

Religião/Espiritualidade e Psicossomática

(Artigo publicado originalmente na Revista de Teologia e Ciências das Religião da Unicap, ano 9, n. 2, jul/dez 2010).

*Ana Paula Rodrigues Cavalcanti*¹

*Carlos André Macêdo Cavalcanti*²

RESUMO: A profissão médica acompanha a mudança paradigmática científica do século XX para o atual. O trabalho filantrópico, embora opcional, angariava boa reputação social para o médico por ser exercido nas Santas Casas, contando com o serviço de freiras devotadas. Com a República, foi sendo substituído pelo trabalho público financiado pelo Estado laico, como boa conduta cívica e de respeito ao direito dos cidadãos dentro do conceito de saúde pública e higienismo. Nos anos 80 iniciou-se a era dos credenciamentos particulares, o desgaste na representação social da profissão, com o aumento das queixas de erros médicos a cada década, e a tecnologia da prática médica. Logo após, ocorre o advento da medicina alternativa ou complementar, paralelamente ao desenvolvimento da psicossomática, adentrando cultura, sociedade e psiquismo onde antes não se considerava legítimo, recolocando a religião/espiritualidade no debate e pesquisas sobre a relação mente-corpo, processos de adoecimento e cura, discussões sobre holismo e, exatamente por isso, onde os estudiosos da(s) ciência(s) da(s) religião(ões) encontrarão um campo fecundo para delinear pesquisas, que este trabalho mira divulgar.

Palavras-chave: Prática médica. Medicina alternativa. Mente-corpo.

ABSTRACT: The physician profession follows the scientific paradigm's change from XXth century up to nowadays. Philanthropy work, although optional, allured good social reputation for the physician because it was done on Santas Casas, counting on devoted nuns. After the Republic, it was substituted for public work financed by the laic State as a good civic behavior, respectful to citizen's rights, within public health's and higienistic's concept. The '80s initiated the private health credential plans, the professional social representation's erosion as medical error's complaints augmented each decade, and the stress on technological medical practices. Soon afterwards there was the advent of alternative or complementary medicine, besides psychosomatics' development, getting around culture, society and psychism to where it was not before considered legitimate, replacing religion/spirituality into the debate and researches on

¹ Mestre em Psicologia Social pela UFPB, Nutricionista pela UFPB. Professora da graduação em Ciências das Religiões, da UFPB.

² Doutor em História pela UFPE, Mestre em História pela UFPE. Professor do curso de pós-graduação em Ciências das Religiões da UFPB e do curso de graduação em História da UFPB. Coordena o Grupo de Estudos Videlicet, sobre a Teoria do Imaginário de Durand.

body-mind relation, sickness and healing, discussion over holism and, exactly because of it, where Science(s) of Religion(s) students will find a promising field to sketch their investigations, what this article aims to disclose.

Key-Words: Medical Practices. Alternative Medicine. Body-mind.

Para expormos este tema de maneira congruente e integrada, é preciso inicialmente falar um pouco da trajetória da profissão de médico no Brasil, para que se observe como a conjugação dos objetivos da medicina e da religião, até o século XIX admitidos como possíveis de harmonizar, foram-se estranhando durante quase todo o século XX e agora, já adentrados no XXI, novamente voltam a dialogar sob o abrigo deste ramo da medicina chamado psicossomática.

Até o século XIX os médicos determinavam a duração e o valor do seu trabalho, que era muito alto (PEREIRA NETO, 2001). Faculdades particulares muito caras formavam consequentemente poucos médicos. O trabalho gratuito para as instituições filantrópicas era absolutamente opcional, mas ocorria com frequência porque nestes locais era possível fazer pesquisas e aperfeiçoar a prática clínica, pois não havia hospitais-escola naquelas faculdades. Além do mais, a conduta clínica do médico estava associada à sua conduta moral. Fazer parte da equipe que assistia aos necessitados equivalia a um selo de boa conduta social. A equipe, a propósito, consistia em freiras – que trabalhavam como enfermeiras – e alguns voluntários.

As Santas Casas eram desta maneira uma união entre o paradigma científico positivista – pesquisando e medicando a matéria - e a religião católica, cuidando do espírito dos doentes e assegurando a caridade cristã. A Medicina mostrava-se como um tipo de arte, com marcas pessoais na sua execução (PEREIRA NETO, 2001). O dia-a-dia dos hospitais brasileiros era bem marcado por um dos valores centrais do catolicismo: a misericórdia.

Com a proclamação da república, especificamente em 1922, entrou em cena o Departamento Nacional de Saúde Pública, mostrando que o Estado tentava gerir a saúde no país. Naquele ano o Congresso Nacional dos Práticos oficializou a desqualificação da concorrência no mercado da saúde (curandeiros, farmacêuticos, espíritas, homeopatas, parteiras e herbanários, todos iguados no estigma de charlatanismo; apenas os médicos formados poderiam tratar das doenças da população). Associar qualquer coisa que lembrasse o sobrenatural, o não cientificamente explicável, o religioso, à capacidade de curar doenças, era uma postura destinada à ridicularização e aos rigores da lei. Cristalizara-se uma estatização do papel da medicina, e a noção de “serviço de caridade” das Santas Casas foi substituída pelos conceitos de “direito público e desenvolvimento social”, pretensamente laicos.

Dos anos 30 aos 50 do século XX houve a expansão do aparato tecnológico médico, o assalariamento da profissão e a predominância de cursos superiores de medicina públicos, gratuitos e com hospital-escola. Surgiram os Conselhos de Medicina, houve uma erosão veloz no perfil generalista na profissão (os clínicos gerais começaram a ser considerados insuficientes de conhecimento), e os farmacêuticos e as enfermeiras foram

colocados em situação de submissão aos médicos, cumprindo apenas sua parte - definida pelos médicos.

Mais adiante, nos anos 80, a profissão de médico fragmentou-se em diversos outros cursos superiores de saúde (nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia, por exemplo, concorrendo na oferta de serviços e diminuindo a remuneração dos médicos por razões mercadológicas). Surgiram as empresas de convênios médicos particulares, enquanto o serviço público de saúde deixou de atrair o mesmo grande número de profissionais devido à queda na remuneração dos trabalhos, e pelo mesmo motivo algumas especialidades foram desaparecendo (fisiatra, nutrólogo, psicólogo médico, clínico geral). O médico autônomo transformou-se em médico credenciado. Não havia, então, atmosfera para trabalhos como este que agora expomos. Tributos à tecnologia e ao experimentalismo eram sempre cobrados. Mas mesmo em 1964 George Solomon já cunhava o termo “psicoimunologia”, e no entanto sua sugestão de pesquisas neste campo foi negligenciada. Outros 25 anos se passaram até que a psicossomática recobrasse vida (KIECOLT-GLASER et al., 2002).

Esta sucessão histórica de enquadramento da atividade dos médicos desaguou em mudanças no julgamento social da profissão: agora os médicos são considerados frios e intolerantes. Os pacientes têm receios e críticas, mas ainda percebem seu trabalho através de uma imagem paterna e oracular desta profissão: o tipo de conhecimento dos médicos, com palavras difíceis e obscuras, seu poder de resolução, de assegurar a vida e afastar a morte só podem atestar uma sabedoria e força superiores; portanto, o médico certamente é semelhante a Deus, apenas valendo-se de outros métodos (CAIXETA, 2005). Pesquisando o lado oposto, o dos próprios médicos, Silva, da UNICAMP (2001), relatou que obsessividade pela cura, aprofundamento no lado intelectual e racional do trabalho, irritação, insônia, taquicardia, tremores, mal-humor e cansaço são muito comuns entre eles. O excesso de trabalho, para manter a renda, é um dos maiores fatores. A má qualidade de vida atinge 73% desses profissionais, levando à síndrome do “burn out” (esgotamento), e isto, por sua vez propicia erros médicos diversos: de 2007 a 2008, apenas em Minas Gerais, o Conselho Regional de Medicina registrou um aumento de 60% no número de denúncias de má prática médica (RIBEIRO & SIQUEIRA, 2010). O Conselho Regional do Paraná, por sua vez, defende a categoria mostrando que de 2008 a 2009 o número de queixas registradas caiu, e credita a melhora dos números à maior conscientização dos médicos no Estado (PARANÁ, 2010). O Superior Tribunal de Justiça, expondo a situação nacional, divulgou o aumento de 155% em número de processos por erro médico entre 2003 e 2009, contando apenas aqueles que apelaram a esta última instância de recurso (JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA, 2009).

Esta reviravolta científica e social deixou tenso o papel da Medicina na sociedade, e trouxe de volta à cena aqueles “curandeiros, farmacêuticos, espíritas, homeopatas, parteiras e herbanários”. O fenômeno ocorre em todo o Ocidente, porque nosso próprio paradigma científico está em crise. Nos Estados Unidos, por exemplo, em uma amostragem nacional feita em 2002 (chamada NHIS) de 31.044 pessoas com mais de 18 anos, apurou-se que 62% deles - bem mais que a metade! - recorria à medicina alternativa ou complementar (acupuntura, orações, meditação, ioga, massagens, produtos naturais, dentre outros) para melhor cuidar de sua saúde. O subgrupo específico que procurava orações constituía 24% dos “alternativos” (BARNES, 2004).

Na Austrália, quem procura outras formas de tratamento não-tradicionais o faz porque acredita em uma concepção de saúde “mais espiritualizada” (SIAHPUSH, 2008). Na Inglaterra, a lealdade e a confiança no médico terapeuta alternativo, mais um estilo de vida ecológico, um tratamento holista, associados a uma postura crítica e cética contra a medicina convencional são as razões, as vantagens éticas encontradas entre os usuários da Medicina Alternativa ou Complementar (FURNHAM & FOREY, 2006). A própria medicina tradicional, quando se apresenta na especialidade de “medicina social”, reconhece que esta subárea deve ser holista por causa dos seus pressupostos. A tríade biopsicossocial deste tipo de trabalho médico inclui a espiritualidade (chamada de “aspecto existencial” naquele meio acadêmico), porque ela afeta a saúde. “As misérias da vida humana não são todas tratáveis biologicamente” (FREEMAN, 2005). Outros meios terapêuticos e redes de apoio são necessários. À guisa de exemplo da consonância dos interesses da medicina social com esta exposição, temos o estudo do pediatra Alfvén (2008), onde relata que dores abdominais e de cabeça constantes, perda de apetite, diarreia ou constipação são sintomas psicossomáticos encontrados em crianças pobres imigrantes na Suécia, causados por má adaptação psicossocial.

Mas como se demonstra, atualmente, o elo entre medicina e espiritualidade? Como se legitimou este campo de pesquisas? O percurso histórico mostra que, partindo da negação da manifestação do espírito no corpo humano, defendendo a primazia da busca de causas para efeitos, e do fator de repetição dos efeitos, chegou-se, curiosamente através da mesma tecnologia e experimentalismo, à admissão de que causas psíquicas produzem efeitos materiais, corpóreos, verificáveis através da comunicação química entre o sistema nervoso e o imunológico (FAVA & SONINO, 2000). Vários estudos poderiam ser elencados demonstrando que emoções, imunidade e adoecimento estão interligados: a depressão diminui a quantidade de anticorpos no sangue. Ansiedade e pensamentos invasivos, também, assim como episódios de desentendimento nas relações pessoais íntimas. A síndrome do pânico depleta os anticorpos, favorecendo infecções. Conseguir abrir-se, compreendendo as próprias emoções, melhora asma e artrite. Ficar nervoso antes de provas escolares importantes diminui a velocidade de cicatrização de feridas (KIECOLT-GLASER et al, 2002). A contraparte nas Ciências Humanas é a verificação de que religiões e cultivo da espiritualidade promovem o oposto do materialismo e individualismo (enaltecidos durante todo o século passado). Durkheim, já no século XIX, atribuiu à religião o papel de integrador social, promovendo a moralidade e combatendo os vícios. O que se verificou no final do século XX foi o aumento de “doenças de base espiritual” (ECKERSLEY, 2007). Peculiarmente, houve um aumento no número de casos de suicídio entre jovens de países desenvolvidos. E mais: o trabalho inicial de Durkheim, para legitimar a criação do campo de estudos específico para a Sociologia, foi sobre o suicídio por razões do entorno social...

Em outras palavras, as pesquisas científicas corroboram que processos mentais (nervosos), crenças e afetos afetam o corpo, a saúde. Isto torna cada vez mais difícil refutar que tais processos sejam também manifestações do espírito. A validade, utilidade e demanda social por conceitos integrativos entre Ciências Humanas e da Saúde está em plena expansão.

Um fato notório, mas pouco divulgado, é que esta crise no papel e na prática médica, na legitimação dos estudos sobre adoecimento e cura, não só acompanha o ritmo da crise do paradigma científico vigente em toda a sociedade, como também segue a cadência da

expansão do conceito de Direitos Humanos. Explicamos mais pausadamente: após a Segunda Guerra, a Declaração Universal dos Direitos do Homem abriu um veio nos meios acadêmicos e social para defesa daquilo que foi exatamente aliado do processo de desenvolvimento da ciência no Ocidente: o lado intangível da existência humana (SANTOS, 1997). Os valores máximos da existência, e a ética, ganharam relevância e valorização positiva (tudo após os resultados desastrosos daquela guerra, culminância de um certo viés do projeto ocidental para o mundo).

As crenças e os afetos passaram, devagar desde então, a poder ser colocados no mesmo grau de importância dos corpos e da matéria. Nos anos 90 pôde-se ir mais além nesta afirmação: as crenças e os afetos modificam os corpos por sua influência na matéria (THAYER & RUIZ-PADIAL, 2006). Doenças cardíacas se destacam. A medicina, neste século XXI, não caminha mais como uma ciência do ceticismo e da exclusão, mas de assunção de possibilidades. Partindo desta nova abordagem, será que mais de uma causa pode gerar os mesmos efeitos? Que combinações são possíveis com outros ramos do conhecimento humano, para explicar e intervir nas situações de adoecimento e cura? Os novos profissionais precisam acolher esta transformação, ou enquadrar-se nas estatísticas da obsolescência. De acordo com o consultor empresarial Max Gehringer, na Rádio CBN, existe também a opção de oferecer as tecnologias médicas mais avançadas para o mercado. Estas duas alternativas formariam a principal rodovia para o sucesso futuro das carreiras dos recém-formados cujos pais já não sejam igualmente médicos, com clientela antiga, cativa e transferível. Até por razões mercadológicas o perfil dos médicos precisará de modificações.

As mudanças de mentalidade o avanço das pesquisas e os novos hábitos em saúde permitem constatar a validade desta proposta de uma nova concepção de mundo.

A quantidade de pesquisas acumuladas até agora permitiu concluir que 80% dos ansiosos e deprimidos não sabem deste lado de seu processo de adoecimento, e procuram um médico por distúrbios intestinais, alergias, inflamações, insônia, queda de cabelo e dores no abdômen, entre os sintomas mais comuns. Só depois de vários retornos e exames inconclusivos é que se levanta a hipótese deste adoecimento dever-se a problemas emocionais (psicológicos ou psiquiátricos), e se inicia a nova fase em busca da cura (DE GUCHT & FISCHLER, 2002). A forma como estes problemas emocionais serão enfrentados pode bem ser espiritual ou religiosa (mas as representações oficiais da Medicina ainda não admitem esta legitimidade, demandando mais pesquisas conclusivas). Segundo Nelson et al (2002), os componentes não-espirituais da religião (práticas religiosas) são bem menos relevantes para o bem-estar psicológico dos pacientes. O lado espiritual, o contato com o sagrado através da religião (institucionalizada ou não) é que obtém este resultado. Mas, nas pesquisas em geral, julga-se estar verificando a religiosidade de alguém perguntando por práticas, por exteriorizações religiosas. Pargament, Magyar-Russell e Murray-Swank (2005) ressaltam que os psicólogos e psiquiatras têm pouco a contribuir nos debates sobre a existência de Deus ou a realidade das crenças religiosas porque seu conhecimento foi erigido sobre instrumentos, e não existem tais artifícios para detectar a presença ou ausência de Deus. Os pressupostos destes campos também são não-religiosos. Este impasse é um ótimo campo para pesquisas. “Existe algo de único sobre a religião, deixado intacto quando todos os outros fatores são considerados na explicação de um fenômeno de cura” (PARGAMENT, MAGYAR-RUSSELL & MURRAY-SWANK,

2005). Daí decorre o prestígio e valimento da nossa área de Ciência(s) da(s) Religião(ões) em pesquisar e aprofundar os temas de Espiritualidade e Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALFVÉN, G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. **Acta Paediatrica**. 82(5):484-87, 2008.
- BARNES, P.M. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. **Seminars in Integrative Medicine**. 2(2):54-71, 2004.
- CAIXETA, M. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2005.
- DE GUCHT, V.; FISCHLER, B. Somatization: a critical review on conceptual and methodological issues. **Psychosomatics**. 43:1. January-February, 2002.
- ECKERSLEY, R.M. Culture, spirituality, religion and health: looking at the big picture. **Medical Journal Association**. 186(10):54-6, 2007.
- FAVA, G.A.; SONINO, N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. **Psychotherapy and Psychosomatics**. 69(4):184-97, 2000.
- FREEMAN, J. Towards a definition of holism. **British Journal of General Practice**. February, 2005.
- FURNHAM, A.; FOREY, J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary(alternative) medicine. **Journal of Clinical Psychology**. 50(3):458-69, 2006.
- KIECOLT-GLASER, J.K. et al. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. **Psychosomatic Medicine**. 64:15-28, 2002.
- NELSON, C.J. et al. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. **Psychosomatics**. 43:213-20, 2002.
- PARANÁ. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO. **Clipping**. Gazeta do Povo: Medicina / CRM pune pouco, mas promete mais rigor. 16 de abril de 2010. Disponível em: <<http://www.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2053>>. Acesso em 21/junho/2010.
- PARGAMENT, K.I.; MAGYAR-RUSSEL, G.M.; MURRAY-SWANK, N.A. The sacred and the search for significance: religion as a unique process. **Journal of Social Issues**. 61(4):665-87, 2005.
- PEREIRA NETO, A. de F. **Ser médico no Brasil: o Presente no Passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- RIBEIRO, W.C.; JULIO, R.S. **Normativa Ética e Erro Médico**. In: Âmbito Jurídico, Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7891>. Acesso em 25/06/2010.
- SANTOS, B. de S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 48. Junho, 1997.
- SIAHPUSH, M. Why do people favour alternative medicine? **Australian and New Zealand Journal of Public Health**. 23(3): 266-71, 2008.
- SILVA, M.M.A. **Trabalho Médico e o Desgaste Profissional**. [Dissertação de mestrado]. Campinas, SP: UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2001.

THAYER, J.F.; RUIZ-PADIAL, E. Neurovisceral integration, emotions and health: na update. **International Congress Series**. 1287:122-27. April, 2006.
JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA. **Número de Processos no STJ cresce 155% em Seis Anos**. Dezembro 2008/Janeiro/2009. Disponível em:
<http://www.ammg.org.br/jornal/edicao_114/page06.pdf.> Acesso em 25/junho/2009.