

## **A PRECE NA PRÁTICA CLÍNICA EM INTERFACE COM A SAÚDE**

**Stella Maris Souza Marques\***

**Thaíke Augusto Narciso Ribeiro\*\***

### **RESUMO:**

A prece é uma prática milenar de diversas e distintas religiões, tradicionalmente associada a bem-estar, saúde e espiritualidade. A partir de 1980 os estudos nessa área se intensificaram com inúmeros autores. Nesse cenário, Tosta (2004), por exemplo, ao investigar estudos científicos bem fundamentados da ação da prece na saúde, demonstrou que em 89% deles ela causou algum efeito, indicando, no mínimo, indubitável necessidade de se aprofundar nestas pesquisas. Fundamentamos essa ação da espiritualidade, da religiosidade e da prece na saúde, em diálogo com a psicologia, com a soma de as perspectivas e pesquisas de autores como Underwood et al. (1997), Volcan (2003), Alves (2010), Cerqueira (2003), Baltazar (2003), Silva (2001), Corrêa (2006), Farris (2002), Pargament (1996), Caldin (2001), Dossey (1997), Byrd (1988) e Harris et al. (1999b), Espíndula et al. (2010), Teixeira et al. (2003), entre inúmeros outros. Portanto, o objetivo do presente estudo é discutir a necessidade de aproximação entre psicologia e religião, destacando a prece, para confluir na área da saúde, aprofundando as pesquisas nessas questões de fundamental importância, uma vez que, assim, abre-se a possibilidade de auxiliar os profissionais de saúde e seus pacientes através de uma melhor compreensão dos fatores religiosos e da prece na saúde, visando maximizar a eficiência e eficácia terapêutica. Destacamos, portanto, a possibilidade de integrar a religiosidade, e mais especificamente o estudo e uso da prece, na prática clínica.

Palavras-chave: Prece. Promoção de saúde. Psicologia.

## INTRODUÇÃO

A prece tem sido utilizada no processo de cura em todas as épocas e religiões como a principal intervenção terapêutica (DOSSEY, 1997). No entanto, ainda parece haver um desconhecimento a respeito do tema, bem como uma marginalização quando as discussões se referem ao divino, sagrado e transcendente enquanto promotores de saúde dentro das universidades em geral.

Ao considerar a temática, abre-se a possibilidade de auxiliar os profissionais de saúde e seus pacientes através de uma melhor compreensão dos fatores religiosos e da prece na saúde visando maximizar a eficiência e eficácia terapêutica. Discutimos, desse modo, a possibilidade de integrar a religiosidade, e mais especificamente, o estudo e o uso da prece na prática clínica.

Neste sentido, o seguinte trabalho justifica-se à medida que a compreensão do fenômeno prece é fundamental para possíveis sugestões e transformações não apenas teóricas, mas também práticas, nas esferas acadêmicas, clínicas e hospitalares. Assim, nota-se a necessidade de estudos seguros e reflexões cautelosas.

Portanto, o objetivo do presente estudo é discutir a necessidade de uma aproximação entre psicologia e religião, destacando a prece, para confluir na área da saúde, aprofundando as pesquisas nessas questões de fundamental importância, além de convidar, não somente acadêmicos ou psicoterapeutas, terapeutas e psicólogos, mas a todos, sem distinção, para as infinitas possibilidades que tratamentos marginalizados nos permitem. Para tanto, tais objetivos serão investigados por meio de uma pesquisa teórica fundamentada em diversos autores.

Em tempo, seria interessante que novos estudos e artigos fossem confeccionados, tratando especificamente do estudo da fé e da experiência religiosa da prece, tendo em vista o relevo que o tema possui, contribuindo, assim, para o aprofundamento do tema em análise.

Considerando a relevância do estudo do tema, a fim de atingir os objetivos propostos, tem-se a seguir uma breve construção de conteúdos expostos e discutidos.

## DESENVOLVIMENTO

É perfeitamente visível que os próprios pacientes os quais necessitam de tratamentos acabam por utilizar-se de enfrentamentos religiosos (como orações, peregrinações, exercícios ascéticos, ações rituais, etc.) e encontrar acolhimento em alguma comunidade religiosa que de certa forma, “se vê envolvida no processo de busca terapêutica” (PARGAMENT, 1997; CERQUEIRA, 2003, p. 28).

Cerqueira (2003) ressalta a respeito de uma “busca” porque nem sempre o caminho final é

um posto de saúde ou um hospital. Assim, a orientação pode partir de um pastor, de uma benzedeira, de uma pessoa considerada mais experiente, notando-se que há uma busca e um movimento inicial de cuidar, de acolher. Diversos autores (ALVES, 1999; CÉSAR, 1995; CARDOSO et al., 2001; ROCHA, 2000), estão voltados para esse movimento, em que a população classifica seu sofrimento e busca alívio, baseada na sua visão de mundo e, principalmente, na disponibilidade dessa ajuda (CERQUEIRA, 2003, p. 28-29).

Neste contexto e embasado pelos vários autores utilizados, tornou-se evidente a intensidade de buscas alternativas e frequentemente mais acessíveis de tratamento por parte dos enfermos, assim como podemos perceber, nos trabalhos expostos e em diversos outros trabalhos acadêmicos e científicos diluídos nas redes de dados, as potencialidades de promoção de saúde e cura de práticas religiosas e espirituais: entre elas, a prece.

Apenas reiteramos que, mesmo que alguns resultados positivos estejam expressos através do método científico, talvez ele não seja o mais adequado para lidar com o tema. Assim temos que, ainda que as implicações da religiosidade e espiritualidade na saúde vêm sendo estudadas cientificamente com muita frequência, faz-se necessário reconhecer que algumas experiências religiosas e espirituais constituem fenômenos que não podem ser disciplinados ao estudo científico tradicional (UNDERWOOD et al., 1997).

A esta problemática, a fenomenologia, na voz de autores como Tillich (1987) e Paulino-Pereira (2006), entre outros, oferece respostas interessantes. Nos estudos da fenomenologia aplicada à religião, dialogamos com Paul Johannes Tillich (1996), teólogo e filósofo existencialista que, numa análise ontológico-fenomenológica da fé, admite que esta procede do centro do eu, sendo um ato integral, íntimo e global do espírito humano e servindo como meio pelo qual percebemos e somos possuídos pelo incondicional e infinito, transcendendo elementos racionais e não-racionais da vivência humana. Desse modo, fundamentando-nos na análise fenomenológica da fé e considerando suas características, podemos falar da prece enquanto forma de linguagem da fé e, também, como ato de transcendência, integralidade e experimentação da “presença divina que pertence à condição humana concreta” (TILLICH, 1996; AMATUZZI, 1997, p. 34).

Neste sentido, Paulino-Pereira (2006) concorda e complementa que é no contexto da fé e através da prece que se faz um encontro com Deus, ensejando a possibilidade da transcendência, possibilidade de vida plena e abundante, de vida autêntica na regeneração, pela graça, mediante a fé, experimentando o Ser-em-si, a presença de Deus que pertence ao homem. Além disso, Amatuzzi (1997, p. 34) arremata ao afirmar que “o novo que surge com a experiência religiosa não é algo que pertence ao mundo das ideias, não é apenas um entendimento novo, mas algo que pertence à condição humana concreta, uma presença, digamos assim.”

Ainda que a prece em si não tivesse valor algum, o que não se corrobora, autores como Silva

(2001) e Corrêa (2006) trazem em seus trabalhos a relação da temática das orações como pilar da criação de grupos de oração em diversas religiões, promovendo saúde individual e coletiva, assim como assistencialismos sociais e comunitários.

Para encerrarmos essa discussão, trazemos alguns questionamentos de Pargament (1997): “Será possível à Psicologia estabelecer a existência e a eficácia do enfrentamento religioso? A religião acrescenta ao enfrentamento algo além do que é fornecido pelo mundo secular?”. Estas questões surgem de uma pesquisa que este autor realizou em 1990 demonstrando efeitos singulares do enfrentamento religioso, capaz de conferir sentido, estabilidade e conforto maiores em comparação ao enfrentamento secular.

Seria o sagrado que faria a procura religiosa da significância, isto é, do sentido e da relevância, peculiar e potencialmente tão poderosa? Tanto teórica como profissionalmente a não distinção entre religioso, sagrado e profano tem conduzido a mal-entendidos (PAIVA, 2007). Paiva afirma, ainda, que a questão da eficácia singular do enfrentamento religioso como tal não pode ser avaliada pelo psicólogo, embora o psicólogo possa avaliar a eficácia do sagrado, inclusive do sagrado que possibilita no homem a inserção do religioso.

Segundo Aletti (2004), não se trata de perguntar se Deus ajuda, mas se crer em Deus ajuda. Crer, não num sentido religioso, mas num sentido psíquico. Assim, seja como levantamento de resultados científicos quantitativos positivos, seja enquanto problematizações qualitativas de enfrentamentos, atribuição de sentidos e transcendências, verificamos uma clara e justificada necessidade de se aprofundar em estudos cuidadosos sobre os diálogos entre religiosidade/espiritualidade, psicologia e saúde, e mais especificamente, entre a prece, a psicologia e a saúde visando à prática das mesmas.

Neste panorama argumentativo, diversos estudos indicaram que, de modo geral, as dimensões de espiritualidade e religiosidade estão associadas a melhor qualidade de vida (DALGALARRONDO, 2007; VOLCANA, 2003), com melhores resultados para as pessoas que estão se recuperando de doença física e mental ou que tenham menores alternativas de recursos sociais e pessoais (ALVES, 2010). Entretanto, mesmo que as pesquisas demonstrem tal fato, considerável quantidade de profissionais da saúde o ignora, seja por desconhecimento ou diversos outros motivos, embora já exista uma nova categoria diagnóstica denominada Problema Religioso ou Espiritual em Expressões da religiosidade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (UNDERWOOD et al., 1997).

Através de breve retrospectiva, percebe-se que prece é uma prática milenar de diversas e distintas religiões, tradicionalmente associada a bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade. Tal prática passou a ser tema de pesquisa e discussão intensa desde 1980 com diversas e distintas posições e achados; atualmente, ao se buscar por meio do sistema Medline o

unitermo *intercessory prayer*, cerca de 66 artigos constam em revistas indexadas, desde aleatorizados a recentes metanálises.

Nesta tessitura, foram comprovados os efeitos benéficos que a emoção causa no organismo, tendo como um dos resultados a produção de endorfina, hormônio responsável pela sensação de bem-estar (VALLA, 2000). A respeito de emoções, os mesmos efeitos são observados quando são vivenciadas situações de extrema alegria e prazer causadas pela fé, que faz as pessoas se sentirem mais fortes para enfrentar dificuldades e continuar a lutar pela sobrevivência, acreditando em provisão sobrenatural, capaz de intervir favoravelmente em seu sofrimento. No ambiente religioso, há uma atmosfera extenuante de satisfação, emoção e esperança de que a benção seja alcançada. A religião também influencia positivamente sobre o estado de saúde, porque ensinam e cobram de seus fiéis comportamentos de proteção e de condução à saúde. Desse modo, o indivíduo deixa de fumar, fazer uso de álcool, passa a ter atitudes positivas como a oração ou meditação, que oferecem conforto emocional e redução de estresse (MURAKAMI & CAMPOS, 2012).

Como já foi escrito anteriormente, a prece tem sido utilizada no processo de cura em todas as épocas e religiões como a principal intervenção terapêutica (DOSSEY, 1997). Em sintonia, a maioria dos estudos indica que a religiosidade é um aspecto determinante da vida humana e, que geralmente, tem uma associação positiva com boa saúde mental, promovendo a qualidade de vida. Sendo assim, para honrar o dever de profissionais de saúde, de aliviar o sofrimento e oferecer uma assistência de qualidade, é necessário aumentar o conhecimento sobre o aspecto religioso (MURAKAMI & CAMPOS, 2012).

Importante esclarecer que ao estudar a relação que a saúde tem com a religiosidade, não é necessário assumir qualquer posição sobre a realidade ontológica de Deus ou do mundo espiritual. Assim, é possível entender se a crença religiosa está associada a resultados de saúde, independente de se acreditar nas crenças sob investigação (LEVIN et al., 2005).

## **METODOLOGIA**

O estudo compõe-se de pesquisa teórica. Para tanto, o presente estudo é fundamentado nas pesquisas de Underwood et al. (1997), Volcan (2003), Alves (2010), Cerqueira (2003), Baltazar (2003), Silva (2001), Corrêa (2006), Farris (2002), Pargament (1996), Caldin (2001), Dossey (1997), Byrd (1988) e Harris et al. (1999b), Espíndula et al. (2010), Teixeira et al. (2003), entre inúmeros outros.

## RESULTADOS

Há uma ampla variação na qualidade dos trabalhos científicos envolvendo o efeito da prece intercessória sobre seres humanos enfermos. Tosta (2004) avaliou 15 investigações científicas acerca da prece e constatou que em 8 (53%) a prece provocou algum efeito sobre as pessoas que a receberam, em 1 (7%) não foi detectado qualquer efeito e em 6 (40%) os resultados foram inconclusivos por falhas metodológicas. Se forem considerados somente os trabalhos com melhor metodologia (n=9), teremos que em oito deles (89%) a prece causou algum efeito detectável nas pessoas que a receberam. Os trabalhos que tiveram melhores resultados por melhores desenhos metodológicos serão melhor expostos abaixo:

Iniciamos pelo trabalho pioneiro de Byrd (1988) o qual demonstrou a eficácia da prece intercessória (PI) em pacientes internados em unidades coronarianas, ou seja, o grupo que recebeu as preces intercessórias teve menores escores de gravidade ( $p < 0,01$ ) e o grupo controle necessitou com maior frequência de assistência ventilatória, antibióticos e diuréticos. Entretanto, dos 29 parâmetros testados, somente seis apresentaram diferença significativa entre os grupos com e sem prece (TOSTA, 2004).

O’Laoire (1997) avaliou o efeito da prece sobre a saúde psicológica de 406 voluntários, observando melhora em todos os 11 parâmetros avaliados (ex.: auto-estima, depressão, humor e ansiedade). No entanto, a falta de critérios objetivos e confiáveis para a avaliação das alterações psicológicas reduz o impacto das informações; um achado instigante foi o encontro de mudanças psicológicas subjetivas e objetivas nos voluntários que fizeram a prece (Idem Ibidem).

Sicher e cols. (1998) avaliaram a eficácia de dois métodos de cura à distância (prece e “cura psíquica”) em 40 pacientes em estado avançado de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS). Resultou-se que o grupo tratado apresentou, após seguimento de seis meses, redução significativa da frequência de doenças definidoras de SIDA, redução da gravidade do quadro clínico, menor frequência de consultas médicas e menor duração da hospitalização, além da melhora do humor. Não houve, entretanto, diferença nos níveis de linfócitos T CD4.

Harris et al. (1999) investigaram o efeito da prece à distância em 990 pacientes internados em unidade de terapia intensiva coronariana. Resultou-se que o grupo que recebeu prece (por 28 dias) obteve melhores “escores” de evolução na unidade coronariana do que os que não receberam, sendo que não houve diferença na duração da hospitalização. Tosta (2004) comenta que em nenhum dos 35 parâmetros individuais avaliados houve diferença entre os dois grupos, mas que isto só ocorreu quando foi utilizado um sistema de “escores” de evolução clínica ainda não validado.

Aviles et al. (2001) avaliaram o efeito da prece intercessória à distância, aplicada pelo menos uma vez por semana durante 26 semanas sobre a progressão de doença cardiovascular em 799

pacientes após alta de unidade de terapia coronariana. Resultou-se que não houve diferença significativa na frequência de intercorrências entre o grupo de intervenção (25,6%) e o grupo controle (29,3%), nem entre os pacientes de alto risco, nem entre os de baixo risco.

Cha et al. (2001) investigaram o efeito da prece intercessória à distância durante 3 semanas sobre a frequência de gravidez em 219 mulheres tratadas com fertilização in vitro por transferência de embrião. Resultou-se que as mulheres que receberam prece apresentaram maiores taxas de gravidez (50% contra 26%,  $P=0,0013$ ) e de implantação do embrião (16,3% contra 8%,  $P=0,0005$ ). Tosta (2004) comenta que este é um dos poucos trabalhos que não avalia o efeito da prece em enfermos, com metodologia correta, mas ausência de autorização das pacientes para participar da investigação.

Krucoff et al. (2001, apud TOSTA, 2004) avaliaram o efeito de terapias noéticas (não farmacológicas) em 150 pacientes submetidos a intervenções coronarianas percutâneas. Os pacientes foram divididos em 5 grupos: tratamento padrão, prece intercessória, imaginação criativa, relaxamento e toque terapêutico. Resultou-se que não houve diferenças significativas entre os grupos em relação aos seis parâmetros testados, havendo, entretanto, uma redução de 25 a 30% das complicações durante a intervenção coronariana nos grupos tratados com terapias noéticas em comparação ao grupo com terapia padrão. O grupo que apresentou menores escores de complicações foi o que recebeu prece intercessória à distância. Concluiu-se que a duração da hospitalização foi menor nos indivíduos submetidos às terapias noéticas. Tosta (2004) comenta que a investigação teve desenho metodológico adequado e mostrou que as terapias noéticas, principalmente a prece, reduziram as complicações associadas à intervenção coronariana e a duração da internação; a demonstração definitiva do efeito das intervenções avaliadas só será possível com um grupo de estudo 4 vezes maior (600 pacientes).

Leibovici (2001) investigou o efeito da prece intercessória “retroativa” em 3.393 pacientes. Resultou-se que o grupo que recebeu retroativamente a prece apresentou menor duração da febre e da permanência no hospital, mas sem diferença da mortalidade em relação ao grupo sem prece. Tosta (2004) comenta que embora a metodologia tenha sido cuidadosa, a ideia de que a intervenção através da prece intercessória possa alterar algo retroativamente (agindo, portanto, no passado) parece absurda. Para alguns autores, esta proposta é aceitável e justificável (OLSHANSKY & DOSSEY, 2003, apud TOSTA, 2004), enquanto que para outros, trata-se de uma brincadeira do autor (ERNEST, 2003, apud TOSTA, 2004).

Tosta et al. (2004) avaliaram o efeito da prece intercessória à distância, feita durante uma semana e diariamente, para 52 estudantes acerca da capacidade fagocitária de seus neutrófilos e monócitos. Resultou-se que a prece reduziu a variação da fagocitose de monócitos e neutrófilos tanto na análise de caso-controle ( $P=0,041$ ), quanto na análise pré e pós-intervenção ( $P=0,019$ ), sem

relação com a variação do nível de estresse, indicando que a prece pode atuar equilibrando função do sistema imunitário.

Expostos os artigos de melhores desenhos metodológicos segundo Tosta (2004), observamos que embora esses dados ainda não promovam a prece como adjuvante terapêutico, indicam, sem dúvida, forte necessidade de continuar e se aprofundar nestas pesquisas (TOSTA, 2004).

Analizamos também algumas revisões sistemáticas da literatura, com Townsend et al. (2002) e Roberts et al. (2007), e observamos que o trabalho destes autores sugerem que a prática religiosa talvez possa oferecer potencial benefício sobre pressão arterial, função imunológica, depressão e mortalidade, além de uma clara determinação da estratégia da prece intercessória para otimização de saúde de pacientes acometidos de distintas doenças. Por outro lado, Benson et al. (2006) e Sloan e Ramakrishnan (2006) demonstraram que a prece intercessória, quando efetivamente executada com o conhecimento do paciente, associou-se a mais complicações precoces em cirurgias. Portanto, essa vasta pluralidade de resultados e perspectivas apenas fortalecem a concepção da necessidade de estudos mais aprofundados acerca da temática da prece.

Concluimos esse agregado de estudos científicos qualitativos sobre a prece com um atestado de Tosta (2004) ao alertar-nos que “é valido lembrar que mesmo este método científico mostrando resultados, talvez ele não seja o mais adequado para lidar com o tema, visto que a prece transcende os caminhos do intelecto, investigável pela ciência, além de que suas “verdades científicas” são mutáveis, transformando-se à medida que o homem amplia sua capacidade de ver e interpretar seu universo.

Além disso, a maioria dos estudos investigou o efeito da prece direcionada a terceiros, avaliando seus efeitos; há de se relevar, todavia, que a prece tem elevado potencial de ação no próprio sujeito que ora – questão fundamental à prece que não é tratada nestas pesquisas e que serão mais bem trabalhadas nos estudos e perspectivas fenomenológicos que serão expostos na discussão.

## **DISCUSSÃO**

Existe um consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é um importante fator de significação e ordenação da vida, sendo fundamental em momentos de maior impacto na vida das pessoas (DALGALARRONDO, 2008). Ao atuar como fator de significação e ordenação, a religião muitas vezes atua como uma rede de apoio social, isto é, quando o paciente procura uma religião, geralmente está em busca de uma compreensão sobre a doença que a medicina ainda não foi capaz de esclarecer (CERQUEIRA, 2003).

Como a medicina deixa a desejar, outros espaços terapêuticos têm sido procurados, pelos pacientes psiquiátricos, para que sejam atendidos integralmente, enquanto seres holísticos que são,



não mais aceitando a dicotomia corpo e mente (CERQUEIRA, 2003). Entretanto, não apenas pacientes psiquiátricos, mas pacientes em geral tem procurado outros espaços de tratamento e acolhimento na/da religiosidade/espiritualidade. Já que a busca se faz presente, será que a psicologia saberia acolher?

A respeito de acolhimento, em concordância com Dalgarrondo (2008), Baltazar (2003) explica que a religião atua como atribuidora de sentido ao sofrimento, isto é, a religião permite uma leitura do sofrimento mental que lhe confere certa positividade ou positividade de propósito, permitindo para o paciente uma resignificação de seu sofrimento através de parâmetros religiosos. Isso equivale a dizer que o paciente pode construir sentido para seu sofrimento justamente através do discurso da religião, em oposição a uma construção de sentido baseado em parâmetros psicodinâmicos.

Acerca de sentido de vida, Viktor Frankl (2011) enfatiza que o ser humano na busca pelo sentido é guiado por sua consciência a qual pode ser definida como uma capacidade intuitiva para encontrar o sentido de uma situação. Tal capacidade constitui o único meio para se apreender as formações gestálticas do sentido. Ademais, o autor (2011) acrescenta:

Os seres humanos estão sempre transcendendo a si mesmos na direção de sentidos que constituem algo diferente deles mesmos, que são bem mais do que meras expressões deles mesmos, mais do que meras projeções de si. (...) Sentidos são descobertos; não podem ser inventados.

Em sintonia, Fabry (1984) reitera que o ser humano é motivado por uma vontade de sentido, um anseio por um sentido, além de ser livre para descobrir o significado de sua própria existência. O autor (1984) explica:

A maioria das pessoas não precisa ser persuadida de que o sentido existe e de que anseiam por ele. Somente é necessário torná-las conscientes do que, nas profundezas de seu inconsciente, sabem ser verdade.

Considerando o exposto, questionamentos surgem: até que ponto os pacientes que possuem uma religiosidade/espiritualidade enquanto sentido de vida/vontade de sentido são compreendidos e acolhidos em seus tratamentos médicos e psicoterápicos? Quantos já não foram coibidos, coagidos, negligenciados em seus “anseios por um sentido” por médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos e demais profissionais da área da saúde? Se os pacientes são livres para descobrir o significado de sua própria existência e refletir a respeito, poderia a psicologia acolhê-los de modo respeitoso e integral?

Frankl (2011) afirma que vontade de sentido “pode ser definido como o esforço mais básico do homem na direção de encontrar e realizar sentidos e propósitos” (p. 50). A seu passo, o autor (2011) argumenta que “a pessoa é livre para dar forma a seu próprio caráter, sendo responsável pelo que fez de si mesmo” (p. 27). A respeito de tal premissa, até que ponto os profissionais da saúde podem contribuir com seus pacientes no sentido de incentivar ou apenas respeitar seus sentidos e propósitos?

A palavra responsável nos remete à Jean Paul Sartre (1973) quando destaca que “somos responsáveis por aquilo que somos”. Nesta tessitura, os profissionais da saúde se responsabilizam, isto é, são conscientes de seus descuidos, de suas brechas e de suas (des)humanizações nos tratamentos quando desconsideram parte do contexto de seus pacientes? Responsabilizam-se quando negligenciam a parcela religiosa/espiritual de pacientes que a consideram tão relevante a ponto de constituir o sentido de suas vidas? Quais as possíveis conseqüências de tal acontecimento? Quantos pacientes já teriam adquirido melhor qualidade de vida caso fossem considerados em sua essência? O que fazer com essa lacuna na área de saúde?

Visando reduzir tal lacuna, o profissional da saúde deve ser educado para entender os assuntos espiritualistas no ambiente clínico. Em outras palavras, isso quer dizer que as expressões de espiritualidade do paciente devem ser triadas e respeitadas, para maximizar a eficácia terapêutica quando a espiritualidade do paciente for um fator de vida crucial (MURAKAMI & CAMPOS, 2012). No entanto, apesar de cada vez ser mais reconhecida a importância da religiosidade para a saúde, a maior parte dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado uma lacuna entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a importância que a religião representa na vida dos pacientes (ALMEIRA, 2010).

Importante ressaltar que em algumas situações específicas como uma intensa relação entre paciente e religião, pode haver uma prevalência de transtornos mentais e assim causar danos à saúde mental, bem como influenciar em comportamento de enfrentamento negativo, fanatismo, tradicionalismo e uso inadequado dos serviços de saúde (DALGALARRONDO, 2007; ALVES, 2010), já que algumas vezes determinadas religiões podem tornar-se rígidas e inflexíveis, estando associadas ao pensamento mágico e de resistência podendo dificultar o tratamento do paciente, quando é feita a proibição da psicoterapia ou do uso de medicação (MURAKAMI & CAMPOS, 2012). Desse modo, mesmo nestas situações os profissionais da saúde devem considerar a religiosidade de seus pacientes visando reduzir seus malefícios, em vez de ignorá-la, bem como dialogar a respeito visando compreender a subjetividade do sujeito em questão.

Como conseqüência de uma falta de “treinamento” (diálogo, reflexões, compreensão, etc.), muitas vezes o profissional de saúde utiliza sua visão particular e pessoal sobre o status da religiosidade, valorizando ou depreciando as informações que são ditas pelo paciente

(MURAKAMI & CAMPOS, 2012). Quando assim ocorre, gera certo incômodo da parte dos profissionais e também dos pacientes, que parecem, por não saberem como lidar com a situação, adotar dois modos distintos de lidar com tal recorrência. Assim, normalmente há duas opções: ou desconsideram o discurso religioso no momento da elaboração do projeto terapêutico ou o tomam como um dado psicopatológico, isto é, como alienação, neurose obsessiva ou qualquer outra leitura que garanta a sobreposição do jogo lingüístico da racionalidade científica sobre o jogo lingüístico da religiosidade (BALTAZAR, 2003).

Importa ressaltar que a doença, enquanto ameaça à vida, atinge o ser humano de forma integral, atingindo seus aspectos biopsicossociais como espirituais exigindo, desse modo, uma assistência capaz de abranger todas estas dimensões (ESPÍNDULA et al., 2010). Hoje já se sabe que o bem estar espiritual é fator de segurança para evitar o desencadeamento de transtornos psiquiátricos menores (ESPÍNDULA et al., 2010; VOLCAN et al., 2003). Nesta linha, Volcan et al. (2003) e Teixeira et al. (2003) concluíram por meio de estudos a necessidade do profissional de saúde estar atento à dimensão espiritual de seu paciente, na medida em que essa lhe traz estímulo, coragem e esperança para encarar a própria doença. Ademais, estudos de Espíndula et al. (2010) constataram que todos os profissionais de saúde devem buscar se aprofundar em dimensões da espiritualidade para melhor conviverem com a situação de doença em si mesmos, tal como em seus semelhantes.

Embora já exista estudos a respeito de tratamentos que atinjam o ser humano de forma integral, a integração das dimensões espirituais e religiosas dos clientes em seus tratamentos requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre as crenças e valores à eficácia terapêutica (PERES et al., 2007). Para isso, a formação do profissional que planeja a assistência, deve abranger o conhecimento profundo do ambiente cultural e da religião onde seu trabalho está sendo feito para que seja possível integrar a religiosidade na prática clínica (MURAKAMI & CAMPOS, 2012).

Dessa forma, é necessário o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde por parte dos profissionais. Assim, seria interessante o acréscimo de discussões sobre a religiosidade e de que forma ela pode contribuir para a melhor qualidade de atendimento às necessidades do doente mental (MURAKAMI & CAMPOS, 2012). Defendemos, portanto, a necessidade de uma aproximação entre religião e saúde visando auxiliar os profissionais de saúde mental a desenvolverem habilidades que possibilitem a melhor compreensão dos fatores religiosos que influenciam a saúde dos pacientes.

## CONCLUSÃO

Em meio a todo o conteúdo apresentado no decorrer deste artigo, percebemos a necessidade de indagar: o que a experiência sagrada da prece tem a oferecer quando usada com cautela e segurança na prática clínica? Como a mesma pode se tornar uma ferramenta terapêutica? Nessa tessitura, pode-se salientar que há a necessidade de mais questionamentos e reflexões a respeito do tema visando uma clínica que saiba usar as experiências do sagrado como ferramentas quando o paciente as considera fundamental em sua vida. Assim, consideramos que há uma urgência no homem, um grito profícuo que almeja buscar novas perspectivas e possibilidades em tratamentos mais integrais.

Discutimos, portanto, a possibilidade de integrar a religiosidade e a experiência do sagrado, e mais especificamente o estudo e uso da prece, na prática clínica. Ademais, é discutível a quase inexistência de trabalhos que contemplem o assunto, embora a Psicologia não deva se furtar em acolher tais temas como objeto de seu estudo, uma vez que só avançará como ciência a partir do momento em que perder o medo do desconhecido e desvendá-lo com seriedade.

Embora o tema se mostre relevante e possível de proporcionar maior cuidado e bem-estar aos indivíduos, é discutível a quase inexistência de reflexões, questionamentos e diálogos a respeito do tema em artigos publicados e até mesmo nas teorias e práticas acadêmicas, psiquiátricas, clínicas, educacionais e hospitalares.

Portanto, seria interessante a confecção de pesquisas e estudos qualitativos e quantitativos através de diversas metodologias e abordagens que relacionem a experiência religiosa da prece e demais experiências religiosas/espirituais/sagradas enquanto possíveis promotoras de saúde mental, físico, social, emocional e espiritual, bem como enquanto ferramenta terapêutica em instituições hospitalares, psiquiátricas, clínicas, entre outras.

## REFERÊNCIAS

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

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

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

Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2003.

CERQUEIRA, R.F. **O discurso produzindo sentido: compreendendo o sofrimento psíquico através da religiosidade.** Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]– Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2003.

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

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

LEVIN, J.; CHATTERS, L.M.; TAYLOR, R.J. **Religion, health and medicine in African Americans: implications for physicians.** J Natl Med Assoc; 97(2):237-49, 2005.

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

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

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

VALLA, V. **Redes sociais, poder e saúde a luz das classes populares numa conjuntura de crise.** Interface Comun Saúde Educ; 4(7):37-56, 2000.

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.