



SAÚDE, SAÚDE BUCAL E RELIGIOSIDADE: SABERES E PRÁTICAS DE DIRIGENTES RELIGIOSOS SOBRE SAÚDE

Davi Oliveira Bizerril¹, Liza Barreto Vieira², Dulce Maria de Lucena Aguiar³, Lucas Matos Marinho⁴

1 Cirurgião-dentista. Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza;

2 Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Docente da Universidade de Fortaleza;

3 Cirurgiã-dentista. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade de Fortaleza;

4 Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

RESUMO

Objetivo: analisar a saúde sistêmica e a saúde bucal segundo as principais religiões brasileiras, sob a percepção de diferentes dirigentes religiosos. **Métodos:** Caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa, exploratória e observacional de caráter etnográfico. Consistiu em entrevista com um representante de quatro religiões: Protestantismo; Catolicismo; Espiritismo e Umbanda, no município de Fortaleza, no período de junho a setembro de 2018. As entrevistas fornecidas pelos participantes foram analisadas segundo a análise do conteúdo de Bardin. Procedeu-se a observação participante em que o pesquisador participou de um ato religioso e anotou num diário de campo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza com o parecer 3.006.394. **Resultados:** Da análise dos dados foi possível comprovar que, todos os participantes realizam o autocuidado de higiene corporal e bucal; apontaram que suas respectivas condições de saúde/saúde bucal, sob suas percepções, são regulares; assiduidade é satisfatória aos serviços de saúde; acreditam que existe uma forte relação entre a religião e a saúde; crença dos fieis está pautada em que ter uma boa saúde corporal e bucal; acreditam que a religião influencia na saúde do fiel; realização de prática religiosa é fundamental para obter uma boa saúde. **Conclusão:** Desta maneira, a saúde sistêmica e a bucal, como integrante daquela, apresentam suas particularidades de acordo com cada religião brasileira, variando segundo crenças e valores, história e trajetória sócio-política.

Palavras-Chave: Percepção; Religião; Religião e medicina.

HEALTH, HEALTH AND RELIGIOUSNESS: KNOWLEDGE AND PRACTICES OF RELIGIOUS HEALTH LEADERS

ABSTRACT

Objective: to analyze systemic health and oral health according to the main Brazilian religions, under the perception of different religious leaders. **Methods:** Characterized as a qualitative, exploratory and observational research of ethnographic character. It consisted of an interview with a representative of four religions: Protestantism; Catholicism; Espiritismo and Umbanda, in the city of Fortaleza. The interviews provided by the participants were analyzed according to the analysis of Bardin's content. The research was approved by the



Ethics Committee of the University of Fortaleza with the opinion 3.006.394. **Results:** From the analysis of the data it was possible to prove that all the participants perform the self-care of body and mouth hygiene; pointed out that their respective health / oral health conditions, under their perceptions, are regular; assiduity is satisfactory to health services; believe that there is a strong relationship between religion and health; The belief of the faithful is based on having good body and mouth health; believe that religion influences the health of the faithful; Performing religious practice is critical to achieving good health. **Conclusion:** In this way, the systemic and oral health, as part of that, present their particularities according to each Brazilian religion, varying according to beliefs and values, history and socio-political trajectory.

Keywords: Perception; Religion; Religion and medicine.

INTRODUÇÃO

A religião expressa uma busca de vinculação da pessoa ao divino. A palavra religião vem do latim: *religio*, formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Representada pela crença na existência de um poder ou princípio superior, sobrenatural, do qual depende o destino do ser humano e ao qual se deve respeito e obediência¹.

A religião é compreendida como institucional e doutrinária, já a religiosidade é a expressão ou prática do seguidor que pode relacionar-se ou não com uma instituição religiosa. A espiritualidade é uma dimensão intrínseca de todo ser humano. Ela não está sob o domínio das religiões e nem de algum movimento espiritual, ela é inerente ao ser humano¹.

É importante ressaltar o significado dos termos religiosidade e espiritualidade. Ambos são dimensões que, embora categorizadas juntas, para alguns estudiosos apresentam significados diferentes. A espiritualidade pode ser conceituada como a busca pessoal pela compreensão das questões últimas da vida, seu sentido e relação com o sagrado, o transcendental, sem no entanto, obrigatoriamente conduzir ou originar rituais religiosos. A religiosidade é entendida como crença que o indivíduo pratica de forma ordenada, frequentando templos, orando e lendo livros religiosos².

A medicina sempre esteve intensamente ligada à espiritualidade, associando a doença como pragas divinas de deuses e demônios. Cerca de 2500 a.C., crenças hindus foram registradas apresentando o politeísmo, além de muitas outras como culturas antigas como assíria, babilônica, egípcia, grega e romana. Tais culturas geralmente acreditavam em sacrifícios para apaziguar seus deuses e associavam ao estado de saúde individual e coletivo de seu povo. O monoteísmo, fundação da linha judaico-cristã-muçulmana de



religiões, passou a acreditar na existência de um só Deus, o qual envia seu filho com o propósito de salvar o mundo. Diversas religiões apresentam tal dogma e o associa diretamente com o processo saúde-doença específico de cada época mesclando pela busca de saúde e paz interior³.

Entende-se por religião um sistema de crenças, práticas, valores e organizações que estabelece relações de grupos sociais com um ser transcendente. As religiões são compostas por narrativas históricas, símbolos e tradições que se destinam a dar sentido à vida, a explicar sua origem e a do universo⁴. Em vários aspectos, a religião é a dimensão de maior influência de um indivíduo perpassando nas relações sociais de seus fiéis.

A religião carrega um significado coletivo e público, pois agrupam indivíduos em uma mesma organização moral constituindo instituições religiosas. A maioria das instituições religiosas têm comportamentos organizados, incluindo hierarquias clericais, definição do que constitui adesão ou filiação, congregações de leigos, reuniões regulares, serviços para fins de veneração ou adoração de uma divindade, lugares de oração e escrituras sagradas a que têm acesso os praticantes. De cada religião costumam derivar códigos de moralidade, ética e leis que se diferenciam segundo as instituições^{5,6}, onde atuam os líderes ou dirigentes religiosos.

São esses que ocupam nas instituições religiosas o lugar de saber-poder e de produção de verdades, dando corporalidade ao sistema de crenças que guia a massa de fiéis, e são os que têm a pretensão de provocar mudanças de orientação e de sentido nas vidas da população^{7,8}.

Nesse contexto de possibilidade de contato com o sobrenatural que as pessoas se dirigem aos templos religiosos, principalmente àqueles que prometem, através da intercessão do divino, a resolução dos problemas dos seus seguidores. Nesse sentido, tais religiões apresentam-se como um mundo que acolhe e protege, oferecendo o que as pessoas procuram: atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro. A atuação das religiões vem se fortalecendo no campo da saúde, por meio de promessas de curas e amparo emocional, e isso interfere, diretamente, na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam essa assistência religiosa^{1,8,9}.

De acordo com o censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população brasileira é de maioria cristã, de afiliação católica, mas, em comparação com o censo de 2000, há uma redução do número de católicos e crescimento do número de evangélicos em todas as regiões do Brasil. Também houve um crescimento da religião espírita (1,3% – 2%) e do número de pessoas que não são afiliadas a nenhuma religião (7,4% – 9%)⁵.



É importante salientar que em cada denominação religiosa há vertentes específicas. Quando publicado o “Novo mapa das religiões”⁴, tendo por base dados do último censo do IBGE, apontou a existência de pelo menos 25 ramificações dentro daquelas consideradas como principais denominações (católicos, evangélicos e espíritas), além de outras crenças, como islamismo, hinduísmo e budismo, que não se classificam nos três primeiros grupos.

Desde os primórdios da sociedade, as práticas religiosas estão intimamente relacionadas ao trabalho de cura e à prevenção de doenças, apresentando-se como um aspecto relevante para que haja compreensão sobre o processo saúde-doença. Sendo assim, as instituições religiosas são vistas como importantes redes de apoio. Com base nisso, considera-se importante pesquisar a compreensão que os líderes religiosos têm sobre saúde¹.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a saúde sistêmica e a saúde bucal segundo as principais religiões brasileiras, sob a percepção de diferentes dirigentes religiosos.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa, exploratória e observacional de caráter etnográfico^{10,11}. Consistiu em observação participante e imersão em campo por meio de entrevista com um representante de quatro religiões, no município de Fortaleza, no estado do Ceará (CE).

A pesquisa abordou quatro religiões predominantes no Brasil, em especial no município de Fortaleza: Protestantismo, Catolicismo, Espiritismo e Umbanda. Por meio de uma amostragem por conveniência, foram escolhidas instituições religiosas pelo seu impacto populacional de fiéis no município de Fortaleza. Foram pactuadas as seguintes instituições religiosas conforme o quadro 1.

Quadro 1. Instituições e representantes religiosos, Fortaleza, 2018.

Instituição	Religião	Dirigente religioso
1	Protestantismo – religião cristã evangélica	1 – pastor
2	Catolicismo – religião cristã católica	2 – padre
3	Espiritismo – religião espírita	3 – presidente da entidade
4	Umbanda – religião afrodescendente	4 – comandante chefe de terreiro

Fonte: dos autores, 2018.



A amostra do estudo foram os representantes religiosos das instituições citadas acima, resultando em 4 (quatro) participantes para a entrevista individual.

A pesquisa apresentou como critério de inclusão o fato de ser líder de uma das religiões citadas e ter sido autorizado a participar da pesquisa; e a disponibilidade do dirigente religioso em participar da entrevista. Os critérios de exclusão foram: inviabilidade de realizar a pesquisa por motivos da instituição (como horário, tempo disponível, dentre outros) e a não autorização do dirigente religioso ou de forças divinas/deuses reverenciados pelas religiões.

Foram realizadas entrevistas com o dirigente religioso representante de cada religião nas dependências da própria instituição, mediante autorização do mesmo. Isto aconteceu no período de julho a setembro de 2018. Essas entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas para posterior análise. O roteiro de entrevistas orientou-se pelos seguintes questionamentos: Quais são os cuidados que você toma para sua saúde geral? Quais são os cuidados que você toma para sua saúde bucal? Como você avalia sua atual condição de saúde geral? Quando foi a sua última visita ao médico? Como você avalia a sua atual condição de saúde bucal? Quando foi a sua última visita ao dentista? Você acredita que a sua religião influencia na sua saúde geral? Você acredita que a sua religião influencia na sua saúde bucal? Os fiéis/seguidores acreditam que existe uma relação entre a religião e a saúde? Alguma força divina tem poder sobre a saúde geral? Alguma força divina tem poder sobre a saúde bucal? Existem possíveis terapias religiosas dentro da sua religião que curam/acalmam agravos, doenças, pressão alta, dor de cabeça, diabetes, dor de dente...? As perguntas foram baseadas em estudos realizados sobre o mesmo objeto de estudo^{12,13}.

As entrevistas transcritas foram desmembradas e procedeu-se a análise das falas segundo a análise de conteúdo de Bardin. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores, quantitativos ou qualitativos, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e/ou recepção sobre outra realidade diferentes às mensagens¹⁴.

Para análise das falas, os dirigentes religiosos foram enumerados com números cardinais (dirigente religioso 1, dirigente religioso 2, dirigente religioso 3 e dirigente religioso 4), favorecendo o sigilo dos mesmos.

Inicialmente, procedeu-se a uma pré-análise com a leitura flutuante de todo o material. Estas mensagens foram analisadas de acordo com os objetivos do estudo, com base nas informações obtidas do instrumento aplicado junto aos participantes da pesquisa e discutidas à luz da literatura revisada e da análise de Bardin. A análise de conteúdo



identificou as interrelações entre o comportamento dos sujeitos e os sentidos atribuídos por eles às suas experiências e às características do contexto sociocultural onde estão inseridos, acerca de sua percepção sobre saúde sistêmica e saúde bucal.

Foi realizada uma análise categorial com os resultados obtidos. A análise categorial trata do desmembramento do discurso em categorias, em que os critérios de escolha e de delimitação orientam-se pela dimensão da investigação dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos participantes pesquisados¹⁴. Desta análise emergiram sete categorias, que seguem descritas e ilustradas com relatos relevantes, seguidas da discussão das mesmas à luz da literatura: (1) cuidados de higiene geral e bucal; (2) autoavaliação da condição de saúde/saúde bucal; (3) assiduidade na assistência profissional – médica e odontológica; (4) percepção da influência da religião na saúde/saúde bucal; (5) crença dos fiéis na relação religião-saúde; (6) crença do dirigente religioso na relação religião- saúde/saúde bucal; e (7) terapias religiosas para obtenção de saúde.

Além disso, realizou-se a observação participante em que o pesquisador visitou as instituições religiosas durante um ato religioso e fez as anotações num diário de campo.

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 foi respeitada. Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, esse estudo adotou os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência¹⁵.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COÉTICA) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) segundo o número do parecer 3.006.394/2018. Foi obtido o TCLE dos participantes da referida pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão descritas a seguir as sete categorias emergentes das falas dos participantes da pesquisa.

Cuidados de higiene geral e bucal

Da análise dos dados foi possível comprovar que, todos os participantes realizam o autocuidado de higiene corporal e bucal, de acordo com os relatos a seguir.

“Eu tomo vitaminas, tenho um problema de tireóide então tomo medicação pra isso, tomo vitamina D própria já da idade, e só. Eu faço exame anualmente.” “Pra saúde bucal



especificamente é o cuidado normal do dia-a-dia, higienização, tudo que tem que ser feito... Também gosto de fazer uma revisão anual. Atualmente estou fazendo um tratamento dentário (estético).” (dirigente religioso 1)

“[...] me preocupo com minha saúde no sentido de cuidar do corpo que é templo do espírito santo. [...]” “Com relação à saúde bucal, pelo menos eu tento ir sempre ao dentista pra poder fazer a revisão, pra manter bem a minha boca, [...]” (dirigente religioso 2)

“No que diz respeito à saúde, todos nós dentro da doutrina espírita entendemos que a saúde está muito ligada, muito interligada ao nosso corpo espiritual, ou seja, ao nosso pensamento. O corpo físico acaba sendo uma consequência daquilo que nós carregamos espiritualmente, [...]”

“[...] quando garoto fui muito desleixado com meus dentes, [...]. Agora as pessoas fazem aquela prevenção trimestral, semestral, cuidarem dos seus dentes, mas levando em consideração que todo esse zelo com o nosso corpo é uma consequência do zelo com o nosso espírito.” (dirigente religioso 3)

“A gente como é da espiritualidade a gente também tem que se cuidar, tanto materialmente como espiritualmente. Espiritualmente eu tenho meus cuidados, minhas afirmações com os meus orixás, com os meus guias, com os meus "preto velho", né? E eu Mãe [...] sempre vou ao médico. [...]” “A gente aqui na casa, as entidades, usamos charuto, cachimbo, a gente usa dentro da religião, então por isso a gente sempre vai ao dentista fazer limpeza, tudinho. [...]” (dirigente religioso 4)

A teoria do autocuidado apresenta-se como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício para manterem a vida, a saúde e o bem-estar; também argumenta que o requisito do autocuidado, quando formulado e expresso, constitui os propósitos do autocuidado formalizados¹⁶.

São, portanto, as razões pelas quais são praticados^{17, 18} reconhecendo-se que deve, esse, constituir um dos objetivos da assistência à saúde, por possibilitar o estímulo à participação ativa da própria pessoa em seu processo de cura ou de manutenção da vida.

Nota-se que o indivíduo, independente do seu status em uma hierarquia religiosa ou sob qualquer outro sistema de hierarquização, realiza práticas de cuidado à saúde, em prol da manutenção da vida, da redução de danos e da recuperação da saúde.

Autoavaliação da condição de saúde/saúde bucal



Os participantes apontaram que suas respectivas condições de saúde/saúde bucal, sob suas percepções, são regulares, mostrando uma necessidade de profissionais e poder divino, como exemplifica nos seguintes relatos:

“A minha atual condição de saúde geral ela não está boa, ela está razoável, devido a correria do dia-a-dia, isso afeta a saúde da gente, por conta dos problemas de tiróide também, a idade [...]” “[...] A saúde bucal está sendo cuidada.” (dirigente religioso 1)

“Eu avalio como “bem”. Hoje, graças a Deus, eu vou aos médicos e tenho as avaliações que me deixam mais seguro, tenho as orientações do médico, [...]”. “Bem, eu avalio assim que realmente tá bem [a saúde bucal], [...] Os dentes estão sendo trabalhados pela dentista, graças a Deus eu tenho umas dentistas boas que me ajudam a manter a minha saúde bucal bem.” (dirigente religioso 2)

“Por conta das nossas histórias de vida nós carregamos marcas do nosso passado e cada marca que nós carregamos do nosso passado, fruto de alguma dor, de alguma coisa que nós tivemos, ela pode se registrar no nosso corpo físico através de determinadas doenças, então nós vamos aprender a conviver com aquelas doenças de forma saudável, [...]” “Minha saúde bucal é prejudicada por conta desta história do passado me levando a ser um frequentador assíduo dos dentistas. [...] .” (dirigente religioso 3)

“Tá tudo ok. Eu tenho um problema na coluna, mas a minha entidade, uma preta velha que eu carrego, a mãe [...], ela ainda não deu permissão pra eu fazer essa cirurgia, ela quer que eu faça primeiro no centro espírita com os espíritos pra depois ver, [...]” (dirigente religioso 4)

A autoavaliação tem um caráter subjetivo sobre o grau de entendimento da condição própria de saúde. Este tipo de avaliação contribui para a compreensão da saúde enquanto condição complexa e multifatorial, a qual representa uma percepção integrada do indivíduo quanto às dimensões biológicas, psicológicas e sociais^{19,20}. A autoavaliação da saúde é uma condição que não condiz com a realidade diagnosticada pelo profissional da saúde. Tal fato faz com que o indivíduo tenha uma percepção errônea e de melhor estado da sua saúde. A fé religiosa do dirigente, frequentemente, é mesclada com a autoavaliação de sua saúde, mostrando como um determinante social fundamental no processo saúde-doença.

Assiduidade na assistência profissional – médica e odontológica

A assiduidade dos representantes religiosos aos serviços de saúde é satisfatória. Todos apontaram uma regularidade de visitas aos profissionais médico e dentista, de acordo com os trechos a seguir.



“Está com 6 meses [que fui ao médico].” “Recentemente [fui ao dentista]. Ainda estou fazendo o tratamento, desde dezembro. [...]” (dirigente religioso 1)

“A minha última visita [ao médico] faz umas duas semanas, eu precisei ver a questão do meu estômago que estava com muita azia, [...]” “A última vez que fui ao dentista foi em abril.” (dirigente religioso 2)

“Eu particularmente costumo ir ao médico a cada quatro meses, eu vou no cardiologista, faço meus exames; por ter meus problemas de dente eu visito o dentista da mesma maneira, a cada quatro meses ou assim que preciso de alguma coisa. Eu acho que essas prevenções são importantes. [...]” (dirigente religioso 3)

“Semana passada [fui ao médico].” “Mês passado [fui ao dentista]. Fui fazer limpeza, porque eu uso um aparelho que eu uso aqui embaixo. [...]” (dirigente religioso 4)

Assim como outros grupos de pacientes portadores de doenças crônicas, os participantes apresentam-se assíduos às consultas ambulatoriais médicas e odontológicas. A adesão à terapêutica médica e odontológica, historicamente, é caracterizada por ter baixa frequência e ter um caráter agudo-emergencial, o que não caracteriza a amostra do estudo²¹.

Percepção da influência da religião na saúde/saúde bucal

Todos os religiosos acreditam que existe uma forte relação entre a religião e a saúde, como apontam as falas:

“Sim, eu acredito. Eu acredito porque uma das coisas que a gente como evangélico tenta passar é o cuidado com a própria saúde. Quando a gente imagina que o nosso corpo é um santuário do Senhor a gente estimula as pessoas a cuidarem de si mesmas, não descuidar da sua saúde.” “Não. Porque quando eu falo de saúde geral eu também incluo a bucal. Especificamente na saúde bucal, não. [...]” (dirigente religioso 1)

“Com certeza. Porque nós sabemos que o nosso Senhor quer o bem. Nosso Senhor Jesus Cristo quer o bem de cada pessoa e por isso Ele curou muitas vezes o cego, o coxo, o aleijado, então eu creio em Jesus Cristo e crendo nEle, Ele me dá a saúde necessária para bem viver.” “[...] Ele [Jesus] quer a cura de todas as pessoas, Ele quer também a minha saúde bucal, na verdade Ele quer o homem por inteiro, aqui nós estamos falando de uma parte que é a saúde bucal, então com certeza a religião também influencia nisso [...]” (dirigente religioso 2)



“Absolutamente. Sem um pingo de dúvidas.” “Em todos os sentidos. Em todos os sentidos que digam respeito ao corpo físico ela é parte integrante disso.” (dirigente religioso 3)

“Eu acredito sim. Mesmo com a religião ou fora da religião, não sei se você já ouviu falar que a fé ela move montanhas, então umbanda, candomblé, espiritismo, catolicismo, evangélico... eu acho que a gente está dentro de uma religião pra ter fé, a fé que a gente tem em Deus, porque Deus ele está acima de qualquer coisa e Deus está em todas as religiões, [...]” (dirigente religioso 4)

É possível perceber a associação da saúde corporal e espiritual, por parte do líder religioso, onde o próprio indivíduo é ativo nesse processo, associado ao poder divino, de acordo com cada contexto religioso. Os religiosos atribuem aos deuses, o poder de cura sob o corpo como um templo material da alma, firmando evidências sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física e mental^{22,23}.

O papel da religião melhora consideravelmente a saúde mental, influenciando em vários quesitos como o social e o relacional e interferindo no comportamento agressivo em alguns grupos sociais. Nota-se que existe uma ligação entre a saúde e a religiosidade, e esse processo influencia diretamente o cotidiano dos fiéis¹³.

Crença dos fiéis na relação religião-saúde

A crença dos fiéis está pautada em ter uma boa saúde corporal e bucal. Tal condição mostra-se como uma convicção nos princípios religiosos, segundo os religiosos, como mostram seguintes trechos:

“Acreditam. Por exemplo... É porque tá assim bem pra questão da religião, aquela coisa bem doutrinária, né? E o evangélico, ele não vê muito essa questão da religião, é o relacionamento dele com Deus. O que que a gente observa? Principalmente nas doenças das questões emocionais, nas questões mentais... As religiões, principalmente o evangelho, tentam tratar muito isso. Na questão emocional que leva a pessoa a tomar muito comprimido. [...]” (dirigente religioso 1)

“Sim. Os fiéis com certeza acreditam que existe uma ligação entre a religião e saúde, até porque é comprovado hoje que sem a espiritualidade o homem não vive bem, né? [...]” (dirigente religioso 2)

“Sem sombra de dúvidas. Isso é uma coisa que pra nós é um princípio. As nossas doenças elas vão começar dentro do nosso corpo espiritual e apontam o resultado (onde elas vão se manifestar) no corpo físico. [...]” (dirigente religioso 3)



“Sim, todos.” (dirigente religioso 4)

A credulidade dos fiéis na religião está relacionada em vários aspectos da vida, principalmente, na saúde. Há associação de que o(s) poder(es) divino(s) possa(m) influenciar em ter uma boa qualidade de vida ou que doenças são oriundas do espírito e externadas no corpo físico. A religiosidade e a espiritualidade são campos de elaboração subjetiva em que a maioria da população latino-americana – e, especificamente, brasileira – constrói de forma simbólica o sentido da sua vida e busca motivação para superar a crise existencial decorrente da doença e outras situações da vida^{24,25}.

Crença do dirigente religioso na relação religião-saúde/saúde bucal

Os dirigentes religiosos acreditam que a religião influencia na saúde do fiel. Os valores religiosos estão ligados à cura dos fiéis, alguns até desenganados por profissionais de saúde. Os religiosos apontam a existência de milagres religiosos na vida das pessoas, esses são considerados como acontecimentos não esperados caracterizados pelos aspectos psicológico, ontológico, intencional e sagrado. São apontados como sinais divinos relacionados, muitas vezes, a cura de pessoas.

“Olha... se eu disser pra você que não acredito que Deus pode curar eu vou estar mentindo, mas isso é muito da fé da pessoa. Eu já vi pessoas estarem muito doentes e eu já vi ser desacreditadas pelo médico e eu já vi elas serem curadas perante a fé que nem o médico acreditava, então foi Deus mesmo que interviu. [...]” (dirigente religioso 1)

“Com certeza. Jesus Cristo tem poder sobre todas as pessoas. Ele tem poder de curar, ressuscitar, tem poder de curar um câncer, por exemplo, tem poder para curar uma enxaqueca. [...]” (dirigente religioso 2)

“A força divina tem força sobre absolutamente tudo e ela é intimamente ligada em relação ao mérito. [...]. Então há uma passagem no evangelho que diz "ajuda-te e o céu te ajudará". Então o nosso mérito que vai ser o fato gerador dessas ajudas. [...]” (dirigente religioso 3)

“Sim.” “Sim, também.” (dirigente religioso 4)

Há uma associação direta do poder divino com a obtenção e manutenção da saúde, segundo os representantes religiosos. A prática religiosa reduz a taxa de morbimortalidade de doenças nos fiéis, como interrupção do tabagismo, adoção de atividade física regular, fortalecimento das relações sociais e manutenção do matrimônio^{22,26}.

Terapias religiosas para obtenção de saúde



A realização de prática religiosa é fundamental, segundo os representantes, para obter uma boa saúde, de acordo com os trechos seguintes.

“Não é uma terapia, é aquela coisa que você leva uma vida com Deus de oração, de comunhão, de ir à igreja, então isso realmente acalma, diminui, você tem um ambiente que lhe acalma. Então eu acho que a religião tem esse poder de acalmar, de melhorar um quadro de saúde geral de uma pessoa. Mas existem casos específicos que realmente precisam de tratamento. [...]” (dirigente religioso 1)

“Eu não diria terapia, eu diria que a vida de oração é de fato aquilo que cura as doenças graves, todo tipo de doença. [...]” (dirigente religioso 2)

“Sem sombra de dúvida. O melhor caminho pra isso é o caminho da meditação, é o caminho do autoconhecimento. Santo Agostinho dizia que a nossa evolução está muito ligada ao aspecto de nos conhecermos. [...]” (dirigente religioso 3)

“Tratamento espiritual. Cura dor de cabeça, pressão alta. Pra diabetes não. Diabetes eles sempre passam chá pata da vaca, diabetes não. Dor de dente é como eu falei pra você, alivia e dizem pra procurar o homem de anel. Dentro da religião tem terapia. [...]” (dirigente religioso 4)

Ao se considerar as práticas religiosas e o estado de saúde, observaram-se aspectos positivos entre os dois como os relatos dos dirigentes. Todos associam que as práticas de oração, reza, meditação e tratamento espiritual são caminhos para a obtenção de saúde.

Métodos de relaxamento, meditação e oração são terapias/práticas religiosas que saciam dores e angústias geradas por uma vida turbulenta permeada de fatores estressantes e doentios como: violência urbana, relacionamentos abusivos, fragmentação familiar, dentre outros. Então, a prece é uma prática milenar de diversas e distintas religiões, tradicionalmente associada a bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade²³. Existe uma clara determinação da estratégia da prece intercessória para otimização de saúde de pacientes acometidos de distintas doenças²⁸. Estudos apontam que a religiosidade é considerada extremamente importante na vida de idosos, dando-lhes força para suportar problemas, perdas e lutas^{27,28}.

A espiritualidade é uma das cinco dimensões que fazem parte do ser humano, e não se pode concebê-la como uma dimensão isolada das demais^{28,29}. Essa dimensão se dar pela busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido; sobre as relações com o sagrado ou com o transcendental, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas²⁸. É considerada como um estado de espírito, na qual o indivíduo sente-se em contato com o divino, podendo estar associado às religiões ou



não. As religiões geralmente preconizam valores morais, enraizados socialmente, e estabelecem uma relação entre o ser humano e um Deus ou Deuses²⁸.

Apesar das diferentes origens, as religiões apresentaram (re)interpretações de experiências de corpo e doença, oferta de serviços espirituais de cura e suporte às situações generalizadas de aflição e sofrimento semelhantes. Todas as religiões estudadas, basicamente, preconizam o amor pelo próximo, harmonia com o mundo e a fé a um Deus ou Deuses. O enfrentamento e a cura de doenças, principalmente as bucais, também foram parecidos, os dirigentes associaram o tratamento biomédico e a religião como aliados na cura.

O estudo apresentou algumas limitações, que precisam ser levadas em consideração na interpretação dos resultados, por ser do tipo transversal, no qual as relações de causa e efeito não podem ser determinadas; aspectos subjetivos, como sentimentos e dor, dos dirigentes religiosos podem influenciar nos resultados. O fato de as entrevistas terem sido realizadas nas instituições religiosas dispensou um maior tempo para as coletas, ocasionando dificuldades operacionais para a obtenção dos resultados.

CONCLUSÃO

A saúde sistêmica e a bucal, esta como integrante daquela, apresentam suas particularidades de acordo com cada religião brasileira, variando segundo crenças e valores, história e trajetória sócio-política.

Segundo representantes religiosos, a religião e saúde apresentam íntima relação permeada por ser reconfortante, acolhedora, confiante, esperançosa, dentre outras qualidades. Acredita-se que em um contexto de possibilidade de contato com a dimensão espiritual e religiosa, as pessoas se dirigem aos templos a fim de resolver seus problemas de saúde por meio da intercessão do divino.

Ao final desse estudo esperou-se ter um panorama, de cada uma das religiões abordadas em relação às diversas concepções e entendimentos da saúde sistêmica e bucal, na perspectiva dos indivíduos envolvidos.

Os resultados trazem como contribuição para os profissionais de saúde, componentes de uma equipe multidisciplinar, principalmente aos cirurgiões-dentistas, uma melhor compreensão de seus pacientes, considerando seus valores culturais e religiosos. Além disso, articulou as categorias das entrevistas transcritas e das observações feitas com o referencial teórico e com possíveis desfechos culturais e históricos de cada religião.



Além disso, a pesquisa tende a colaborar com a comunidade acadêmica e técnico-científica, principalmente nas pesquisas qualitativas associadas à religiosidade, ainda incipientes na área da Odontologia. Ressalte-se aqui que esse tipo de estudo deve ser considerado como campo promissor de investigação, a fim de serem realizadas mais pesquisas desta natureza.

Recomenda-se, aos profissionais de saúde que priorizem o cuidado do ser humano, do ponto de vista integral e holístico, considerando os valores subjetivos e respeitando os aspectos espirituais e religiosos, para que isto sirva de alicerce para a tomada de decisões, por ser uma parte poderosa do processo de cura.

REFERÊNCIAS

- Cerqueira-Santos E, Koller SH, Pereira MTLN. Religião, Saúde e Cura: um estudo entre neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2004; 24(3):82-91.
- Coutinho JP. Religião e outros conceitos Sociologia, *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. 2012;24:171-193.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais. Rio de Janeiro; 1944.
- Neri MC. Novo mapa das religiões. Rio de Janeiro: FGV: CPS; 2011.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro. 2010:89-105.
- Stroppa A, Moreira-Almeida A, Salgado MI, Freire G. Religiosidade e Saúde. *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede. 2008:427-443.
- Guareschi PA, Jovchelovich S. Sem Dinheiro não há Salvação: Ancorando o Bem e o Mal Entre os Neopentecostais. *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes. 1995:191-225.
- Mota C, Trad LAB, Villas Boas MJVB. The role of religious experience in facing up to afflictions and health problems. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2012 jul-set;16(42):665-75.
- Gomes NS, Farina M, Forno CD. Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. *Revista de Psicologia da Imed*. 2014;6(2):107-112.
- Moen EÅ, Walseth LT, Larsen IB. Experiences of participating in individual placement and support: a meta-ethnographic review and synthesis of qualitative studies. *Scand J Caring Sci*. 2020 apr; 1-10.
- Garfinkel H. *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge, UK: Polity Press: 1967.
- Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University press; 2001.
- Ribeiro FML, Minayo MCS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 Jun;19(06).
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Brasil. Resolução CNS n. 466, de 12/12/2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*. jun. 2013;1(12):59.
- Orem D. *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas; 1993.



Cavanagh SJ. Modelo de Orem: Aplicación Práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.

Penaforte MHO, Martins MMFPS. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 Fev;19(1):131-139.

Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3353-62.

Marques SRL, Escarce AG, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS*. 2018;30(2):e20170127.

Coelho EB, Neto MM, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilate TJM, Nobre F. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005 set;85(3).

Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiq. Clín*. 2007;34(1):88-94.

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

Koenig HG. Construção e validação do índice de religiosidade da DUKE (Durel). *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;3(3):133-40.

Silva CF, Borges FR, Avelino CCV, Miarelli AVTC, Vieira GIA, Goyatá SLT. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Bioét*. 2016 ago;24(2):332-343.

Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GAK. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 87:957-961,1997.

Moraes NAS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Bol Psicol*, São Paulo, 2007; 57(127): 215-238.

Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde debate* [Internet]. 2017 Dez [citado 2019 Fev 14]; 41(115): 1102-1115.

Rohr F. Espiritualidade e Formação Humana. *Poiésis*, Tubarão, 2011; 1(esp.): 53-68.