toleradas desde que se aproximem da cultura erudita que embasa a existência da medicina na relação entre verdade, saber e poder.

Nesse ponto, vê-se uma relação conflitiva e estabelecida sobre uma assimetria de poder que aponta para uma hegemonia da medicina, o que mostra suas sobreposições sobre outras instâncias da cultura, principalmente seus conflitos com a religiosidade. Nesse ponto aqui, a mediação de um *cientista da religião* se faz necessária, uma vez que as preocupações das ciências humanas sobre a religião como cultura popular aponta conflitos, secessões, embates, mas não exatamente soluções para problemas práticos, na maioria das vezes. Por isso se faz

necessário problematizar, e mais ainda, responder a certas problematizações por meio da Ciência da Religião, como formas práticas aplicáveis em instâncias definidas da sociedade. Para exemplificar isso, toma-se a abordagem da benzedura ou benzeção e sua existência/resistência no cotidiano como modelo de análise e aplicabilidade da Ciência da Religião, em proposta de solução de um conflito básico (a relação conflitiva e subalterna com a medicina oficial) e ainda o reconhecimento da sua pertinência cultural e identitária como um fator de respeito à dignidade do grupo social em que ela ocorre.

3. Benzeduras ou benzeções: práticas populares de cura

Benzeduras, para Lemos (2012), fazem parte do universo religioso do catolicismo popular e consistem de um

ritual realizado, na maioria das vezes por uma “mulher, geralmente idosa, que tem ‘poderes de cura’ por meio de benzimento”. No entanto, destacamos que tal prática religiosa não consiste apenas de um rito, trata-se de um sistema simbólico constituído por muitos elementos, como o conteúdo específico da crença (concepção de sagrado, mitos de referência ou conteúdo teológico, símbolos utilizados e seus significados, e o desenrolar do próprio rito), o ambiente em que se realiza, os agentes envolvidos na efetivação da prática religiosa (trazendo consigo seu *ethos* e visões de mundo (e as relações de poder que se estabelecem entre eles). Tudo isso efetivando-se em um processo interativo com o contexto sociocultural mais amplo em que tal prática está inserida (p. 206).

A benzedura é um espaço eminentemente feminino, embora possa haver (e há) benzedores masculinos. A presença de agentes femininos em posição de destaque na prática religiosa é uma dentre as muitas características desse fenômeno que o colocam em oposição ao catolicismo oficial, eminentemente masculino. Além disso, a benzedura não se concentra em templos e, apesar de compartilhar com o catolicismo oficial valores e símbolos, possui usos particulares deles. Notoriamente, o ambiente os agentes também variam. É uma manifestação popular que concentra participantes de uma classe social definida (embora possa ter participantes de outras classes), é uma manifestação de pessoas simples, muitas vezes iletradas, ou de seus descendentes.

Geralmente, o poder de benzer (originalmente, benzer é persignar-se, fazer o sinal da cruz, ou santificar, consagrar algo a Deus) é passado dos mais velhos para os mais novos, num processo de educação que não é formal. Em torno desse ritual de benzeção, de acordo com Lemos (2012), há a formação de um espaço de vivências sociais e construção da cidadania, construído em torno da liderança religiosa da benzedeira, de sua autoridade sagrada, de sua casa como espaço de trocas simbólicas, por onde circulam fatos, desejos, onde as pessoas se reúnem

em busca de alívio espiritual e de males do corpo. Para Lemos (2012), a resistência da prática de benzedura não se organiza por ações diretas e intencionais de oposição. Claramente, a benzedura se oporia em dois campos a duas forças diferentes. A primeira delas seria a religiosidade oficial. Orações, ritos, bênçãos e outras formas de se ministrar o sagrado é, de um modo geral, imputada aos sacerdotes ou a outros ordenados pela Igreja. As benzedoras geralmente recebem essa incumbência através de uma formação que não inclui os estudos e rituais para se formar um sacerdote na Igreja Católica, suas práticas muitas vezes misturam o sagrado e o profano. De outra forma, a benzedura, ao possuir rituais de cura, algumas vezes acompanhados da prescrição de remédios caseiros, o que pode interferir diretamente no campo da medicina. Benze-se para a saúde, desde para que a saúde se mantenha, até mesmo para que haja cura em eventos específicos de estados de doença (dores, febre, picada de cobra, inflamações, tosses, *espinhela caída*, furúnculos, reumatismos), prescreve-se chás, garrafadas, jejuns, modos específicos de comer ou beber as coisas, o que evidencia uma terapêutica, no mínimo organizada em torno de um saber tradicional. Algo impele as pessoas à prática popular, isso se dá pela crença, pelos valores, pelo catolicismo popular e seus valores e símbolos em circulação pela sociedade. É importante saber que outras formas de religião, como os evangélicos, não procuram benzedoras, mas em seu meio também pode haver rituais populares de cura, específicos.

No caso que se analisa aqui, a benzedura torna a saúde mais acessível, o que confirma a tese de Lemos, em que se enuncia que esse é um espaço de cidadania e convivência social. Nesse caso, a inserção da saúde como preocupação nesse âmbito se dá pela noção de que estar saudável é um direito comum a todos. É papel da benzedura e da religião popular resolver certos problemas de ordem social:

[...] As situações de anomia e desordem são resolvidas pelo próprio homem comum justamente porque ele dispõe de um meio para interpretar situações (e ações) sem sentido, podendo, em questão de segundos, remendar as fraturas da situação social. [...] Como o pensamento religioso é elemento constituinte do senso comum, ele contribui para o caráter prático desse, uma vez que fornece respostas “seguras” e “práticas” a questões complexas e praticamente impossíveis de serem solucionadas, como é o caso das questões enfrentadas no espaço da benzedura. [...] E, assim fazendo, nos desafia a uma outra forma de educação para a construção da cidadania, ou melhor, nos desafia a repensar as próprias proposições da cidadania (LEMOS, 2012, p. 214).

O processo da construção da cidadania não pode prescindir de quaisquer um de seus elementos sem prejuízos aos grupos sociais que dele participam. Isso fica evidente na fala de um benzedor do município da Cidade de Goiás. Questionado especialmente para a ocasião dessa escrita, ele afirmou categoricamente que a busca pela benzedura é uma busca espiritual, por

proteção espiritual, bênçãos e garantias. Seu discurso, bem elaborado e provido de sabedoria prática, mostra o senso comum de que a medicina convencional é importante. Sua prática de benzedura não está nem ao menos no nível das práticas complementares aceitas e recomendadas pelos serviços de saúde oficiais, mas há um considerável afluxo de pessoas que vêm à sua casa para buscar exatamente o que deve estar a faltar nos serviços de saúde: uma compreensão inteligível a todos da condição humana que nos faz passar pelo sofrimento. Em suas benzeduras, ele aconselha, consola e explica aos fiéis que o procuram as razões da doença, os motivos, as consequências, através da linguagem carregada do simbólico que pertence ao catolicismo popular, à Umbanda, à espiritualidade do povo da região.

A benzedura, os chás e garrafadas que receita, assim como os conselhos e as palavras de consolo completam aquilo que o atendimento básico à saúde não oferece ao paciente, muitas das vezes. O benzedor ou benzedeira reafirma ao fiel o seu papel de sujeito agente, responsável por sua própria saúde e o ensina caminhos para lutar por ela em mais de uma vertente, o *paciente* que chega à benzedura não é apenas uma vítima da doença, mas também o responsável por sua cura.

4. Considerações finais

Ao se delinear a benzedura como uma prática cultural religiosa, pode-se colocá-la na linha de mira das práticas médicas oficiais, principalmente dos sistemas públicos de saúde e também dos serviços privados. O benzedor é um terapeuta que se preocupa, numa curta e muitas vezes única abordagem, com o ser integral que ali procura o alívio para seus problemas, enquanto o saber médico fatia o indivíduo em todas as possíveis especialidades médicas e outras áreas correlatas. Os próprios profissionais da medicina têm dificuldade de agir em casos mais complexos, fazendo com que os pacientes, muitas vezes, caminhem longos percursos atrás de uma cura eficiente. Deve-se mencionar também que a medicina é, também, um serviço pago, e caro. Mesmo quando é público, demanda um consumo elevado de recursos de impostos para poder funcionar, e a sua existência como serviço público se justifica como um investimento na saúde de uma população que provavelmente dará retorno à sociedade, mantendo-se saudável para desempenhar funções econômicas com rentabilidade. Nesse ponto, a ação do cientista da religião é essencial, pois esse seria o único profissional preparado para lidar com esses múltiplos fatores por detrás das práticas religiosas. É papel do cientista (não do teólogo, atrelado a uma visão de religião específica, segmentada) identificar quando as práticas culturais e religiosas são promotoras de cidadania. No campo da saúde, a presença do cientista da religião nas

instituições de ensino superior e nos grupos de estudo e trabalho que preparam as ações em saúde pública, por exemplo, pode garantir a proteção e a compreensão desses fatores culturais como formadores da identidade de um povo e mostrar que, em casos como o da benzedura, os objetivos de promoção de saúde e de cidadania que os serviços de saúde não conseguem garantir, são garantidos em espaços alternativos de convívio social e religioso.

A história do Brasil tem um exemplo contundente de como o sistema público de saúde pode gerar violência física e simbólica ao desrespeitar os valores sociais, morais e religiosos da população. Há pouco mais de um século e uma década (1904), ocorreu a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, seu desenrolar, causas e consequências estão bem analisadas na obra de Carvalho (1987), *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. O autor caracteriza a Revolta da Vacina como uma reação à violência da polícia e do sistema de saúde pública ao adentrar nas casas das pessoas, condená-las à demolição e prescrever a dolorida e não totalmente explicada e justificada vacinação contra a varíola. A população mais simples, que não tinha condições de compreender, informar-se, via os representantes da força-tarefa sanitária como invasores: a conspurcar seus lares; desnudar suas filhas virgens; expor os corpos das pessoas a condições desumanas de tratamento; ofender, bater e mandar prender os resistentes. Isso gerou conflito civil de proporções bélicas.

Embora não haja evidências de que conflitos como esse possam vir a acontecer novamente, a ação de poderes institucionalizados pode, no entanto, continuar a ameaçar a cultura e os valores das classes subalternas. É importante se retomar a digressão feita sobre o desenvolvimento da medicina europeia, da qual Oswaldo Cruz, médico sanitarista no Rio de Janeiro em 1904 era adepto. Medicina e todas os seus campos associados são parte de um saber médico, que se articula em verdade por suas relações com o poder instituído. Do mesmo modo, o poder instituído tem nos saberes que apoia o apoio necessário para continuar a existir, pois se mostra como a fonte desses poderes. O saber, por sua vez, redime o poder de seus males, pois justifica a maioria de suas ações sem que o poder saia exatamente *culpado* quando é necessário agir com violência (FOUCAULT, 2001). Nessa oposição, há que entrar mais um saber, para que a verdade não se estabeleça de acordo com as necessidades da classe domina e governa, apenas. A Ciência da Religião e seus atores muito têm a contribuir para a manutenção e respeito às culturas e identidades das classes menos favorecidas, ajudando a se fazer a cidadania por meio de caminhos múltiplos, conferindo respeito à diversidade e multiplicando as instâncias da independência de certos grupos sociais que podem sim, beneficiar-se dos avanços técnico-científicos sem que isso signifique, exatamente, a implosão de suas culturas e modos de vida.

Portanto, cabe aos cientistas da religião comporem as equipes de trabalho na área da saúde pública e ensino superior, para que os profissionais oriundos do saber médico, quer em formação, quer já em ação, possam compreender a cultura popular e a religião como fatores positivos e colaborantes, e não exatamente concorrentes, para a promoção da saúde nas populações.

Referências

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

FOUCAULT, Michel. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Tradução de Andréa Daher. Consultoria de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Sobre a prisão. In: _____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. 129-143.

_____. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

PUTTINI, Rodolfo F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.24, p.87-106, jan./mar. 2008.

LEMOS, Carolina T. Religião e educação para a cidadania: o caso da benzedura. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 1, p. 205-215, jan./jun. 2012.

EXPERIÊNCIAS MÍSTICAS NA CLÍNICA PSICOLÓGICA: SOBRE A POSSIBILIDADE DE UM DIÁLOGO ENTRE A SAÚDE E A CIÊNCIA DA RELIGIÃO

Beatriz F. Carunchio*

Introdução

A espiritualidade e a religiosidade fazem parte da experiência humana. Isso significa que as experiências espirituais marcam a história de vida daquele que a vivencia, incluindo sua identidade, seus relacionamentos, o trabalho e mesmo a saúde física e mental. Da mesma forma, todo esse cenário terá algum tipo de influência na forma como o sujeito compreenderá e construirá um sentido para aquilo que vivenciou.

Desta maneira, é esperado que em certos momentos os relatos de experiências místicas cheguem aos ouvidos dos profissionais de psicologia, que nem sempre sabem como proceder diante desse tipo de conteúdo, raramente mencionado nos cursos de graduação na área. O objetivo deste texto é abordar os impactos de uma experiência mística na saúde mental, bem como a postura do psicólogo diante de um paciente que aborde esse tipo de experiência. Para isso, discutiremos brevemente o conceito de experiência mística, com destaque para as experiências de quase morte, que fogem do dia a dia “normal” tanto para o paciente e seus familiares como para os profissionais de saúde em geral. Discutiremos os impactos que esse tipo de experiência traz para o paciente para, a seguir, estabelecer um diálogo entre a clínica psicológica e a ciência da religião (nesse campo, daremos destaque à psicologia da religião). Por fim, constam as considerações finais.

Os impactos de uma experiência mística na saúde mental do paciente

Antes de iniciarmos a discussão acerca dos impactos de uma experiência mística sobre a saúde mental, precisamos compreender bem o que é esse tipo de experiência. Ávila (2007) sugere que a experiência mística pode ser vista como um tipo mais intenso da experiência religiosa, que levará a pessoa a experimentar um contato direto com o transcendente.

* Doutoranda em Ciência da Religião (PUC-SP). bf.carunchio@gmail.com

Já Valle (2008) afirma que apesar da experiência mística estar relacionada à experiência religiosa com bastante frequência, ela não precisa, necessariamente, pertencer a um contexto religioso. Mas em todos os casos, religiosos ou laicos, a experiência mística envolve “as situações de fronteira, de rompimento, de exaltação, ou de desafio à capacidade e ao desejo humanos são territórios propícios à experiência de auto superação” (p. 60).

Esse tipo de experiência, concordam Avila (2007) e Valle (2008), pressupõe algum tipo de contato com o transcendente. Além disso, as experiências místicas existem em todas as culturas, inclusive nas mais secularizadas.

Wulff (2013) pontua que existem diferentes definições para o conceito de experiência mística. Para ele, passar por uma experiência mística é algo que envolve um estado de consciência diferenciado, que levará o sujeito a perceber sua realidade de outra maneira. Nas palavras do autor:

[...] qualquer experiência qualificada como mística difere de modo fundamental da consciência ordinária e deixa uma forte impressão de encontro com uma realidade diferente – e, em certo sentido, superior – da realidade da experiência cotidiana (WULFF, 2013, p. 303).

Além disso, Wulff (2013) menciona que as experiências místicas podem estar relacionadas à atividade dos lobos temporais do cérebro. Essas regiões são responsáveis por funções como a memória, o processamento auditivo, a compreensão da linguagem (área de Wernicke) e a aprendizagem.

Muitas vezes as experiências místicas são comparadas à epilepsia do lobo temporal. A epilepsia é uma patologia neurológica em que ocorre atividade elétrica anormal em certas regiões cerebrais. Quando há descarga elétrica excessiva nas regiões cerebrais afetadas, o cérebro “recebe” uma carga muito maior do que pode processar, e assim, dependendo da região cerebral afetada, a forma como a crise epilética se manifesta varia de acordo com as funções alocadas nessas áreas. No caso da epilepsia do lobo temporal, as crises são, com frequência, precedidas por uma aura que pode remeter a experiências místicas, incluindo: alucinações sensitivo-sensoriais (gustativas, visuais, olfativas, auditivas ou somestésicas), sensações de *déjà vu* e *jamais vu*, angústia, pensamentos obsessivos e desconforto gástrico.

Gostaríamos de deixar claro que o objetivo desta explicação não foi, de forma alguma, reduzir as experiências místicas a quadros patológicos, assim como não podemos ver situações que são patológicas e precisam ser tratadas como algo da espiritualidade do

paciente. O objetivo é chamar a atenção para a necessidade de se fazer um diagnóstico diferencial muito preciso e cuidadoso, de maneira que o paciente possa sempre passar pelos procedimentos mais adequados ao seu caso.

No entanto, apesar de não ser um indicador patológico, e mesmo se em diversos casos as pessoas que tiveram experiências místicas relatem consequências favoráveis (como a diminuição do estresse e das preocupações ou o fortalecimento da fé), em alguns casos as experiências místicas podem desencadear sintomas que merecem cuidados clínicos.

No caso de pessoas que tiveram EQM¹, por exemplo, autores como Greyson (2007, 2013), Van Lommel (2010), Bush (2009) e Noyes Jr., Fenwick, Holden e Christian (2009) relatam que esses pacientes passam por grandes transformações de vida ao ajustar suas crenças, valores e comportamentos ao que foi vivenciado, e além das consequências favoráveis, como a perda do medo da morte, maior compaixão e valorização dos momentos com a família e os amigos, aumento da autoconfiança e flexibilidade diante dos desafios e dificuldades da vida, ou o sentimento de ter uma “missão” na vida; também podem acontecer consequências desagradáveis, como a dificuldade em retomar o dia a dia normal, dificuldades no trabalho (afastamentos são muito frequentes, fazendo com que esse tipo de experiência gere consequências também para a saúde pública e o sistema de previdência social), divórcios e rompimentos amorosos (quando o cônjuge não acompanha as transformações que o paciente implementa em sua vida ou ainda quando o próprio paciente, após ter experimentado um amor incondicional durante a EQM, se frustra com o amor “terreno”, limitado), luto por ter voltado (e perdido o “paraíso”), e mesmo um senso de realidade alterada que pode persistir por muitos anos. Alguns pacientes relatam mudanças físicas, como passar a apresentar alergias a certos componentes e medicamentos. Também podem ocorrer transtornos secundários, decorrentes da EQM, como depressão de longa duração ou TEPT².

¹ Experiência de Quase Morte. Ocorre a pacientes que entram em morte clínica ou chegam muito próximo disso. Após serem ressuscitados, esses pacientes relatam à equipe de saúde que durante o tempo em que estiveram clinicamente mortos, observaram de cima o trabalho da equipe, viajaram por um túnel rumo à uma luz muito bonita que irradiava amor incondicional, tiveram contato com seres sobrenaturais ou entes queridos já falecidos. Alguns pacientes relatam experiências desagradáveis, como visitar um local deserto e sem vida, ou habitado por seres sofredores ou ameaçadores. A EQM pode ser considerada uma experiência mística e gera grandes mudanças na vida do paciente, independentemente do conteúdo agradável ou desagradável.

² Transtorno de estresse pós-traumático, frequente em pacientes que tiveram EQM com conteúdos desagradáveis ou perturbadores.

Assim, uma experiência mística é uma vivência positiva (não patológica) e não necessariamente desencadeia sintomas patológicos. Entretanto, nos casos em que isso ocorre, ou ainda quando o paciente se sente angustiado perante aquilo que vivenciou e precisa de ajuda para ajustar detalhes de sua vida impactados pela experiência, o paciente chega ao consultório do psicólogo... que nem sempre sabe como lidar com o tema, muito pouco discutido nos cursos de graduação em psicologia.

O psicólogo frente à experiência mística

Como mencionamos, passar por uma experiência mística é algo que pode causar grande impacto para a pessoa, em diversos setores de sua vida, incluindo a saúde mental. Para Wulff (2013), esse tipo de experiência ganha destaque na história de vida de quem passa por ela, representando momentos de vida decisivos. Greyson (2007) aponta que a vivência de uma EQM, por exemplo, é tão marcante que pode passar a ser um fator central na identidade do paciente. Com grande frequência essas pessoas passam a definir a si mesmas como “sobreviventes de uma EQM”.

Portanto, quando uma experiência desse teor chega à clínica, geralmente temos um paciente profundamente marcado por ela e em buscas de respostas para algo mais que uma experiência pouco usual, ele quer respostas para sua vida, que lhe permitam retomar o senso de normalidade, recuperar-se de possíveis consequências desagradáveis e seguir em frente.

O impasse é que nos cursos de graduação em psicologia, pouco se discute sobre espiritualidade e religiosidade. De maneira geral, apenas é dito ao estudante que tais esferas da vida do paciente precisam ser respeitadas. Mas em grande parte dos casos esse campo permanece como um terreno pantanoso, em que o clínico reluta a colocar os pés...

Ao mesmo tempo, Almeida (2004) ao fazer uma revisão histórica da forma como a psiquiatria (e a área da saúde de modo geral) lidou com fenômenos espirituais e místicos ao longo da história, fica claro que esse tipo de paciente foi, com espantosa frequência, diagnosticado como louco, doente mental e, em certos casos, como charlatão ou criminoso.

Nos casos de pessoas que tiveram experiências místicas que se afastam claramente do dia a dia comum, como uma EQM, o assunto precisa ser abordado na clínica, o paciente precisará falar e abordar o tema até esgotá-lo. Então como nós, profissionais de saúde, podemos olhar para esses pacientes? A resposta afinada com nossa época e com

nossa ética profissional seria: sem julgá-lo, sem o olhar de estranheza e, sobretudo, sem catalogar a experiência como patológica de forma precipitada.

Não podemos deixar de considerar que os limites entre o normal e o patológico não são fronteiras estanques e rígidas. Ao contrário, variam enormemente de acordo com o meio cultural/social, o momento histórico e quanto às peculiaridades de cada caso. Para que um sintoma ou um conjunto de sintomas seja visto como um quadro patológico, é preciso sempre ter em mente um referencial, o que implicaria em conceitos claros de saúde, doença e cura.

Recordemos das palavras clássicas de Canguilhem (2002): “o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso” (p. 145). Ou seja, esses limites são conceitos dinâmicos. O “normal”, longe de ser um ideal, é estar bem adaptado e adequadamente instrumentalizado para lidar com as exigências, necessidades e desafios do próprio cotidiano daquele sujeito em específico ou do grupo do qual faz parte.

Portanto, esclarecer e facilitar esse processo seria, no nosso ponto de vista, a principal meta do psicólogo da religião e do clínico ao se depararem com alguém que vivenciou experiências místicas, em especial as mais intensas como uma EQM. Neste campo de atuação, a ciência da religião, em especial a psicologia da religião, tem muito a contribuir, auxiliando o profissional de saúde mental a ampliar seu foco para além do contexto clínico e do ciclo sintoma-avaliação-diagnóstico-tratamento.

Recorrendo novamente a Almeida (2004), o autor explica que a espiritualidade e a religiosidade são aspectos muito importantes da vida e da sociedade, estão por trás das crenças e valores, podem estar nas raízes de comportamentos e experiências diversas, entre elas, padrões de saúde, doença e cura. Apesar disso, as ciências da saúde com triste frequência ignoram ou classificam como patológicas as expressões e comportamentos referentes à espiritualidade e religiosidade. Da mesma maneira, as experiências místicas quase sempre são vistas pela maior parte dos profissionais de saúde mental como uma evidência clara da presença de psicopatologia.

Felizmente, continua Almeida (2004), esse cenário vem mudando. Cada vez mais se dá atenção às peculiaridades de grupos sociais diversos, e mesmo às diferenças individuais, diminuindo o risco de diagnósticos precipitados ou descuidados. Menezes Jr. *et al.* (2012) apontam que mesmo sujeitos que apresentam comportamento psicótico ou dissociativo não têm necessariamente um transtorno mental. Podem ser sujeitos funcionais, levando uma vida normal ou muito próxima da normalidade.

Quando o DSM-IV³ incluiu (e o DSM-V manteve) entre suas categorias diagnósticas problemas ligados à religiosidade e espiritualidade, acabou por encorajar pesquisas que diferenciasssem transtornos mentais de experiências espirituais.

O papel do profissional de saúde pode se resumir no apoio e reassuramento do caráter não patológico da experiência (caso seja este o caso), permitir que o paciente verbalize suas dificuldades e implicações habituais deste problema religioso e espiritual. Um apoio psicoterapêutico que o ajude a conciliar suas vivências com as necessidades do dia a dia pode ser necessário. Por fim, caso haja algum transtorno psiquiátrico sobreposto, este deve ser tratado adequadamente. (ALMEIDA, 2004, p. 48)

Assim, vemos com clareza que o foco maior dos profissionais de saúde precisa ser o bem-estar do paciente. As técnicas e procedimentos precisam estar a serviço disso e, nesse processo, o olhar de profissionais de outras áreas que possam contribuir para o trabalho do profissional de saúde, como é o caso do cientista da religião, é de grande valia e deve ser acolhido.

Conclusão

Como demonstramos com esse breve texto, da mesma forma que a ciência da religião teria muito a contribuir com a área da saúde, também a área da saúde pode ser um campo de estudo promissor e muito relevante para a ciência da religião. A religiosidade e a espiritualidade foi, ao longo da história, muito mal compreendida pela medicina e pelas ciências da saúde de modo geral. Recentemente, no entanto, essa área da vida vem sendo reconhecida e valorizada como parte da psique saudável. Portanto, quando gera algum tipo de conflito, não basta fechar um diagnóstico, é preciso que essa esfera da vida seja abordada e trabalhada na clínica, contribuindo para que o paciente possa refletir sobre ela e organizá-la de modo funcional. Para isso, é imprescindível que os clínicos conheçam bem os aspectos teóricos referentes à espiritualidade em sua interface com a saúde, assim poderão acompanhar seus pacientes nessa jornada.

É preciso produzir mais pesquisas na interface entre a área da saúde e a ciência da religião, a fim de contribuir para diagnósticos diferenciais mais precisos, diferenciando o que é patológico e o que não é, ou ainda em quais medidas certos comportamentos e

³ DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Guia de categorias e critérios diagnósticos que abarca os diferentes transtornos mentais. O DSM começou a ser publicado em 1952, passando por diversas revisões e reformulações, atualmente estamos na quinta revisão (DSM-V, publicado em 2013). Suas classificações são referência na área da saúde mental.

experiências podem ser consideradas patologias. Além disso, é fundamental fazer com que esse conhecimento e esse tipo de pesquisa chegue de fato até os clínicos e, portanto, beneficiem os pacientes. O diagnóstico é um passo fundamental no trabalho clínico, mas, é preciso ter cuidado para que esse diagnóstico seja visto (por profissionais, pacientes e familiares) como um instrumento que orienta uma conduta clínica de maneira ética e segura. Do contrário, cairemos no vazio de um reducionismo patologizante.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Alexander Moreira de. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas. Tese (Doutorado em Psiquiatria), FMUSP, São Paulo, 2004.

ÁVILA, Antonio. Para conhecer a psicologia da religião. São Paulo: Loyola, 2007.

BUSH, Nancy Evans. Distressing Western Near-Death Experiences: finding a way through the abyss. In: HOLDEN, Janice Miner; GREYSON, Bruce; JAMES, Debbie. The handbook of Near-Death Experiences: thirty years of investigation. Santa Bárbara: ABC-Clio, 2009, pp. 63-86.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

GREYSON, Bruce. Experiências de Quase Morte: implicações clínicas. Rev. Psiq. Clín. v. 34, n. 1, São Paulo, 2007, pp. 116-125.

_____. Experiências de Quase Morte. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley. Variedades da experiência anômala. São Paulo: Atheneu, 2013, pp. 241-270.

MENEZES JR., Adair; ALMINHANA, Letícia; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. Rev. Psiq. Clín., v. 30, n. 6, São Paulo, 2012, pp. 203-207.

NOYES JR., Russell; FENWICK, Peter; HOLDEN, Janice Miner; CHRISTIAN, Sandra Rozan. Aftereffects of pleasurable Western adults Near-Death Experiences. In: HOLDEN, Janice Miner; GREYSON, Bruce; JAMES, Debbie. The handbook of Near-Death Experiences: thirty years of investigation. Santa Bárbara: ABC-Clio, 2009, pp. 41-62.

VALLE, Edênio. Psicologia e experiência religiosa. 2 ed. São Paulo, Loyola, 2008.

VAN LOMMEL, Pim. Consciousness beyond life: the Science of the Near-Death Experience. New York: HarperOne, 2010.

WULFF, David M. Experiência Mística. In: CARDEÑA, Etzel; LYNN, Steven Jay; KRIPPNER, Stanley. Variedades da experiência anômala. São Paulo, Atheneu, 2013, pp. 303-335.