

SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: FORTALECENDO O VÍNCULO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/03/2023

Julio Cesar Quaresma Magalhães

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Eny Marcia Ruggerini

Ricardo Monezi

“Sem o transcendente e
o transpessoal, ficamos
doentes, violentos
e nihilistas, ou então
vazios de esperança e
apáticos”

Abraham H. Maslow

RESUMO: Fato bastante conhecido e relevante é a procura de instituições religiosas em caso de sofrimento intenso, quer seja, de ordem física, mental, emocional ou espiritual. Em muitos casos o conforto imediato que se obtém, advém do acolhimento inclusivo que confere uma importante sensação de cuidado e pertencimento. O suporte religioso pode ser particularmente importante em momentos de doença crônica ou grave e

se constitui num recurso frequentemente utilizado. Contudo, durante muito tempo, a espiritualidade e a religiosidade estiveram fora dos limites de conversas em contextos acadêmicos e no campo da saúde. Por conseguinte, muitos profissionais de saúde não se sentem à vontade para discutir tais questões e os pacientes reconhecem, se ressentem e sofrem com isso. Oferecemos ao leitor definições e conceitos advindos de diversas tradições espirituais, enfatizando que espiritualidade é uma dimensão humana que deve ser experienciada, podendo isso se dar a partir de práticas religiosas formais, ou mesmo por uma *espiritualidade laica*, onde conectividade e transcendência são vivenciadas em relação com a natureza, a arte, o encontro e o culto. Este trabalho propõe uma importante reflexão acerca do papel da espiritualidade e religiosidade como recurso salutogênico e gerador de vínculo, no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ademais, o leitor encontrará diversas referências científicas que suportam a proposição de que o profissional de saúde, já na graduação, comece a trabalhar com o tema em atendimento supervisionado na Atenção Primária à Saúde, avaliando as necessidades espirituais do paciente e

suas implicações diagnósticas e terapêuticas diretas. O contato com o sofrimento humano, a partir de uma dimensão espiritual, pode suscitar os mais profundos sentimentos de respeito e alteridade sobre a espiritualidade e a religiosidade de cada pessoa e de cada comunidade e também despertar a compaixão. Esperamos contribuir para a humanização do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Religião e ciência; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT: A well-known and relevant fact is the search for religious institutions in case of intense suffering, whether physical, mental, emotional or spiritual. In many cases, the immediate comfort that is obtained comes from the inclusive reception that gives an important feeling of care and belonging. Religious support can be particularly important in times of chronic or serious illness and is a frequently used resource. However, for a long time, spirituality and religiosity were outside the limits of conversations in academic contexts and in the health field. Consequently, many health care professionals are uncomfortable discussing such issues and patients recognize, resent and suffer from it. We offer the reader definitions and concepts from various spiritual traditions, emphasizing that spirituality is a human dimension that must be experienced, and this may occur from formal religious practices, or even through a lay spirituality, where connectivity and transcendence are experienced in relation with nature, art, encounter and worship. This work proposes an important reflection on the role of spirituality and religiosity as a salutogenic resource and a generator of bonds, in the context of health promotion, prevention and recovery. In addition, the reader will find several scientific references that support the proposition that the health professional, already in graduation, start working with the topic in supervised care in Primary Health Care, evaluating the patient's spiritual needs and their diagnostic and therapeutic implications direct. The contact with human suffering, from a spiritual dimension, can arouse the deepest feelings of respect and otherness about the spirituality and religiosity of each person and each community and also arouse compassion. We hope to contribute to the humanization of care.

KEYWORDS: Spirituality; Primary Health Care; Empathy; User Embrace; Religion and Science; Integrality in Health.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Conhecer os conceitos de espiritualidade, religião e religiosidade.
- 2) Identificar a espiritualidade e a religiosidade como dimensões experienciais do humano.
- 3) Identificar o papel da espiritualidade e religiosidade como recursos salutogênicos e geradores de adesão e vínculo em todos os níveis de atenção à saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS).
- 4) Reconhecer as necessidades espirituais do paciente e suas implicações diagnósticas e terapêuticas diretas.
- 5) Perceber a espiritualidade e a religiosidade das pessoas e dos profissionais da saúde, como recursos terapêuticos potentes na geração da compaixão e humanização do cuidado.

6) Reconhecer a importância do tema saúde e espiritualidade no ensino e pesquisa no âmbito das diversas áreas de graduação em saúde e a necessidade de implementação do levantamento do histórico espiritual dos pacientes como prática de ensino-aprendizagem orientada para a integralidade do cuidado na APS. Perceber o franco desenvolvimento das pesquisas em ciência e espiritualidade publicadas em diversos periódicos indexados.

7) Refletir sobre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, bem como seus contextos social, cultural e comunitário, a partir de duas tradições religiosas específicas.

1 | INTRODUÇÃO: UM CONVITE À REFLEXÃO...

Deus não existe! ... Eu rezo para Ele todos os dias... Todos os dias eu recito o Pai-nosso da minha infância, que não quer dizer nada para mim. Nenhuma palavra faz sentido e, no entanto, isso me faz bem, sou fiel a essa prática desde sempre... (LELOUP, 2008, p. 9)

Eu havia ido ver o monge, em busca de consolo, sofrendo pela morte do meu filho... O monge começou a fritar dois peixes. Eu esperava um sábio discurso sobre a morte: Não se nasce, não se morre... A vida é uma ilusão... Deus dá, Deus tira, bendito seja Deus... Não pense na sua ausência, dê graças pelos 24 anos durante os quais alegrou sua vida... A gota divina regressou ao oceano original... Sua consciência se dissolveu na feliz eternidade... Tudo isso eu já havia dito a mim mesmo, mas o consolo que buscava nessas frases não acalmava meu coração. Ejo, o monge, só pronunciou uma palavra, Dói, e com uma reverência serviu os peixes. Comemos em silêncio. Compreendi (JODOROWSKY, 2016, p. 17).

Certa vez num encontro entre dois amigos um deles confessou sua profunda admiração pela felicidade que o outro demonstrava a todo instante e perguntou: "qual o segredo para ser feliz?" Com um sorriso estampado no rosto o amigo respondeu: "como não gostaria de ser julgado, não julgo ninguém. Como gostaria de ser sempre perdoado, perdôo a todos. Como gostaria de ser amado, busco sempre amar. Como gostaria de ser aceito como sou, procuro sempre aceitar os outros como são. Como gostaria de ser ajudado sempre que necessário, ajudo sempre que posso..." Então, maravilhado com a resposta que acabara de receber, comentou com o amigo: "para viver com tanta nobreza e sabedoria você deve ter estudado muitos livros". E ouviu a seguinte explicação: "Não li muitos livros, mas apenas uma frase: - Tudo quanto, pois, quereis que os homens vos façam, assim fazei-o vós também a eles (Mt 7:12). (VIARD JR, 2018, pp. 16-17).

O que essas histórias têm em comum? Todas elas apontam para uma busca incessante de algo além. Algo que nos ajude a viver bem e ser feliz – a espiritualidade. O desejo de ser feliz e evitar o sofrimento faz parte da nossa própria natureza. Durante muito tempo, a espiritualidade e, também, a religiosidade estiveram fora dos limites de conversas em contextos da área da saúde. Por conseguinte, muitos profissionais não se sentem à vontade para discutir tais questões e os pacientes¹ reconhecem e se ressentem disso.

¹ Ao utilizar o termo "paciente", os autores desejam resgatar a etimologia primordial que remete à pessoa que passa

As necessidades espirituais, ainda hoje, são frequentemente colocadas debaixo do tapete, como se não tivessem impacto algum, fossem apenas reflexo da ignorância, fundamentalismos, fontes de conflito, algo não científico ou território apenas do profissional religioso.

Diversas evidências científicas (KOENIG, 2012; ROSMARIN; PARGAMENT; KOENIG, 2021; LUCCHETTI *et al.*, 2018; ADDISS, 2018; WEBER; PARGAMENT, 2014) contudo, apontam que o cuidado da dimensão espiritual é preponderante para que uma pessoa tenha vida longa e saudável.

Não é escopo das profissões da saúde colocar em questão a existência ou não de uma divindade ou a origem e natureza do sagrado. Isso não quer dizer que a espiritualidade e a religiosidade não sejam temas de alta relevância em relação ao processo saúde-doença-cuidado.

O ser humano, sujeito e objeto de nossa prática diária, é um ser multidimensional que se expressa, na saúde e na doença, também em sua dimensão espiritual. Como criação eminentemente humana, a religião é um fenômeno complexo, a um só tempo experiencial, psicológico, antropológico, sociológico, histórico, político, teológico e filosófico. Nas palavras de Eliade, citado por Dalgalarrrondo (2008, p. 17), para o homem religioso, o mundo existe porque foi criado pelos deuses e a existência mesma do mundo *quer dizer alguma coisa. Para o Homo religiosus, o mundo não é mudo, nem opaco, não é uma coisa inerte, sem objetivo e sem significado; o Cosmos vive e fala. Para muitos que nunca viveram as experiências íntimas, pessoais e altamente emocionais da fé religiosa, o mundo pode ser fundamentalmente opaco, provavelmente sem objetivo e cujo significado é duramente construído e destruído por nós mesmos a cada minuto.*

O vocábulo “fé” é a tradução do grego *pistise* do hebraico *aman*, amém, que remonta à raiz semítica *a-m-n*, com o sentido genérico de “merecer confiança”, “confirmar”, “apoiar” (GONÇALVES, 1966). A nossa palavra “fé” vem do termo em latim *fides*, radical de fidelidade. Fé é, pois, uma atitude de fidelidade e sintonia, como um aparelho de rádio sintonizado em alta fidelidade com a estação transmissora.

A “crença”, porém, substantivo derivado do verbo crer, não é, necessariamente, a mesma coisa que a fé. Entretanto, o substantivo latino *fides* não tem verbo e, assim, em português, temos que empregar um verbo de outro radical. Do latim *credere* fizemos “crer”, “crença” (ROHDEN, 2016). Diferentemente da fé, crenças podem ser limitantes e o que acredito posso também desacreditar.

A ausência de fé em uma divindade pessoal e providente, contudo, não exclui a possibilidade de outras formas de religiosidade. Dalgalarrrondo (2007, p. 17) chama atenção para a forma de se pensar a religião e a religiosidade de modo mais amplo:

pelo momento do adoecimento com a paciência e confiança necessária ao seu cuidador, e não somente enquanto um usuário de um determinado sistema de saúde, seja ele público ou privado. Convém ressaltar ainda que a abordagem do termo adotada nesse capítulo se aproxima da perspectiva que valoriza o protagonismo dos sujeitos/pessoas, famílias e comunidades no processo do cuidado em saúde.

A religiosidade laica seria análoga ou comparável a uma profunda admiração pelo mistério, uma atração indefinida pela dimensão poética da vida e do universo, uma percepção clara da insignificância do próprio eu e um desejo obscuro de transcendência, seja lá o que isso signifique.

Conceitualmente, parece que a “religiosidade laica” está mais próxima da noção de espiritualidade do que de religião propriamente dita. Para Dürckheim (1978), citado por Dalgalarrodo (2007, p. 22), a *religião* é um conjunto de práticas e representações revestidas de um caráter sagrado, “*um sistema solidário de crenças e práticas relativo a entidades sacras, quer dizer, separadas, proibidas; crenças e práticas que unem em uma mesma comunidade moral, chamada igreja, a todos que aderem a ela*”.

Georg Simmel (1909/1997), filósofo e sociólogo alemão, citado por Dalgalarrodo (2007), define religiosidade como um “estado” ou “necessidade” interna, assim como o conjunto de crenças ou conhecimentos que a tradição oferece na tentativa de satisfazer tal necessidade. Já o termo *espiritualidade*, segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), tem sido usado como um constructo com dimensão mais pessoal e existencial, tais como a conexão (ou uma relação) com Deus ou um poder superior e a busca individual do sagrado – um ser divino ou um senso de verdade e realidade última.

Fazem parte da espiritualidade as noções de *transcendência* e *conexidade*. *Transcendência* refere-se à ideia de um campo experiencial fora da existência material do dia a dia. *Conexidade* tem a ver com a percepção e a experiência de ligação – vínculo, com as pessoas (vivas ou mortas), com a natureza, com o cosmos, ao longo do tempo e do espaço.

A espiritualidade é uma das dimensões mais significativas da experiência humana subjetiva e cotidiana. Segundo Dürckheim, citado por Leloup (2003), em sua abordagem terapêutica, além do consciente e inconsciente, é necessário também contemplar o supraconsciente, hoje chamado transpessoal, que integra e transcende os anteriores. Para tanto, ele sugere considerar os instantes privilegiados e transcendentais de nossa existência e incluí-los desde o início na anamnese:

– Para Leloup (2003, p. 28), quais foram os momentos privilegiados de sua vida?

Há instantes [denota DÜRKHEIN] em que nos sentimos levados para fora da realidade familiar. O que experimentamos, então, parece não ser “deste” mundo. Trata-se de momentos singulares, marcados por algo maravilhoso que de repente nos toca. Tudo que vivemos está impregnado de uma qualidade particular. Uma espécie de encantamento nos torna ao mesmo tempo estranhos e absolutamente nós mesmos. É impossível dizer o que é e, aliás, se isto não fosse indizível, não seria mais “isto”.

Mesmo tratando-se de um sentido desconhecido, este inapreensível, este Totalmente Outro, é, entretanto, real, porque dele emana ‘uma força que lhe é própria. Ela banha com uma claridade e um calor singulares nossa consciência de viver. Por um instante, desligados dos poderes cotidianos, experimentamos uma impressão de extraordinária liberdade.

Dürckheim, Jung e Otto falarão, ainda, do “numinoso”: conceito derivado do latim *numen* significando emoção espiritual ou religiosa despertadora, misteriosa ou inspiradora. Designa uma qualidade de vivência em que nos é revelado o afloramento de uma outradimensão, de uma realidade que transcende a nossa consciência trivial. O que é vivido como numinoso, luz ou trevas, ameaça (ou transcende) a existência que vivemos e nos faz tremer. Nas palavras de Leloup (2003, p. 29), “do tremer erótico até o frêmito diante de Deus”.

A Espiritualidade como dimensão essencial humana pode ser experienciada, conforme apontado por Eliade (2010, p.232), citando o Purusa do Rig Veda, X, 90 “[...] como *Atman*, ele (Brahman) habita o coração do homem, o que implica a identidade entre o verdadeiro “Eu” e o ser universal.”

E também afirma *Sri Sathya Sai Baba* (2008) no discurso em Brindavan, Índia, 27 de maio de 1992:

Quando a investigação sobre a natureza do “Eu” for realizada, será descoberto que o “Eu” é a entidade onipresente, presente em cada ser vivo. Esta é a verdade da declaração védica: “*Aham Brahmaasmi* “ (Eu sou o Ser Supremo).

A Espiritualidade em seu aspecto vivencial evidencia que você, eu e o universo somos o mesmo. Dürckheim, segundo Leloup (2003), distingue quatro lugares privilegiados de *conectividade* e *transcendência*: a natureza, a arte, o encontro, o culto. Quase todos já experimentamos momentos de unidade com a “Mãe Natureza”, essa profunda “interconexão de todas as coisas” que nos revela a física contemporânea e que podemos experimentar quando somos arrebatados pela contemplação de um pôr do sol, de um céu estrelado ou de uma tempestade. A consciência dual que nos coloca insistentemente na percepção sujeito/objeto parece momentaneamente se extinguir e se revela, então, a percepção de unidade, onde o “eu”, o sol, o céu estrelado ou a tempestade somos um.

Para muitos de nós é na linguagem da arte que se manifesta o numinoso. Podemos ser então tocados pelos acordes de uma sinfonia, pelas cores e traços harmonizados numa tela ou pelo movimento contagiante de uma coreografia. Contemplando, tocando, pintando ou dançando nos tornamos um com a realidade (LELOUP; BOFF, 2012).

Há também o encontro em que o homem e a mulher se desvelam para outro ser humano. O encontro numinoso pode se iniciar apenas com um olhar. Pode começar simplesmente no nível erótico do encantamento e da sedução e ir galgando os degraus do amor, de *porneia* a *agapé*. Somos únicos e somos um, nos reconhecemos desde a eternidade num primeiro encontro no aqui e agora. E o encontro se aprofunda no vazio de si mesmo quando o Ser que nos habita saúda o Ser que habita o outro.

Para muitos, o numinoso se presentifica mais intensamente no culto e seus rituais. A beleza das imagens dos santos ou do canto litúrgico; das deidades e seus mantras; dos orixás, a dança e o som dos atabaques; das palmas e os cânticos; dos testemunhos de fé; da palavra de um texto sagrado que parece sob medida para nós; da qualidade impactante

do silêncio. A oração como atitude do coração. O numinoso também se revela nos fatos cotidianos. Num olhar ou num sorriso de criança, no brilho de um cristal, no perfume de uma flor, no milagre da crisálida, no canto de um pássaro, nas cores do arco-íris, na paz de um bebê dormindo...

Leloup (2003) enfatiza que o sofrimento, o absurdo, a solidão, a doença e a morte, contudo, são também situações existenciais numinosas, propícias à revelação do Ser. A não-dualidade com o inevitável pode transformar-se em aceitação positiva que traz em si a potência de transformar o impasse em “passagem”. Podemos passar para um lugar em nós mesmos que não sofre e que está sempre aberto e disponível para nós.

Tudo que sabemos de Deus é sempre um ser humano que o diz a partir de sua experiência descrita nas diversas tradições e culturas. Podemos ir além das linguagens das tradições e buscar vivenciar a experiência que elas nos transmitem. É dessa forma que se diferencia a via iniciática da via mística. No caminho iniciático, a graça é um estado de ser e de relação com o real absoluto, em que a experiência numinosa pode não ser apenas aleatória, mas cultivada pelo exercício e pelo trabalho bem ordenado sobre si mesmo, obtido a partir das diversas práticas e exercício da espiritualidade e/ou da religiosidade.

O caminho iniciático pode oferecer os meios concretos de conexão com o Ser essencial, a partir de exercícios indicados nas diversas tradições e parte integrante das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): uma meditação sentada (*zazen*), o desenho meditativo, o trabalho com mandalas, o canto, a dança, as artes marciais, o yoga, a ikebana, as práticas de imposição de mãos, os mantras, *mindfulness*, o serviço altruísta, e tantas outras *práxis*. Podemos ainda citar os efeitos enteógenos do uso ritual da Ayahuasca (LABATE; ARAÚJO, 2009) e de outras *plantas de poder* utilizadas em grupo de forma ritual com o potencial de facilitar a conexão com o sagrado (GROF, 2020a).

Não existe um mapa ideal do terreno do crescimento pessoal, mas existem caminhos universais pelos quais os indivíduos viajaram para atingir a felicidade. A partir de uma perspectiva espiritual, existem, essencialmente, dois caminhos para o desenvolvimento: o caminho da sabedoria e o caminho do amor. O caminho da sabedoria envolve o discernimento e a renúncia estrita. Discernimento significa decifrar entre a

verdade e a falsidade e aplicar essa percepção de acordo com o tempo e as circunstâncias (LELOUP, 2003b).

O caminho do amor requer autorrendição àquilo que É – um caminho de humildade, serviço e alegria. Ser um e o mesmo com o que é, com “Aquele que É”, com o “Eu sou” que está no mais íntimo de nós. Qualquer um desses caminhos é uma senda genuína a ser percorrida; um desafiador percurso onde terapeuta (etimologicamente, aquele que cuida), qualquer profissional ou estudante da área da saúde que se coloque neste espaço, e paciente podem se tornar companheiros evolutivos na Grande Vida que os atravessa.

A qualidade essencial de um terapeuta é saber escutar. Mais do que alguém “supostamente sábio”, o terapeuta é “supostamente capaz de ouvir”. Uma escuta

acolhedora, atenta e inclusiva, fundamento do vínculo, despertará o paciente àquele nível de escuta de si mesmo, de seu próprio mistério e potência de auto-cura – seu *mestre interior*. A este respeito, Dürckheim citado por Leloup (2003, p. 46) escreve: “O médico que é, ou gostaria de ser uma pessoa integral e deseja, por conseguinte, tratar o paciente como um ser integral, deve aprender a criar também no doente as condições que lhe permitam curar-se a partir de seu ser essencial e de testemunhá-lo no mundo”.

Estamos falando da possibilidade de cuidar da saúde; de cuidar também do que não é doente em nós. Cuidar da multidimensionalidade e complexidade que somos. Espiritualidade, saúde e bem-estar têm caminhado juntos ao longo do tempo e são inerentes à própria busca do autoconhecimento, do autocuidado e da autocura da espécie humana e confunde-se com a própria busca da felicidade.

2 | DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO BIOPSISSOCIAL-ESPIRITUAL

Desde a década de 60 existe uma extensa discussão a respeito dos conceitos de “saúde e cuidado” que, por séculos, permaneceram arraigados e centralizados na questão da doença em detrimento do ser humano em sua integralidade. Em sua publicação, Engel (1977) nos apresenta o início de uma revolução conceitual com a proposição do modelo biopsicossocial, enfatizando o bem-estar psicossocial como um fator fundamental no desenvolvimento do que seria uma saúde integral, que para ser estabelecida exigiria o desenvolvimento de uma proposta de cuidado e autocuidado ampliadas a todos os setores da vida humana.

Corroborando as ideias de Engel (*op. cit.*), observa-se um movimento de deslocamento da ideia de que o ser humano deveria buscar “sobreviver às doenças” para viver bem: inicia-se o processo de pensamento sobre o conceito de que o modelo biomédico – centrado no materialismo, no organicismo, no reducionismo e no cartesianismo – deveria avançar à direção do exercício da Promoção de Saúde, assim conceituada pela Carta de Ottawa em 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 19):

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Dentro deste contexto ampliado, diversas pesquisas já apontavam para a necessidade da inclusão de mais um aspecto crucial no entendimento de saúde, cuidado

e promoção de saúde: a espiritualidade. Assim, de Oliveira; Junges (2021, p. 469) afirmam que: Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Para ela, a espiritualidade é 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.

A partir do posicionamento favorável de muitas instituições e pesquisadores a difundir o modelo biopsicossocial e espiritual, verificamos um redirecionamento em relação ao entendimento da importância da espiritualidade no autocuidado e cuidado ao próximo, como elemento fundamental de salutogênese (MARÇAL *et al.*, 2018), sendo um elemento facilitador no estabelecimento do chamado “senso de coerência na promoção de saúde” (JONAS *et al.*, 2014, p. 83):

O senso de coerência, considerado o ponto central da resposta para a questão salutogênica de manter a saúde é composto teoricamente por três variáveis que atuam conjuntamente, permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida cotidiana: compreensibilidade (capacidade de compreender um evento), maneabilidade (percepção do potencial de manipulá-lo ou resolvê-lo) e significância (significado que se dá a esse evento).

No amplo entendimento da espiritualidade aplicada aos processos de promoção de saúde, podemos exemplificar o quanto esta dimensão pode ajudar, por exemplo, pacientes de doenças crônicas a compreender seu adoecimento, buscando dentro das práticas espirituais ferramentas de manejo dos sintomas e de sua situação perante a doença, desencadeando processos internos que podem levar a pessoa à diferentes significados e ressignificados diante da sua condição.

Dessa maneira, podemos inferir que a espiritualidade, enquanto recurso de cuidado e autocuidado, além de elemento salutogênico e de promoção de saúde, pode ser uma via de acesso a elaborações de movimentos profundos de autoconhecimento (ESPIRITO SANTO, 2010), o que por si só, podem se configurar como elementos curativos, especialmente em relação às questões psíquicas que permeiam a saúde do ser humano, como a compreensão de si mesmo e de seu papel no mundo, e do quanto a espiritualidade e sua prática efetiva, são segundo Pierre (2017, p. 40), caminhos a serem constantemente perscrutados:

A forma como se vive a espiritualidade decorre da compreensão de cada um. (...) a espiritualidade está ligada ao autoconhecimento que nos leva a conhecer a dinâmica do ego, o ser com o qual nos identificamos e cuja pedra angular se baseia na ideia de separação da Fonte. A crença que estamos separados uns dos outros e de nossa divindade, é origem de todo sofrimento. Cumpre-nos então, detectar os fatores que constituem obstáculos para que a paz e a alegria sejam uma realidade em nossa vida.

Ainda corroborando a ideia da espiritualidade enquanto um ente dinâmico na constituição do ser humano Pinto (2009, p. 77) afirma que:

O autoconhecimento é construção-desconstrução-construção paulatina e cotidiana do reconhecimento dos limites, pessoais e exteriores, sempre móveis. A autoconfiança se fundamenta na sensação de se estar em casa no mundo e se fundamenta também na autonomia e no autoconhecimento, levando à fé, matriz do sentido e do sentido último, finalidade limite da espiritualidade. Autoconhecimento, autonomia, autoconfiança e fé só são possíveis e só têm sentido no contínuo contato e na contínua troca com os outros.

É notável a importância do autoconhecimento dirigido pela espiritualidade no resgate dos vínculos próprios e internos que muitas vezes o adoecimento fragiliza; também denota-se o quanto este movimento nato do aforismo grego - “Conhece-te a ti mesmo”, talhado no pronau do Templo de Apolo em Delfos, pode propiciar o fortalecimento e formação de novos vínculos interpessoais, como por exemplo – o vínculo “profissional de saúde-paciente”, que facilitariam a elaboração e execução de estratégias de promoção de saúde, especialmente na esfera da atenção primária à saúde, coerentes com a definição estabelecida pela Declaração de Alma-Ata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; CORRÊA; MÁRCIA; GUIMARÃES MOROSINI, 2008), que na ocasião a denominou como “cuidados primários de saúde”. Neste sentido, de acordo com o Ministério da Saúde (2002, p. 33), os cuidados primários em saúde:

são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam

o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com

o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Somente por meio da educação formativa e informativa dos diferentes profissionais de saúde, especialmente os envolvidos na APS, sobre o significado da abrangência da espiritualidade como elemento de conhecimento, autoconhecimento e reconhecimento, de cuidado e autocuidado, promoção de cura e formação de vínculos amplos intra e interpessoais, é que teremos a possibilidade real da consolidação de um modelo de promoção de saúde integral e de irrestrita abrangência. É nosso dever observar que a demanda pela incorporação da dimensão espiritualidade já é fato notório e corrente entre

os usuários do SUS, o que é corroborado por diversas publicações, como a de Pinheiros e colaboradores (2019, p.72) que ressaltam:

a imprescindibilidade da inclusão da espiritualidade na avaliação clínica dos usuários das Unidades de APS, tendo por pressuposto que o preconizado vínculo "médico-paciente" poderá otimizar o acolhimento, a escuta qualificada, a compreensão pelo profissional do significado do adoecer para o paciente, bem como o estabelecimento de um plano terapêutico capaz de considerar as especificidades espirituais e religiosas do paciente, favorecendo dessa forma, o prognóstico e o enfrentamento das adversidades, somáticas ou não, decorrentes do adoecimento.

2.1 Emergência espiritual – além do “ego encapsulado na pele”

A compreensão da espiritualidade como dimensão do humano, permite também corrigir os equívocos da civilização ocidental e da psiquiatria tradicional sobre o que é normal e o que é “louco”. Experiências transpessoais como reviver episódios da vida pré-natal ou do próprio nascimento, memórias ancestrais, filogenéticas e de vidas passadas, ou encontro com seres arquetípicos e visitas a reinos arquetípicos são aspectos perfeitamente normais do espectro experiencial dos estados holotrópicos de consciência. Experienciá-los pode expandir nossa visão de mundo e eles podem ser componentes importantes no processo de abertura espiritual e transformação interior (GROF, 2020a).

Jung foi o cientista que trouxe para os círculos acadêmicos o problema das coincidências significativas que desafiam as explicações lineares do rígido determinismo da visão científica ocidental. Descreveu suas observações inovadoras em seu famoso ensaio “*Sincronicidade: um princípio de conexão acausa*”, onde discorre sobre fatos determinados pelos instintos ou pelos arquétipos e que não podem ser compreendidos mediante o princípio da causalidade (JUNG, 1952).

Jung definiu sincronicidade como “uma ocorrência simultânea de um certo estado psíquico em um ou mais eventos externos que aparecem como paralelos significativos para o estado subjetivo momentâneo”. Em sua obra, ele descreve diversas coincidências notáveis em que vários eventos da realidade estavam significativamente ligados a experiências intrapsíquicas, como sonhos e visões. Situações assim, assinala (GROF, 2020a) mostram que nossa psique pode entrar em interação lúdica com o que parece ser o mundo da matéria.

O fato de que algo assim é possível obscurece efetivamente as fronteiras entre as realidades subjetiva e objetiva. Isso pode ser muito perturbador para pessoas que têm uma grande sensação de conforto e segurança proveniente da crença de que vivem em um mundo previsível regido por leis; quaisquer experiências que desafiem essa crença podem desencadear o medo da insanidade. Tal compreensão é condição *sinequa non* para abordagem dos estados de expansão da consciência, bem como das situações de emergência espiritual.

O termo emergência espiritual cunhado por Grof e Grof (1995) alude positivamente à palavra latina *emergere* que significa “emergir”; mas, se uma situação crítica se desenvolve subitamente, é referida como uma “emergência”. Nesse contexto podemos nos referir à emergência espiritual no sentido do ideograma chinês para crise, composto por dois pictogramas – perigo e oportunidade. Uma das mais importantes implicações da pesquisa dos estados holotrópicos da consciência é a constatação de que muitas das condições atualmente diagnosticadas como psicóticas e tratadas indiscriminadamente com medicação supressiva, são na realidade estágios difíceis de uma transformação radical da personalidade e evolução da consciência. Elas também tem grande potencial heurístico (GROF; GROF, 1995).

A literatura mística em todo o mundo descreve essas crises como importantes indícios do caminho espiritual e confirma seu potencial de cura e transformação que podem ser encontradas nas histórias de vida de místicos, santos, iogues e xamãs. Desse modo, é essencial o correto diagnóstico diferencial entre as crises psicoespirituais e estados místicos descomplicados, e os fenômenos psicopatológicos. As experiências de emergência espiritual possuem o potencial de nos ajudar, nas palavras de Alan Watts, citado por Grof (2020a), a romper o “*tabu de conhecermos quem somos*” e perceber que não somos “*egos encapsulados na pele*” e que, em última análise, somos equivalentes ao princípio cósmico criativo em si e a espiritualidade um aspecto vital, que dá sentido a existência humana.

Precisamos ir além da suposição metafísica básica de que a consciência humana é apenas o produto de processos neurofisiológicos no cérebro e está totalmente contida dentro do crânio. Até hoje essa pressuposição herdada da filosofia e ciência do século XVII, tem sido imune às diversas descobertas das pesquisas da consciência da psicologia transpessoal e mesmo da física quântica relativista (GROF, 2020b).

A incorporação à academia do tema saúde e espiritualidade, felizmente vem mudando esse paradigma em todo o mundo, considerando que preconceitos e dogmas não devem mais existir na ciência. No estado ordinário (“normal”) de consciência, experimentamos a nós mesmos como existindo dentro dos limites do corpo físico (a imagem corporal), e nossa percepção de mundo externo é restrita ao alcance de nossos órgãos sensoriais. Nossa percepção de realidade também é claramente definida pelas categorias de espaço tridimensional e tempo linear. Experimentamos, assim, somente a nossa situação atual e ambiente físico imediato; recordamos eventos passados e antecipamos ou fantasiemos sobre o futuro. No estado ordinário de consciência, experimentamos a nós mesmos como objetos materiais separados do resto do mundo pela nossa pele – identificação com o *ego encapsulado na pele*.

Habitualmente não podemos sem utilizar a tecnologia, ver objetos dos quais estamos separados por uma sólida parede opaca, ouvir o que nossos amigos estão conversando em outra cidade, descrever com detalhes os eventos do centro cirúrgico se estamos em coma, ou durante uma experiência de quase morte.

Nos estados transpessoais de consciência, nenhuma das limitações acima é absoluta; qualquer uma delas pode ser transcendida. Segundo Grof (2020b), o espectro de experiências transpessoais é extremamente rico e inclui fenômenos de vários níveis de consciência diferentes, como Transcendência de Barreiras Espaciais, Transcendência de Barreiras Temporais, Exploração Experiencial do Micromundo, Extensão Experiencial além do Espaço-Tempo e da Realidade Consensual e Experiências Transpessoais de Natureza Psicóide.

As necessidades humanas incluem mais do que necessidades materiais e só poderão ser satisfeitas a partir de uma mudança radical na forma de perceber e viver no mundo. A sensação de conexidade e pertencimento à natureza, e a incorporação de experiências que transcendem a realidade consensual está presente na raiz de todas as tradições espirituais. É urgente reconhecer, resgatar e experienciar a interconexidade de toda a teia da vida, onde a humanidade faz parte de uma totalidade viva mais ampla. Nós não existimos, apenas coexistimos junto com outros seres com os quais mantemos relações de troca de inter-retro-dependência no micro e no macrocosmo. Nas palavras de Hanh (2000, p.14) nós *inter-somos*:

Se você for um poeta, verá claramente que há uma nuvem flutuando nesta folha de papel. Sem uma nuvem, não haverá chuva; sem chuva, as árvores não podem crescer e, sem árvores, não podemos fazer papel. Se olharmos mais profundamente ainda, vamos poder ver os raios de sol, o lenhador que cortou a árvore, o trigo que o alimentou na forma de pão e o pai e a mãe do lenhador. Sem todas essas coisas, esta folha de papel não pode existir. Na verdade, não podemos apontar para nada que não esteja aqui – tempo, espaço, a terra, a chuva, os minerais e o solo, os raios de sol, a nuvem, o rio, o calor e a mente. Todas as coisas co-existem com esta folha de papel. Assim podemos afirmar que a nuvem e a folha de papel “intersão”. Nós não podemos ser apenas nós mesmos; nós temos de interser com todas as demais coisas.

2.2 Espiritualidade como Recurso Terapêutico e Objetivo de Ensino-Aprendizagem

Entre as possibilidades de aplicações práticas da espiritualidade no contexto do tratamento, reabilitação, prevenção e promoção de saúde poderíamos pensar em sua inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente pelo seu posicionamento privilegiado dentro do SUS e também por se configurar como fundamental no empoderamento da atenção básica (AB).

Pragmaticamente, a espiritualidade, em seu senso mais amplo e com bases científicas, respeitando todas as crenças e ritos, valorizando seus potenciais terapêuticos, poderia ser mais bem explicada e exemplificada aos profissionais da linha de frente da AB, que a partir de um maior conhecimento e valorização deste constructo poderiam estabelecer um ambiente otimizado de atendimento e relação com a população alvo de

seus cuidados. Com a finalidade de corroborar esta ação também poderiam ser pensadas atitudes proativas e convergentes entre os equipamentos de saúde e unidades religiosas pertencentes a uma determinada região, de modo que todos pudessem se sentir mais seguros de que o cuidado espiritual e o cuidado à saúde estão alinhados e mutuamente se apoiam, configurando-se também, como exemplos de alteridade e cooperação no estabelecimento de práticas efetivas de promoção de saúde integral e potentes agentes transformadores das realidades, tanto nos âmbitos micro quanto macrorregionais.

Ao se pensar em tecnologias de cuidado à saúde que poderiam ser empregadas e ensinadas como elementos terapêuticos aos profissionais de saúde componentes da ESF e usuários do sistema, poderíamos cogitar um emprego mais amplo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), incluindo a Espiritualidade/Religiosidade na construção de um sentido de cuidado e autocuidado.

Nesse contexto, verificamos que estudos, como os conduzidos e descritos por Koenig (2012), sugerem que a avaliação das necessidades espirituais do paciente tem implicações diagnósticas e terapêuticas diretas, que justificam que o profissional de saúde tome um certo (e pequeno) tempo para atender a essa necessidade - o que traz um grande alento e aumento do vínculo e da confiança na relação profissional-paciente. Koenig (2012) aponta que os motivos são diversos:

- pacientes religiosos quando enfermos e com grande sofrimento, tendem a vivenciar, caladamente, diversos conflitos religiosos, perguntando-se por que Deus não estava respondendo às suas preces, por que permitia que sofresse tanto, se tinha feito algo de errado para merecer isso, por que seus amigos de igreja pararam de ligar? (nada disso é mencionado se não existe abertura para o tema)
- Pesquisas pós-hospitalização revelam que o lapso em atender a necessidades emocionais e espirituais é uma das mais frequentes reclamações.
- A religião influencia a capacidade do paciente de enfrentar a doença, podendo ser importante aliada na tomada de decisão de cooperar com o tratamento planejado e aderir às terapias médicas, principalmente nas enfermidades crônicas.
- Considerando os efeitos adversos do estresse e suas repercussões imunológicas, endócrinas e cardiovasculares, verifica-se que a religião através de suas práticas, possa reduzir bastante esses danos.
- As crenças e os rituais religiosos podem entrar em conflito com ou de alguma maneira influenciar as decisões profissionais tomadas pelos pacientes, sobretudo quando estão com doenças graves.

Como profissionais de saúde podem integrar espiritualidade no atendimento ao paciente de forma sensível e sensata? Aprendendo a lidar com esse tema! Propomos que no âmbito da APS, os alunos no início das diferentes graduações em saúde, possam ser orientados por seus professores/tutores a fazer o levantamento do *histórico espiritual*,

a fim de valorizar e aprender a lidar com esse tema, fortalecendo o vínculo e criando disponibilidade para uma escuta inclusiva e acolhedora contemplando a dimensão espiritual do humano.

Segundo Koenig (2012), o histórico espiritual pode ser bastante breve e não deve levar mais do que dois ou três minutos. Para tanto, desenvolveu uma avaliação do histórico espiritual para pacientes clínicos (chamado CSI-MEMO) que consiste das seguintes questões:

Suas crenças religiosas/espirituais oferecem conforto ou são uma fonte de estresse?

Você tem crenças espirituais que possam influenciar suas decisões médicas?

Você é membro de alguma comunidade espiritual, e ela oferece suporte a você?

Você tem alguma outra necessidade espiritual que gostaria de ser atendida por alguém?

As respostas do histórico espiritual devem ser documentadas e fazer parte da narrativa do estudante em sua prática de campo. Além disso, devemos levar em conta que esse levantamento histórico espiritual, tem um alto potencial terapêutico, seja por meio da escuta qualificada do paciente, seja da retomada através da memória de que a espiritualidade que se volta ao cuidado apresenta raízes profundas.

Fundamentada nos saberes populares, muitos deles advindos dos primórdios da construção da sociedade brasileira e sua miscigenação, não apenas étnica e cultural, mas também de suas tradições e práticas espirituais, onde o catolicismo dos colonizadores europeus se integrou às práticas oriundas do continente africano através dos povos escravizados e que, mais tarde, se somou às crenças de diversos grupos imigrantes, especialmente os de origem oriental, como os japoneses (ROMÃO, 2018).

Levando em conta a natureza reflexiva e exploratória deste capítulo, convidamos o leitor a conhecer um pouco mais sobre como duas dessas vertentes religiosas, expressivas em relação ao número de seus adeptos/praticantes que trabalham dentro de seus respectivos contextos o binômio saúde-espiritualidade. São elas, as religiões de matriz africana, em especial o Candomblé e a Umbanda, e a religião Messiânica, praticada pela Igreja Messiânica Mundial (IMM).

2.3 A vivência individual do divino e os desafios da dimensão sociocomunitária e cultural de sua manifestação: a igreja messiânica e as religiões afro-brasileiras na rede básica de saúde

O Brasil é um país que se caracteriza pelo profundo espírito religioso de sua população, pela pluralidade religiosa em seu momento atual e pelo fenômeno do sincretismo religioso em função de sua história. No último censo de 2010, observamos a quantidade de diferentes religiões estabelecidas e o grande número de adeptos de cada uma delas.

Quadro 1: Dados sobre número de adeptos religiosos segundo religião extraído do censo demográfico IBGE 2010. (IBGE, 2010):

Religião	Número de pessoas
Igreja Católica	123.972.524
Igrejas Evangélicas	42.275.440
Espírita (kardecista)	3.848.876
Umbanda	407.331
Budista	243.966
Candomblé	167.363
Judaísmo	107.329
Igreja Messiânica Brasileira	103.716
Outras religiões orientais	52.235
Islâmica	35.167
Outras religiões afro-brasileiras	14.103
Múltiplo pertencimento religioso	643.598
Sem religião	15.335.510

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>(IBGE, 2010).

Como pode ser observado, as três religiões que possuem mais de um milhão de adeptos são, respectivamente, a católica, a evangélica e o espiritismo, o que condiz com os aspectos históricos, sociais e econômicos do país. As religiões obedecem a ações litúrgicas e as leituras sagradas para despertar nos fiéis o fortalecimento de fé e a crença em seres superiores invisíveis. Várias tem em sua essência orientações que contribuem para uma mudança no estilo de vida, adquirindo assim mais saúde além do fortalecimento religioso/espiritual.

Dados do IBGE (2010) apontam que, juntando a umbanda e o candomblé sob o guarda-chuva de religiões afro-brasileiras, chega-se ao montante de 574.694, ao mesmo tempo em que se considerar as demais religiões que assim se denominam alcança-se o número de 588.797.

Por sua vez, a Igreja Messiânica possui 103.716 e se somar este número às outras religiões que possuem proximidades geográficas de origem e alguma relação filosófica,

como o budismo e outras de origem oriental, chega-se a 399.917 fiéis. Em publicação recente a Igreja Messiânica Mundial do Brasil (2021) informa a existência de cerca de 1 milhão e oitocentos mil seguidores, sendo 500.000 ministrantes de Johrei.

Neste capítulo vamos nos ater em especial a duas vertentes religiosas, a saber: as Novas Religiões Orientais (NRO) e as religiões afro-brasileiras, por representarem um número considerável de adeptos que podem procurar a APS e ainda porque ambas se baseiam em orientações práticas de conhecimentos tradicionais e ações que constituem elementos terapêuticos para a promoção de saúde e prevenção de doenças, além dos cuidados para elevação da espiritualidade e o fortalecimento da fé.

2.4 A Igreja Messiânica e as Religiões Afro-brasileiras: suas definições e histórias

Oficialmente, as religiões japonesas são divididas em dois grandes grupos, quais sejam, as religiões estabelecidas e oficiais, Budismo e Xintoísmo, e as chamadas novas religiões orientais (NRO), que surgiram a partir do final do séc. XIX e início do séc. XX. O movimento de expansão das novas religiões japonesas no Brasil teve início com a vinda dos primeiros migrantes japoneses para o país. Muitos dos migrantes e seus familiares eram membros de grupos das novas religiões, tais como Omotokyo, Tenrikyo, Seicho-nole, Igreja Messiânica e SokaGakkai, entre outras (GODOY; CASTILHO, 2007).

A partir da década de sessentado mesmo século, as novas religiões japonesas iniciaram o processo de expansão de suas atividades para além dos limites da comunidade nipo-brasileira. Desde então, os grupos têm alcançado adeptos e seus elementos doutrinários foram incorporados ao cenário da diversidade religiosa brasileira. A Igreja Messiânica surgiu no Japão em 1935 através de seu fundador Mokiti Okada. No Brasil foi iniciada em 1955 por meio do trabalho de divulgação de pioneiros japoneses e era restrita inicialmente aos descendentes da comunidade japonesa. Em 1962, instala-se a Sede Central e então a expansão da doutrina para os brasileiros.

No que tange às religiões afro-brasileiras, deve-se destacar que, sob este nome, têm-se um conjunto de grupos e comunidades religiosas que possuem, em maior ou menor grau, relação com a África e, simultaneamente com o Brasil, o que traz, para a análise, uma complexidade considerável e de não fácil enfrentamento. Esta complexidade se refere tanto ao fato desta nomenclatura conter radicais que não expressem necessariamente totalidades (religiões, afro e brasileira), quanto expressar um encontro entre realidades distintas, o que sempre significa a incidência de questões como diálogo, poder, cultura, ideologia, organização social, violência física, violência simbólica e evolução histórica, dentre outras questões que poderiam ser apontadas (AMARAL; SILVA, 2006).

Logo, deve ser ressaltado que sob este manto, encontram-se um conjunto variado de grupos religiosos, de histórias institucionais, de maior proximidade ou afastamento à

religiosidade popular ou à religiosidade hegemônica, de tentativa de reafricanização de suas práticas, de superação de preconceitos e de enfrentamento da sociedade e do próprio Estado como possibilidade de continuidade de professar e de praticar sua religião. Como exemplos destas religiões, podem ser citadas o Candomblé, em suas diferentes nações, como a Ketu, a Jeje e a Angola, a Umbanda, também com suas diferentes facetas, como as Bantus, a Omolokô, a Sagrada e as que se denominam como ligadas à tradição do Zélio de Moraes, dentre outras que poderiam ser citadas, além do Xangô, em Pernambuco, do Tambor de Mina, no Maranhão, e do Batuque, no Rio Grande do Sul, por exemplo (CARNEIRO, 2008; OLIVEIRA, 2008).

Para os efeitos deste texto, serão abordadas somente o Candomblé, com maior ênfase na nação Ketu, e a Umbanda, de modo que se possa ser o mais específico possível, embora ambas já se configurem como um vasto universo. A partir deste momento, então, quando este texto utilizar a expressão *religiões afro-brasileiras* está se referindo, especificamente, à nação Ketu do candomblé e à umbanda, ainda que se reconheça que sob estes títulos há um universo que não será completamente abordado aqui ou que se reconheça, ainda, que diferentes aspectos abordados podem ser aplicados a outras religiões desta matriz.

2.5 Potencialidades e desafios da inclusão da Igreja Messiânica e das Religiões Afro-brasileiras no sistema de saúde: crenças e aspectos a serem observados e respeitados

2.5.1 Igreja Messiânica – um exemplo das novas religiões orientais

De um ponto de vista sociológico, a bibliografia acadêmica assinala o caráter atrativo das NRO por não enfatizarem a culpa e o pecado, fato também frequentemente mencionado pelos fiéis. As NRO são consideradas como o principal e mais forte movimento religioso de seu país de origem (Japão) e a mais influente contribuição espiritual da colônia japonesa à sociedade brasileira (TOMITA, 2016).

Consideram-se fundamentais as crenças sobre o destino, as relações humanas e o bem-estar pessoal centralizados na concepção de um poder espiritual e moral que deriva das próprias capacidades dos indivíduos mediante a concepção de um eu interior, eu divinizado. A natureza humana é entendida por um substrato divino que se torna a base e também o incentivo para que, através de um esforço consciente, o homem possa revelar suas inerentes capacidades espirituais. Estas considerações implicam em uma ênfase dada na cura pela fé e no destaque do papel do pensamento positivo em transcender a matéria.

Duas abordagens decorrem desta faceta. A primeira é a visão do homem ter em si uma natureza boa e ser o mal uma impureza. Na segunda, ordena-se um sentido de orientação na mudança de atitudes e de pensamentos do adepto, relacionado à sua participação em cerimônias que centralizam valores de purificação.

Segundo Okada (1996, p. 3) a missão da sua filosofia está contida no texto que segue:

Ao longo de três mil anos, a humanidade veio se afastando cada vez mais da Lei da Natureza (...). Movido pelo materialismo, que o faz acreditar apenas naquilo que vê, e pelo egoísmo, que o leva a agir de acordo com sua própria conveniência, o homem tornou-se prisioneiro de uma ambição desmedida e inconsequente e vem destruindo o equilíbrio do planeta, criando para si e seu semelhante, desarmonia e infelicidade. As graves consequências do desrespeito às Leis Naturais podem ser verificadas na agricultura, na saúde, na educação, na arte, no meio ambiente, na política, na economia e em todos os demais campos da atividade humana. Essa situação já chegou ao seu limite. Se continuar agindo assim, é certo que o homem acabará destruindo o planeta e a si mesmo. A Filosofia de Mokiti Okada tem objetivo de despertar a humanidade, alertando-a para essa triste realidade. Ela cultiva o espiritualismo e o altruísmo, faz o homem crer no invisível e ensina que existem espírito e sentimento não só no ser humano, mas também nos animais, nos vegetais e nos demais seres. A Difusão do Johrei, o desenvolvimento da Agricultura Natural e a divulgação do Belo são práticas básicas da filosofia de Mokiti Okada, capazes de transformar as pessoas materialistas em espiritualistas e as egoístas em altruístas, restituindo ao planeta seu equilíbrio original. Seu objetivo final é reconduzir a humanidade a uma vida concorde com a Lei da Natureza e construir uma nova civilização, alicerçada na verdadeira saúde, na prosperidade e na paz.

2.5.2 Religiões Afro-brasileiras: o candomblé e a umbanda em questão

Frente a isto, qual é o primeiro desafio no acolhimento das pessoas destas religiões, independente de qual seja, nas unidades básicas de saúde? Aponta-se, sem medo de equívocos, que é a superação do preconceito religioso por parte dos profissionais de saúde e das pessoas que as frequentam, em especial se os fiéis utilizarem vestuários e objetos que os identifiquem como tais, o que é frequente. Limitando-se a uma análise rápida e restringindo-se à cidade do Rio de Janeiro, pode-se observar uma crescente hostilidade a estas religiões nos últimos anos, com destaque para dois eventos.

O primeiro se refere à violência perpetrada através de uma pedra contra a menina Keylane Campos, de 11 anos e candomblecista, na saída de um ritual religioso no dia 14/06/2015. A vítima, além do ferimento físico resultante da situação, descreveu que será difícil esquecer a situação e que a revive constantemente (G1 - MENINA VÍTIMA DE INTOLERÂNCIA RELIGIOSA DIZ QUE VAI SER DIFÍCIL ESQUECER PEDRADA -

NOTÍCIAS EM RIO DE JANEIRO, [s. d.]) . O segundo, publicado pelo jornal Extra (2021) nos primeiros dias do ano em curso, mostra o crescimento do Complexo de Israel, conjunto de favelas da Zona Norte do Rio controlado por traficantes e milicianos que se dizem evangélicos e proíbem a prática das religiões afro-brasileiras (SOARES, 2021).

Além disto, ao lado de ações como as citadas no parágrafo anterior e também levada a cabo pelos organismos do Estado até um passado bem recente, Silva e Serejo

(2017) julgado pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região, no campo jurídico brasileiro e na reafirmação de formas de intolerância religiosa praticadas pelo neopentecostalismo contra as religiões afro-brasileiras. Para tal, descreve um breve histórico da perseguição às religiões afro-brasileiras e conduz a uma reflexão sobre o subjetivismo dos julgadores diante da apreciação dos casos concretos como vetor do agravamento de desigualdades substanciais. Utiliza-se a abordagem de avaliação qualitativa de um estudo de caso e como procedimento metodológico a análise documental de peças judiciais constante dos autos eletrônicos do sítio do Ministério Público Federal e Justiça Federal (petição inicial do MPF, decisão liminar da 4ª Vara Federal da Bahia e os votos da 6ª Turma do TRF-1 apontam, baseando-se em Prandi, que estas religiões são alvo de desconfiança por parte das pessoas e que ocupa um lugar secundário e desprezado na organização social, ganhando, ainda, os adjetivos de cultos bárbaros, primitivos e ameaçadores. Em função de todo este quadro complexo e mesmo considerando a religiosidade dos profissionais de saúde, torna-se necessário a construção de um espaço de liberdade e de ação laica em que se permita que os religiosos de matriz africana tenham o direito de frequentar as unidades de saúde sem nenhum tipo de constrangimento.

Deve-se, ainda, problematizar com os profissionais o sentido de frases ditas de maneira frequente, mas que se constituem como racismo religioso, como “chuta que é macumba”, “sua macumba não pega”, “se macumba funcionasse campeonato baiano só terminava empatado”, “Exu é diabo”, “vocês não fazem o mal, não é?” e por aí em sequência. Esta problematização tem o objetivo de impedir o uso de tais expressões na sociedade de um modo geral, mas em especial nos contextos institucionais.

Frente a este contexto, considera-se importante apresentar dois marcos legais no que tange à proteção do pensamento, da prática e das comunidades religiosas, sendo o primeiro a própria Constituição Federal de 1988 (ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1988, 1988) que inclui a liberdade religiosa como um dos seus princípios, nos incisos VI, VII e VIII do artigo 5º, prevendo três dimensões principais desta liberdade, quais sejam, a de crença, a de culto e a de organização religiosa. O segundo refere-se à lei 9.459, de 13/05/1997 (BRASIL, 1997), que trata de situações de discriminação, ofensa e injúria em função da raça, cor, etnia, procedência nacional ou religião. A punição estabelecida nesta lei é de um a três anos de reclusão e aplicação de multa.

Os profissionais de saúde devem estar atentos em função das recorrentes situações de intolerância com pessoas que compõem, em especial, religiões afro-brasileiras, bem como as também recorrentes situações de destruição de seus locais de culto. A unidade de saúde pode se constituir como um espaço de cidadania e de construção do respeito às diferenças como forma de convivência social, valorizando a cultura afrodiaspórica e resgatando a dívida histórica que se tem com a população negra, sua religião, sua história e sua cultura.

A segunda questão que se coloca neste processo de acolhimento e criação de vínculo na rede básica, é a clareza de que estas religiões podem ser consideradas como

integradoras do homem ao seu ambiente natural e espiritual, assim como elas superam, em grande parte, a clássica separação religiosa ocidental entre o sagrado e o profano. Neste sentido, há uma globalidade da concepção do homem e do seu desenvolvimento em sua história de vida e no da humanidade, em que o Divino, a natureza, o humano e a cultura interagem como forma de manutenção de equilíbrio que promove a saúde, o bem-estar, a esperança e a possibilidade de viver e de deixar viver.

A terceira é que, desta forma, o acolhimento e o atendimento devem incluir um diálogo que absorva, além das queixas objetivas, uma profunda abertura para as construções simbólicas e religiosas que as pessoas possuem, inclusive aquelas em que se crê na interferência do mundo espiritual na realidade concreta humana. No caso das religiões afro-brasileiras em que se tem preceitos importantes a serem obedecidos, acessos a oráculos em que os deuses são consultados, possibilidades de diálogo com pessoas em transe em que se acredita serem entidades que ajudam na construção de sentido diante da realidade e as crenças em um encontro importante entre a realidade transcendente e os desafios da vida humana. Estes aspectos possuem importância porque aumenta a possibilidade de adesão à terapia, da construção de aliança de saberes e de melhor possibilidade de êxito na educação em saúde.

Este diálogo e esta aliança de saberes, entre os profissionais e os fiéis de religiões afro-brasileiras no âmbito das unidades de saúde, devem se dar no reconhecimento de duas lógicas distintas que consolidam dois universos diferentes: o primeiro universo é organizado pela lógica científica e técnica, mas reconhece que os profissionais também possuem suas crenças próprias e são perpassados pelo senso comum que o circundam, enquanto o segundo se organiza ao redor da teológico-experiencial, mas também é atravessado pela ciência e pela técnica, na dependência da formação acadêmica ou profissional ou do acesso à difusão científica, tão comum nos dias atuais.

Por isto, é fundamental um encontro e a construção de uma relação em que cada ator social exponha as potencialidades de ambas em uma determinada situação e consiga, sobre elas, construir uma síntese criativa e plural para os dramas da existência humana.

Na esteira desta discussão, Ferretti (2003) aponta que é necessário atentar para a lógica da explicação das situações de saúde e da doença no seio destas religiões que, de maneira muito sintetizada, referem-se ao físico ou ao espiritual. As doenças físicas são aquelas que possuem diagnóstico na comunidade biomédica e científica e requerem atenção especializada, embora sua solução nem sempre prescindia de outras formas de saber, mas sem o abandono dos recursos e da eficácia do sistema de saúde oficial. A espiritual, por sua vez, possui as manifestações somáticas ou psicológicas que nem sempre possuem correspondência com o funcionamento sistêmico do organismo, mas que é compreendida por seus códigos simbólicos, religiosos e espirituais pelos sacerdotes de uma comunidade religiosa que, para ela, possuem indicações e encaminhamentos de resolução.

Esta autora ainda complementa, tornando a situação um pouco mais complexa, ao dizer que “as doenças nunca são consideradas exclusivamente físicas ou espirituais, os

doentes que procuram os terreiros [...] podem ser tratados ao mesmo tempo por clínicos e por especialistas religiosos” (p. 1). Desta maneira, reforça-se, ainda mais, a necessidade do diálogo e da construção da síntese entre os profissionais e os fiéis para conseguirem oferecer respostas complexas para o complexo fenômeno do processo saúde-doença.

2.5.3 Os aspectos práticos de ambas as comunidades religiosas que os profissionais de saúde devem ficar atentos para inclusão no cotidiano das unidades

Com relação à Igreja Messiânica destaca-se a importância do Johrei. O Johrei é um método de canalização de energia espiritual (Luz Divina), para purificação do espírito, capaz de transformar as desarmonias espiritual e material em harmonia. Quando o homem tem pensamentos, palavras e ações que contrariam sua verdadeira natureza altruísta e espiritualista, ele acumula impurezas em seu corpo e em seu espírito, fazendo com que as doenças, os conflitos e as dificuldades financeiras aumentem.

De acordo Okada (2018a, p. 152), o Johrei purifica o espírito e desperta a verdadeira natureza divina do homem, restabelecendo seu equilíbrio original. Logo, dizemos que o Johrei é um método de criar felicidade:

Embora possa parecer que o Johrei da nossa religião tem por objetivo a cura das doenças, na verdade, não é só isso. Ele tem um significado muito maior... Em poucas palavras, poderíamos dizer que ele é um método de criar felicidade.

O messiânico qualificado para ministrar Johrei, transmite a energia espiritual ao seu semelhante por meio da imposição das mãos. A vibração do Johrei atua no espírito e se reflete no corpo trazendo bem-estar espiritual, mental e físico, independentemente da crença do recebedor.

Em uma revisão sistemática (SOUZA ALVES; OLIVEIRA CRUZ; VALADARES TRIPPO, 2017) foram encontrados efeitos terapêuticos do Johrei sob o estresse, ansiedade, depressão, sensação de bem-estar, na modulação da função imunológica, nos sintomas dolorosos, no incremento das ondas α no córtex frontal e central do cérebro e na melhora da condição do sono; bem como efeitos físico-químicos e fisiológicos relacionados à cristalização de cristais de sacarose, ao comportamento hidrodinâmico da água e à viabilidade de células cancerígenas de diferentes linhagens. Dessa forma, o Johrei pode vir a contribuir como uma terapia complementar e integrativa na fisioterapia e demais áreas da saúde. (NAITO *et al.*, 2003; REECE *et al.*, 2005; TAFT; MOORE; YOUNT, 2005).

Além do Johrei, podem ser ressaltadas o papel da agricultura e alimentação natural, que tem seu fundamento na Verdade da Lei da Natureza e caracteriza-se por dar vida à missão do solo, mantendo-o puro. É justamente a pureza do solo que lhe permite produzir alimentos saudáveis com elevada energia vital. Para Mokiti Okada, o termo “agricultor” significa “tesouro”, realçando, dessa forma, a importância do agricultor para a sociedade.

Afinal, se os agricultores não produzissem os alimentos, os consumidores estariam em apuros. Ele ensina que é a energia vital dos alimentos que sustenta o espírito do homem; analogamente, a parte material deste é que sustenta o corpo. Portanto, a fonte da vitalidade humana está no provimento da energia vital: a força ou a fraqueza do corpo estão relacionadas ao maior ou menor fornecimento desta energia.

A prática da Agricultura Natural contribui para o consumo de produtos com elevada energia vital, fundamentais para preservar e melhorar a saúde do ser humano. Associado ao estudo e prática da agricultura natural, existe o incentivo do consumo desses produtos, na adoção de hábitos saudáveis que promovam a verdadeira saúde. É um estilo de vida que proporciona um olhar abrangente para os vários aspectos relacionados à alimentação. Além dos já citados, pode-se apontar ainda uma dimensão estética, através do belo.

“O Belo não é simplesmente uma satisfação individual, mas também o que causa uma sensação agradável aos outros; assim, podemos dizer que é uma espécie de boa ação” (OKADA, 2018B, p.90).

Ou seja, a arte, que é uma manifestação do Belo não é apenas um deleite para os olhos do ser humano, mas também a materialização da sensibilidade espiritual humana e expressão dos sentimentos de bem por meio das composições que o artista cria.

Independentemente dos métodos anteriores - Johrei e Agricultura natural -, é de extrema urgência elevar o espírito das pessoas através do Belo. Quando falamos sobre o conceito de Arte, não podemos segregá-lo dos conceitos religiosos, pois essa transcendência está intimamente relacionada com o sentimento de salvação e construção de um mundo livre dos males que agridem o ser humano. É importante esclarecer que a Arte, apesar de sua íntima ligação com a religião, não se limita a artigos religiosos ou símbolos sagrados. Antes, Meishu-Sama procura, por meio da espiritualidade, elevar os sentimentos e o caráter do ser humano.

Neste sentido, destaca-se a importância de se “enobrecer os sentimentos do homem e enriquecer-lhe a vida, proporcionando-lhe alegria e sentido, é a missão da Arte, a qual assume uma posição na sociedade até hoje inimaginável”(OKADA, 2018b).

No que tange às religiões afro-brasileiras, os aspectos que devem ser abordados e enfocados pelos profissionais se referem a algumas questões práticas que serão colocadas a seguir:

É importante que as unidades básicas de saúde conheçam de maneira importante os pontos de apoio da comunidade onde se inserem, e isto inclui, de maneira privilegiada, os templos religiosos, como os terreiros de candomblé e de umbanda (ou os espaços de outras religiões afro-brasileiras);

Neste mesmo sentido, as hierarquias religiosas são relações importantes que devem ser mantidas com vistas à colaboração mútuas e à possibilidade de auxílio em sínteses pertinentes diante de casos concretos de adoecimento de pessoas que confessam o mesmo credo;

A verificação da possibilidade de inclusão de uso de ervas no tratamento estabelecido, de modo que se permita a criação de uma familiaridade em sua introdução no cotidiano, superando as características que às vezes apresenta, como as de invasores simbólicos e culturais;

A atenção aos preceitos alimentares que são frequentes nestas religiões, de modo que não se indique o que não é permitido ou se desestime o que é autorizado;

A construção de uma agenda de consultas e atendimentos que possam ser negociados com o calendário da comunidade religiosa, de modo que o paciente possa ter melhores possibilidades de aproveitamento em ambos os locais;

o estímulo à cultura religiosa com matriz africana e a valorização de seus vestuários, adereços e costumes, como forma de diminuir o preconceito e a discriminação; e

a construção de uma equipe multiprofissional, que inclua as lideranças religiosas, para se discutir os principais problemas de saúde da comunidade e a construção de soluções comunitárias e coletivas, dentre outras que poderiam ser citadas.

Há muitos desafios no atendimento às pessoas que professam as religiões de matriz africana no Brasil e estes desafios são históricos, sociais, culturais, simbólicos, políticos e pessoais. Tudo isto atravessando dois sujeitos (usuários e profissionais) que se encontram no âmbito da unidade de saúde para olharem para a realidade humana da saúde, da doença e da morte, ambos com suas construções singulares e suas visões de mundo. Mesmo se caracterizando como um desafio complexo e bastante amplo, o diálogo franco, a capacidade de ouvir, a abertura ao outro e à sua alteridade e o respeito irrestrito como a base de um acordo de convivência podem ser pontapés iniciais promissores para maior nível de saúde, elevação da qualidade de vida e diminuição das agressões e agravamentos dos processos mórbidos, além de representar um crescimento subjetivo e intersubjetivo para ambos.

Ambas as comunidades religiosas possuem uma visão integral e integralizante do ser humano, inserindo-o em seu meio natural, espiritual, cosmológico e ancestral. Elas mantêm forças espirituais e psíquicas a partir do passado de suas comunidades, bem como de suas origens, permitindo uma ressignificação do presente e do futuro a partir da esperança e das crenças em suas divindades e nas relações que elas estabelecem com o ser humano.

Outros aspectos comuns em ambas é a importância da alimentação, a consideração da energia ou do axé como elementos importantes da cosmologia e cosmogonia religiosas e a inclusão do belo como uma visão divina que perpassa a realidade e a eleva ao grau de místico e de divino. Estes são também aspectos que os profissionais devem considerar quando atender os pacientes que as professam no contexto das unidades básicas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA CONCLUSÃO PARCIAL E MUITAS PROVOCAÇÕES

A espiritualidade e a religiosidade efetivamente se constituem como elementos salutogênicos que podem ser exercidos tanto nos âmbitos pessoais como coletivos, nas esferas familiares e institucionais, sobretudo na APS. Os constructos espiritualidade e religiosidade são geradores de saúde multidimensional (biológica, psicológica, social e espiritual) e atuam não apenas para oferecer possibilidades alternativas e complementares de atenção à vida, mas também podem e devem ser utilizados como recurso terapêutico, preventivo, paliativo e na promoção da saúde integral.

A espiritualidade e a religiosidade oferecem, em suas essências, a oportunidade da reflexão para todos, de um modo geral, e para os profissionais de saúde, em específico, sobre perguntas que constantemente surgem na vida do ser humano, sobretudo no transcorrer da formação e cotidiano dos profissionais de saúde e de cada ser que, em sua paciência de ser paciente, passa pelo processo do adoecimento: “O que é realmente a vida?”; “Qual o seu sentido e significado?”; “Quem sou eu, quem somos nós, o que somos?”; e, talvez, a mais angustiante de todas as indagações existenciais: “Para onde vou ou para onde desejo ir?”.

Tais inquietações tem a capacidade de promulgar, para além da vontade do conhecimento e autoconhecimento, um conhecer a si mesmo que por uma rota natural desperta o sentimento de autocuidado e cuidado ao próximo.

É notório o quanto a espiritualidade e a religiosidade, em seus múltiplos exercícios, formas e aplicações se constituem como uma fonte, quase inesgotável, de significados e sentidos aos acontecimentos da vida. Esses significados podem ser qualificados como “bons” ou “ruins”, ou mesmo danosos, quando produzem agravamento das entidades clínicas; porém, na maioria das vezes, manifestando-se como elementos curativos. Além disso, não podemos desconsiderar como causa de grande sofrimento, os aspectos da intolerância e violência religiosa em suas diferentes facetas.

Dessa maneira, é mister o estudo aprofundado e a abertura do profissional de saúde à temática da espiritualidade e religiosidade inseridas no contexto da saúde e do cuidado integral, não apenas por ser um tema de recorrente interesse por parte dos pacientes, mas sobretudo para que se possa compreender seus potenciais, tanto terapêuticos, quanto iatrogênicos. Somente a compreensão, o entendimento, o respeito e os mais profundos sentimentos de alteridade e empatia sobre a espiritualidade e a religiosidade de cada pessoa, de cada comunidade, poderão conduzir o profissional de saúde à utilização mais apropriada dessas dimensões no apoio ao desenvolvimento e promoção de saúde integral.

Frente a isso, destaca-se que a inserção da espiritualidade nas unidades de saúde se apresenta como uma tecnologia inovadora, relacionando-se à produção de bem-estar, ao equilíbrio emocional, à construção de sentido diante dos momentos difíceis inerentes ao

processo de viver, à melhora de diferentes indicadores clínicos e a uma maior abertura de diálogo entre profissionais e pacientes, uma vez que se penetra em um universo essencial da dimensão humana. A utilização das terapias complementares e integrativas com a adoção de práticas como preces, meditação e leitura de textos sagrados permitem práticas documentadas como eficazes por uma vasta literatura e que podem ser implementadas de maneira relativamente simples.

Há um caráter de inovação nestas práticas porque se permite oferecer caminhos terapêuticos ao mesmo tempo objetivos e simples que possuem resultados nas dimensões concretas e subjetivas das pessoas e de suas existências. De certa forma, a inclusão da espiritualidade torna a unidade de saúde mais familiar e aconchegante, bem como a terapêutica envolvida atravessada por sentidos que tendem a gerar maiores níveis de adesão, vínculo e qualidade de vida.

O contato com o sofrimento humano, a partir de uma dimensão espiritual é capaz de despertar a mais humana e a mais elevada de todas as virtudes humanas – a compaixão. Segundo Boff (2009), a compaixão é uma atitude fundamental, e como tal geradora de atos compassivos. Os enormes desafios na área da saúde vêm apontando fortemente na direção do resgate do humano nas relações interpessoais, sejam elas entre professores e estudantes, profissionais de saúde e usuários, profissionais de saúde entre seus pares ou trabalhando em equipe multiprofissional.

Equipes multi, inter, trans, ou simplesmente agrupamentos de profissionais, se fazem de pessoas que tem crenças e se constroem diariamente em relação a partir da experiência - ensaio e erro. Aí se encontram todos os problemas e também as soluções. O princípio equivocado e perverso de antagonismo entre ciência e consciência, matéria e espiritualidade que ainda norteia nosso sistema de crenças fragmentado, inclusive na saúde, no trabalho e no ensino e que era sustentado elegantemente pela academia através de suas belas teses, está mudando.

Diversos trabalhos científicos vêm resgatando a importância de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença-cuidado, onde a espiritualidade como dimensão humana não pode ficar de fora. Resgatar a dimensão espiritual na saúde é resgatar a própria saúde em si mesma, no que ela tem de melhor - a arte, o belo, o humano.

As necessidades humanas incluem mais do que necessidades materiais e só poderão ser satisfeitas a partir de uma mudança radical na forma de perceber e viver no mundo. A sensação de conexão e pertencimento à natureza está presente na raiz de todas as tradições espirituais. É urgente reconhecer e resgatar a interconexidade de toda a teia da vida, onde a humanidade faz parte de uma totalidade viva mais ampla. Nós não existimos, apenas coexistimos junto com outros seres com os quais mantemos relações de troca de inter-retro-dependência no micro e no macrocosmo. Nas palavras de Thich Nhat Hanh, nós *inter-somos*. Presente na natureza, a experiência do sagrado está sempre disponível e cada vez mais urgente para cada um de nós.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- 1) Qual ou quais os conceitos de espiritualidade estão presentes no texto?
- 2) Quais as abordagens de fé e crença são apresentadas pelos autores?
- 3) Quais são os motivos ou justificativas para que os profissionais de saúde realizem a avaliação espiritual dos seus pacientes?
- 4) Descreva a estrutura do histórico espiritual para pacientes clínicos, também conhecido como CSI-MEMO.
- 5) Aprofunde a importância do Johrei na qualidade de vida e no nível de saúde das pessoas.
- 6) Pontue pelo menos quatro ações de cuidado individual ou coletivo que os profissionais de saúde podem realizar com relação aos fiéis das religiões afro- brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDISS, D. G. Spiritual Themes and Challenges in Global Health. **Journal of Medical Humanities**, v. 39, n. 3, p. 337–348, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10912-015-9378-9>. Acesso em: 29 jun. 2021.

AMARAL, R.; SILVA, V. G. Da. Religiões afro-brasileiras e cultura nacional : uma etnografia em hipermídia. **Revista pós ciencias sociais**, v. 3, n. 6, p. 107–130, 2006. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/812>. Acesso em: 1 jul. 2021.

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. 1988. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**[S. l.: s. n.] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 jul. 2021.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado: Encontro entre Ocidente e Oriente**. 4ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

BRASIL, P. da R. **LEI Nº 9.459, DE 13 DE MAIO DE 1997**. [S. l.: s. n.] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9459.htm. Acesso em: 1 jul. 2021.

CARNEIRO, E. Candomblés da bahia. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2008.

CORRÊA, G.; MÁRCIA, M.; GUIMARÃES MOROSINI, V. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. [S. l.: s. n.]. p. 478. *E-book*. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: A visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469–476, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.847460>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ESPIRITO SANTO, R. C. do. Autoconhecimento e consciência. **Interdisciplinaridade. Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade**. ISSN 2179-0094., v. 1, p. 64–72, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/interdisciplinaridade/article/view/16150>. Acesso em: 19 jan. 2021.

FERRETTI, M. M. R. Religiões Afro-Brasileiras e Saúde: diversidade e semelhanças 1. In: 2003, São Luís do Maranhão. **Seminário Nacional: Religiões afro-brasileiras e saúde**. São Luís do Maranhão: [s. n.], 2003. p. 1–4.

G1 - Menina vítima de intolerância religiosa diz que vai ser difícil esquecer pedrada - notícias em Rio de Janeiro. . [s. l.], [s. d.]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/06/menina-vitima-de-intolerancia-religiosa-diz-que-vai-ser-dificil-esquecer-pedrada.html>. Acesso em: 1 jul. 2021.

GODOY, M. G. G.; CASTILHO, G. B. Espiritualidade e Cura nas Novas Religiões Japonesas. **Revista Caminhos - Revista de Ciências da Religião**, v. 5, n. 1, p. 201–218, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.18224/CAM.V5I1.446>. Acesso em: 11 set. 2021.

GONÇALVES, F. R. **Vocabulário da Língua Portuguesa**. Coimbra: Coimbra Editora, 1966. GROF, C.; GROF, S. **A Tempestuosa Busca do Ser**. São Paulo: Cultrix, 1995.

GROF, S. **O Caminho Do Psiconauta. Enciclopédia Para Jornadas Internas (volume 2)**. Rio de Janeiro: Capivara, 2020 a.

GROF, S. **O Caminho Do Psiconauta. Enciclopédia Para Jornadas Internas (volume 1)**. Rio de Janeiro: Capivara, 2020 b.

HANH, T. N. **O CORAÇÃO DA COMPREENSÃO - Comentários ao Sutra do Coração Prajnaparamita Sutra**. Porto Alegre: Bodigaya, 2000.

IBGE. **IBGE | Cidades@ | Brasil | Pesquisa | Censo | Amostra - Religião**. [s. l.], 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>. Acesso em: 1 jul. 2021.

JODOROWSKY, A. **A Jornada espiritual de um mestre**. Rio de Janeiro: Gryphus Editora, 2016.

JONAS, W. B.; CHEZ, R. A.; SMITH, K.; SAKALLARIS, B. Salutogenesis: The Defining Concept for a New Healthcare System. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 3, n. 3, p. 82–91, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.005>. Acesso em: 19 jan. 2021.

JUNG, C. G. (Carl G. **Sincronicidade**. [S. l.]: Vozes, 1990.

KOENIG, H. G. **MEDICINA, RELIGIÃO E SAÚDE: O ENCONTRO DA CIÊNCIA E DA**

ESPIRITUALIDADE. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012. *E-book*. Disponível em: https://www.lpm.com.br/site/default.asp?Template=..livros/layout_produto.asp&CategoriaID=615261&ID=492220. Acesso em: 29 jun. 2021.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. ed. London: Oxford University Press, 2001.

LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. **O Uso Ritual da Ayahuasca**. Campinas: Mercado das Letras, 2009.

LELOUP, J.-Y. **Enraizamento e abertura: Conferências da Sainte Baume**. 1a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

LELOUP, J.-Y. **Deus não existe! ... Eu rezo para Ele todos os dias**. 2a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

LELOUP, J.-Y.; BOFF, L. **Terapeutas do deserto: de Filon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Dürkheim**. 16a edição ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

LUCCHETTI, A.; BARCELOS-FERREIRA, R.; BLAZER, D. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Spirituality in geriatric psychiatry. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 373–377, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000424>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MARÇAL, C. C. B.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; FERNANDES, G. C. M.; RUMOR, P. C. F.; DE OLIVEIRA, L. S. **The salutogenesis in health research: An integrative review**. [S. l.]: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.37954>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MARIA MOURA PIERRE, C. Para que Espiritualidade ? Luminar REVISTA DE CIÊNCIAS E HUMANIDADES Universidade Regional do Cariri-URCA. **Luminar Rev Ciên. e Human**. V.1, n. v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/BDCC/article/view/1361>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. de P. de S. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: [s. n.], 2002. NAITO, A.; LAIDLAW, T. M.; HENDERSON, D. C.; FARAHANI, L.; DWIVEDI, P.; GRUZELIER, J. H.

The impact of self-hypnosis and Johrei on lymphocyte subpopulations at exam time: A controlled study. **Brain Research Bulletin**, v. 62, n. 3, p. 241–253, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2003.09.014>

OKADA, M. A Missão da Filosofia de Mokiti Okada. Jornal Messiânico. São Paulo, 1996.

OKADA, M. **Alicerce do Paraíso - Volume 1**. 6ª Edição ed. São Paulo: Igreja Messiânica Mundial Do Brasil, 2018 a.

OKADA, M. **Alicerce do Paraíso - Volume 5**. 6ª Edição ed. São Paulo: Igreja Messiânica Mundial Do Brasil, 2018 b.

OLIVEIRA, J. H. M. Das macumbas à Umbanda. Uma análise da construção de uma religião brasileira. Limeira (SP): Ed. do Conhecimento, 2008.

PINHEIRO, LAA; VILAGRA, SMBW; PINHEIRO, CFA; ALMEIDA JUNIOR, EHR; DE SOUZA, M. A espiritualidade no cuidado em saúde na Atenção Primária. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 2, p. 70–74, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.2053>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PINTO, Ê. B. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. **Revista de Estudos da Religião - REVER**, v. 4, p. 68–83, 2009. Disponível em: www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf68. Acesso em: 19 jan. 2021.

REECE, K.; SCHWARTZ, G. E.; BROOKS, A. J.; NANGLE, G. Positive well-being changes associated with giving and receiving Johrei healing. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 11, n. 3, p. 455–457, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.455>. Acesso em: 11 set. 2021.

ROHDEN, H. **Sabedoria das Parábolas**. 2ª edição ed. São Paulo: Martin Claret, 2016. ROMÃO, T. L. C. SINCRETISMO RELIGIOSO COMO ESTRATÉGIA DE SOBREVIVÊNCIA

TRANSNACIONAL E TRANSLACIONAL: DIVINDADES AFRICANAS E SANTOS CATÓLICOS EM

TRADUÇÃO. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 57, n. 1, p. 353–381, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/010318138651758358681>. Acesso em: 11 set. 2021.

ROSMARIN, D. H.; PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G. **Spirituality and mental health: challenges and opportunities**. [S. l.]: Elsevier Ltd, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30048-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30048-1). Acesso em: 29 jun. 2021.

SILVA, A. D. S. e; SEREJO, J. A. M. A Intolerância Religiosa Contra as Religiões Afro-Brasileiras e os Impactos Jurídicos do caso “Edir Macedo”. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir/UFRGS**, v. 12, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2317-8558.72817>. Acesso em: 1 jul. 2021.

SOARES, R. Traficantes evangélicos fecham pacto com milícia para expandir “Complexo de Israel”. **Jornal Extra**, Rio de Janeiro, 3 jan. 2021 Disponível em: <https://extra.globo.com/casos-de-policial/traficantes-evangelicos-fecham-pacto-com-milicia-para-expandir-complexo-de-israel-24821015.html>

SOUZA ALVES, N. J.; OLIVEIRA CRUZ, L. R.; VALADARES TRIPPO, K. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DOS EFEITOS TERAPÊUTICOS DO JOHREI: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p. 332–341, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1448>

SRI, B.; SAI BABA, S. **SUTRA VAHINI**. Rio de Janeiro: Fundação Bhagavan Sri Sathya Sai Baba do Brasil, 2008.

TAFT, R.; MOORE, D.; YOUNT, G. Time-lapse analysis of potential cellular responsiveness to Johrei, a Japanese healing technique. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 5, p. 2, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-5-2>. Acesso em: 11 set. 2021.

TOMITA, A. **Religiões japonesas e a Igreja Messiânica no Brasil: Integração religiosa e cultural**. 2. ed. São Paulo: Fundação Mokiti Okada, 2016.

VIARD JR, C. H. **Nascemos para Amar-Reflexões e Técnicas de Meditação**. Niterói: Arthe Comunicação Gráfica, 2018.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358–363, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>. Acesso em: 29 jun. 2021.