

LUCIANA FERNANDES MARQUES

A Saúde e o Bem-estar espiritual em adultos Porto-alegrenses

Tese aprovada no Curso de Doutorado em Psicologia, Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), para obtenção do título de doutor.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera.

PORTO ALEGRE  
Dezembro de 2000



## SUMÁRIO

RESUMO . . . . .	XI
ABSTRACT . . . . .	XII
<b>1 INTRODUÇÃO . . . . .</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO TEÓRICA . . . . .</b>	<b>7</b>
2.1 PSICOLOGIA TRANSPessoAL . . . . .	7
2.1.1 Origens e desenvolvimento . . . . .	7
2.1.2 Perspectivas de aplicação . . . . .	16
2.2 A SAÚDE NUMA VISÃO INTEGRAL . . . . .	21
2.3 ESPIRITUALIDADE. . . . .	32
2.3.1 Delimitação do conceito . . . . .	32
2.3.2 O bem-estar Espiritual . . . . .	42
2.4 AS CONTRIBUIÇÕES DA ESPIRITUALIDADE PARA A SAÚDE GERAL. . . . .	49
2.4.1 A interrelação saúde-espiritualidade . . . . .	49
2.4.2 Influências da religiosidade na saúde . . . . .	55
<b>3 OBJETIVOS . . . . .</b>	<b>63</b>
3.1 OBJETIVO GERAL . . . . .	63
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS . . . . .	63
<b>4 PROBLEMA DE PESQUISA, HIPÓTESES E DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS TERMOS . . . . .</b>	<b>64</b>
4.1 PROBLEMA . . . . .	64
4.2 HIPÓTESES . . . . .	64
4.2.1 Hipótese geral . . . . .	64
4.2.2 Hipóteses específicas . . . . .	65
4.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS TERMOS . . . . .	665
<b>5 MÉTODO . . . . .</b>	<b>69</b>
5.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA . . . . .	69

5.2	INSTRUMENTOS. . . . .	70
5.2.1	Questionário de Saúde Geral (QSG) . . . . .	70
5.2.2	Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) . . . . .	76
5.2.2.1	adaptação da escala . . . . .	79
5.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS . . . . .	80
5.4	PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS. . . . .	82
6	<b>RESULTADOS.</b> . . . . .	84
6.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA . . . . .	84
6.1.1	Dados biodemográficos e instrucionais . . . . .	84
6.1.2	Dados sócio-culturais . . . . .	85
6.2	ANÁLISE DESCRITIVA . . . . .	88
6.2.1	Saúde subjetiva . . . . .	88
6.2.2	Eventos vitais . . . . .	88
6.2.3	Problema crônico de saúde . . . . .	89
6.2.4	Tratamento psicológico ou psiquiátrico . . . . .	90
6.2.5	Saúde geral . . . . .	90
6.2.6	Bem-estar espiritual . . . . .	91
6.3	ANÁLISE BIVARIADA . . . . .	92
6.3.1	Idade, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	93
6.3.2	Sexo, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	94
6.3.3	Educação, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	94
6.3.4	Estado civil, saúde geral e bem-estar espiritual. . . . .	97
6.3.5	Número de filhos, saúde geral e bem-estar espiritual. . . . .	99
6.3.6	Saúde subjetiva, saúde geral e bem-estar espiritual. . . . .	99
6.3.7	Ocupação, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	101
6.3.8	Religião, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	102
6.3.9	Etnia, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	106
6.3.10	Renda, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	108
6.3.11	Evento estressante, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	109
6.3.12	Tratamento psicológico (ou psiquiátrico), saúde geral e bem-estar espiritual . . .	110
6.3.13	Problema crônico de saúde, saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	111

6.3.14	Saúde geral e bem-estar espiritual . . . . .	111
6.4	<b>ANÁLISE MULTIVARIADA</b> . . . . .	113
6.4.1	Análise fatorial . . . . .	113
6.4.2	Análise de regressão múltipla . . . . .	114
6.4.2.1	preditores do bem-estar espiritual . . . . .	115
6.4.2.2	preditores do bem-estar existencial . . . . .	117
6.4.2.3	preditores do bem-estar religioso . . . . .	118
6.4.2.4	preditores do QSG e seus fatores . . . . .	120
7	<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> . . . . .	122
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> . . . . .	143
	<b>ANEXOS</b>	
	ANEXO 1 – Locais de Aplicação . . . . .	146
	ANEXO 2 - <i>Raport</i> . . . . .	151
	ANEXO 3 - Dados de Identificação . . . . .	152
	ANEXO 4 - Escala de Bem-Estar Espiritual . . . . .	154
	ANEXO 5 - <i>Spiritual Well-Being Scale</i> (versão original) . . . . .	155
	ANEXO 6 – Associações significativas . . . . .	157
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b> . . . . .	160

## RESUMO

Este trabalho tem como base a abordagem transpessoal que reconhece a espiritualidade e as necessidades transcendentais como aspectos intrínsecos da natureza humana. A proposta deste estudo é investigar a inter-relação entre o bem-estar espiritual e a saúde geral. Foram aplicados a Escala de Bem-estar Espiritual (PAULOTZIAN e ELLISON, 1982) e o Questionário de Saúde Geral (GOLDBERG, 1972), para uma amostra não-clínica de 506 pessoas, entre 16 e 78 anos (237 homens e 269 mulheres), residentes na cidade de Porto Alegre (RS-Brasil). A análise estatística dos dados mostrou que há uma correlação positiva significativa entre saúde e bem-estar espiritual. As escalas (QSG e EBE) e todos seus fatores obtiveram correlações altamente significativas entre si, o que demonstra importantes associações entre espiritualidade e saúde geral. As aplicações deste estudo apontam para a inclusão da espiritualidade na concepção de saúde, unida às dimensões biológica, psicológica e social e confirma que a espiritualidade pode fazer uma importante contribuição para a promoção da saúde e prevenção da doença, afetando o bem-estar das pessoas.

Palavras-chave: espiritualidade, bem-estar espiritual, psicologia transpessoal, saúde

## 1. INTRODUÇÃO

Enquanto a vida humana transcorre, há períodos de estabilidade e bem-estar, no qual a pessoa se encontra em meio a condições de crescimento, aprendizado e desenvolvimento. São aquelas fases produtivas, nas quais as pessoas não relatam crises ou situações problemáticas específicas. Nesses períodos há disponibilidade para superar pequenos obstáculos e dar conta das tarefas diárias. Invariavelmente, esses períodos se alternam com outros de desconforto, instabilidade e dificuldades na vida cotidiana. Esses últimos podem ocorrer em função de doenças, acidentes ou perdas, que demandam uma energia vital extra para enfrentar agruras (internas e/ou externas) e se readaptar frente situações estressantes.

Poderiam ser chamados de fases de integração, unidade e progresso (saúde) e outras de desintegração, dissolução e estagnação (doença). Essas fases parecem se complementar gerando períodos ativos com outros inativos, bem-estar com outros de sofrimento. Mas é do ser humano a característica de querer eliminar a dor e o sofrimento e embora se tente aumentar esses períodos de saúde, dificilmente se alcançará a cessação total dos períodos de doença. Pode-se buscar um prolongamento do período de saúde, mas a saúde perfeita assim como a imortalidade do corpo humano, ao que parece, permanecerá como um sonho, ainda que a medicina e a genética atuais se esforcem nessa direção.

Isso é particularmente importante de ser enfatizado num trabalho sobre saúde-espiritualidade, para esclarecer que a espiritualidade não é vista aqui como um valor a ser pago pela imortalidade e ausência de doenças. Com o avanço da ciência psicológica, possivelmente se poderá determinar se a espiritualidade é um ingrediente central da saúde humana e se as pessoas espiritualizadas têm maior longevidade e menor índice de doenças. Mas, atualmente, o que se pode afirmar com tranquilidade é que a espiritualidade não é um instrumento para as pessoas se livrarem de problemas e sofrimentos que a vida impõe. Se for assim encarada e vivenciada, a favor de uma exclusão dos aspectos ruins da vida, pode gerar desequilíbrios, evitação e até fobia (TRENHOLM et al., 1998). O que a espiritualidade parece favorecer, é um redimensionamento do problema, alterando a forma de encará-lo e um estímulo para adotar estratégias saudáveis para o enfrentamento de situações adversas (tanto de saúde quanto de doença).

Um trabalho sobre saúde também não se assenta na motivação de evitar a doença, num sentimento de aversão ao desequilíbrio e ao mal-estar, que nada mais são do que características do viver. Seria impossível manter a saúde das pessoas por uma vida inteira. Se fosse esse o objetivo, isso implicaria uma obediência cega ao prazer, deixando de se associar ao desequilíbrio e ao desconforto, ingredientes de crescimento e de reorganização. E não há nenhuma evidência de que a ausência de enfermidade e de mal-estar seja sinônimo de felicidade e paz. Como diz WILBER (1991a), longe de ser indesejáveis, os sintomas são oportunidades de desenvolvimento; mesmo por quê, são inevitáveis. Neste trabalho, se quer destacar a espiritualidade como uma forma de harmonização que é imprescindível num caminho de desenvolvimento de saúde e de fortalecimento e isso vale tanto para os períodos de doença quanto para os de ausência dela.

A saúde e a enfermidade são vistas, fundamentalmente, como conceitos socialmente construídos, com os quais etiquetamos certos processos que vivemos. A vivência da doença ou da saúde são do âmbito da experiência, e se poderia dizer que fazem parte de um contínuo. Nem sempre a pessoa classificada de doente é totalmente doente, e aquela que é vista como saudável, o é totalmente. Construimos conceitos que enquadram essas experiências, e dificilmente conseguiremos integrar aos conceitos a complexidade da vida humana, nem sempre tão confiável, objetiva e previsível como os métodos científicos. A espiritualidade é oferecida neste trabalho como um aspecto fundamental desses processos (de saúde e doença) não contemplados nas suas construções (de conhecimento).

O que se percebe é que as pessoas que estão bem relatam sentimentos de valores e espiritualidade, uma integração com a ordem divina (chamada de formas diferentes, conforme a religião ou sistema filosófico), como se estivessem realmente em paz com Deus. No entanto, esses aspectos não são enfatizados, nem focalizados, e talvez nem percebidos, quando se trata de saúde e doença nas ciências da saúde. Nas pessoas que adoecem, esses ingredientes também estão presentes, seja como um sentimento de abandono por Deus ou dúvidas religiosas, seja como sementes de cura e de saúde em meio a um processo de enfermidade. A espiritualidade pode surgir na doença como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho no restabelecimento, a não evitação de sentimentos dolorosos, o contato e



o aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a própria reabilitação. Isso nos remete a sua essência básica (se é que se pode localizar uma essência na espiritualidade) como um fator de saúde e realça sua importância nos processos de prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura.

Mesmo nas propostas mais holísticas, a espiritualidade vem sendo marginalizada, não incluindo no seu “biopsicosocial”, o espiritual. A OMS (Organização Mundial da Saúde) já sinalizou uma mudança de filosofia nas práticas de cuidado à saúde, incentivando certas práticas alternativas e enfatizando a prevenção e a promoção da saúde (MARÍN, 1995). O conceito de saúde também tem se alterado e se tornado mais complexo, muitos estudos têm acrescentado a dimensão espiritual, mas uma atenção mais acurada não tem sido prestada a essa, que é a mais sutil das esferas.

Assentada nesses fundamentos, a proposta deste estudo é focar a correlação entre saúde e espiritualidade, numa ampla amostra de uma população não clínica. O que se quer, é observar o quanto o bem-estar espiritual se associa significativamente com a saúde, ou se não há uma associação entre o espiritual e o mental-orgânico.

A fundamentação deste trabalho não é propriamente neutra, pois não se acredita numa ciência neutra. Há uma busca de sustentar as hipóteses e poder acompanhar autores recentes (apresentados a seguir) que incluem no conceito de saúde, o bem-estar espiritual. No entanto, isso é afirmado mais por uma questão de transparência do que uma expressão de se fazer ciência a qualquer preço, inclusive violando dados. Por isso é usada uma metodologia rigorosa, baseada em dados estatísticos, na qual se correu o risco das hipóteses não serem apoiadas pelos dados. Esse caminho foi percorrido, alicerçado na vivência pessoal da autora, escrito por muitas mãos (usufruiu a experiência e a colaboração do orientador, amigos, familiares, leituras, professores) e motivado por uma “Ciência com consciência”, que prevê frutos benéficos decorrentes da construção do conhecimento.

## 7. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo principal observar se a espiritualidade se relaciona significativamente com a saúde geral das pessoas. Os dados levantados dão suporte para se afirmar que há uma relação positiva significativa entre saúde e bem-estar espiritual. Os testes (QSG e EBE) e todos seus fatores obtiveram correlações altamente significativas entre si, o que demonstra importantes associações entre os temas. Igualmente apareceu uma correlação negativa significativa entre o bem-estar espiritual e a severidade do distúrbio mental. Isso indica que um alto bem-estar espiritual está associado à saúde mental, e inversamente associado ao adoecimento mental.

Em outras variáveis também se pode confirmar a relação entre saúde e espiritualidade. A questão relativa à avaliação subjetiva da própria saúde também revelou associações significativas com a EBE e seus fatores. A tendência de que quanto melhor a avaliação subjetiva da própria saúde, maior o bem-estar espiritual (existencial e religioso), também apoia a idéia de uma correlação entre a saúde percebida e o bem-estar espiritual. Inclusive, a saúde subjetiva foi a primeira (principal e de maior influência) variável preditora do bem-estar espiritual e do bem-estar existencial; e foi a segunda preditora do bem-estar religioso.

Num outro ponto, a saúde e a espiritualidade também foram cruzadas: na análise bivariada, a religião atual dos sujeitos se associou significativamente (num grau máximo) com o Questionário de Saúde Geral como um único fator (0,000 de significância) e com seus cinco fatores (0,000 para todos). Então, conforme a opção religiosa, os escores de saúde eram maiores ou menores (a associação da religião enquanto variável independente com as outras variáveis será explorada mais adiante).

E ainda: um dos fatores da EBE, o bem-estar existencial apareceu como um dos principais preditores do QSG e de seus fatores.

Esses dados apóiam o que referia LARSON (1996), de que a concepção de saúde como bio-psico-social deve ser ampliada incluindo a dimensão espiritual. HAMILTON e JACKSON (1998) também enfatizam que o conceito de espiritualidade é um componente

vital para o modelo holístico de saúde, que sucintamente, considera a inter-relação do bem-estar físico, emocional, mental, social, vocacional e espiritual. E WESTGATE (1996) considera o desenvolvimento da espiritualidade importante para a saúde mental, pois sem ela podem surgir sentimentos de desesperança, sensação de falta de sentido de vida e depressão. Dessa forma, se justificam como altamente relevantes os dados encontrados por este estudo.

O estado de saúde geral da amostra da população porto-alegrense apresenta índices maiores de distúrbios de saúde se comparado com os dados encontrados por PASQUALI et al. (1996). Conforme o Manual técnico de aplicação QSG (id., ib.), há uns 10% de casos psiquiátricos numa população normal. Na amostra dos 506 sujeitos foi encontrado um percentual de 17,7% que alcançaram médias no QSG próximas ou maior do que o percentil 90. Esses casos devem ser considerados limítrofes ou com distúrbios.

Uma das possíveis explicações para esse fato pode ser encontrada na questão que indagava: “Recentemente você sofreu algum evento estressante, como acidente, separação do cônjuge, perda de alguém importante, mudança de religião, cirurgia, perda do emprego, gravidez, casamento, concurso ou outros?”, 39,1% responderam “sim”, o que pode ser considerado um percentual alto. BROWN (1999) indica que há uma maior probabilidade de adoecimento em pessoas que tiveram muitas mudanças significativas na vida num curto espaço de tempo. MARÍN (1985) também reforça essa influência, ressaltando que as experiências e eventos estressantes geram desadaptações e exigem da pessoa novas respostas, e as formas como as pessoas enfrentam e se readaptam aos eventos estressantes interferem no processo de saúde/adoecimento. Futuras investigações seriam necessárias, a fim de esclarecer se é um dado situacional da amostra, ou o baixo escore de saúde é uma marca característica da população porto-alegrense.

A partir dos preditores do bem-estar espiritual podemos depreender quem são as pessoas que têm maior bem-estar espiritual. São aqueles que:

1. Avaliam ou percebem sua saúde forma positiva: sendo este o principal preditor, confirma conexão entre espiritualidade e saúde.
2. Têm uma religião (ao contrário daqueles que se dizem sem religião):

3. Possuem de 1 a 3 filhos (aquelas pessoas que não têm nenhum filho ou tem 4 filhos ou mais, têm menor bem-estar espiritual): parece que vale aqui a questão do equilíbrio, os extremos contam com menor bem-estar espiritual.

4. Não sofreram evento estressante: o evento estressante pode apontar para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, fortes sentimentos de raiva de Deus, dúvida ou confusão no seu sistema de crenças e alterar o mundo religioso da pessoa (PARGAMENT et al., 1998).

5. Não têm problema crônico de saúde;

6. Trabalham: em investigações futuras, se deveria averiguar se estudantes e aposentados têm menor bem-estar espiritual do que aqueles que trabalham

7. Têm níveis educacionais baixos e médios, no que tange à religiosidade;

8. Têm níveis altos de educação, no que tange ao bem-estar existencial;

9. Não estão em tratamento psicológico ou psiquiátrico: possivelmente não sentem necessidade de tratamento, nem indicação médica.

Já os preditores da saúde geral não foram muitos e baixo também foi o percentual da variância explicada (8,7%); foram eles: bem-estar existencial e saúde percebida. As pessoas que têm melhor saúde e menor presença de distúrbios são aquelas com alto bem-estar existencial e que percebem sua saúde como boa ou muito boa.

Algumas variáveis independentes chamaram a atenção pelas associações significativas que estabeleceram com as dependentes. A idade, por exemplo: pode-se observar que a menor confiança na capacidade de desempenho e maior desejo de morte coincidem, e ocorrem no início da idade adulta (16 a 20 anos), dos 41 aos 50 anos (conhecida crise dos 40?) e principalmente na terceira idade (de 61 a 78 anos). Como se a cada faixa (aproximadamente 10 anos) as médias oscilassem, ora acima, ora abaixo. Esses são períodos de estabilidade que se alternam com outros de desagregação, assim como foi descrito no início da introdução deste trabalho, que os períodos de saúde e doença se alternam ao longo da vida. Em relação à confiança na capacidade de desempenho e ao desejo de morte, a oscilação, nesta amostra, se dá a cada mudança de faixa etária. Talvez em função dessas oscilações e de não se ter dados que se comportam de forma linear é que Bufford, R. K. e Brinkman, D. D. (ver BUFFORD et

al., 1991) sugerem que a maioria dos dados das pesquisas não permite concluir que haja relação entre bem-estar espiritual e idade.

Em relação ao sexo, os dados corroboram achados de outras pesquisas que apontam menor índice de saúde nas mulheres. Na Finlândia foi encontrada uma maior presença de desordem mental nas mulheres (18% a mais) do que nos homens (VIINAMAEMI et al., 1995). Nesta pesquisa, embora a média das mulheres no QSG tenha sido mais alta do que a dos homens, a diferença não é significativa. A diferença é significativa em relação ao estresse psíquico e a confiança na capacidade de desempenho; as mulheres têm um nível significativamente maior de tensão psíquica e menor confiança na capacidade de desempenho. GOLDBERG (1972) também encontrou escores mais elevados nas mulheres do que nos homens (não só neste, mas em outros fatores). Neste caso, numa investigação mais minuciosa, se poderia averiguar que fatores justificam: a dupla jornada de trabalho, as múltiplas responsabilidades assumidas pelas mulheres, uma educação voltada para baixa auto-estima, ou mesmo os aspectos biológicos específicos das mulheres... De toda forma, as mulheres porto-alegrenses se comportaram de forma similar àquelas retratadas em outros estudos.

Com relação aos diferentes níveis de instrução, a amostra foi sensível nas suas diferenças aos dois fatores da EBE (RELIG e EXIS) e ao fator distúrbios psicossomáticos. As associações foram significativas e os grupos educacionais ocuparam as mesmas posições em bem-estar existencial e distúrbios psicossomáticos.

A menor média de bem-estar religioso é no mais alto nível de instrução, no pós-graduação completo; inclusive, o bem-estar religioso diminui quanto maior o nível educacional. Neste dado, podemos observar a associação entre religiosidade e desenvolvimento intelectual (acusado no oitavo preditor da EBE, que é níveis educacionais); ao que sugerem os dados, quanto maior um, menor o outro. Este é um dado importante que deve ser discutido.

FREUD (1987) já dizia que os seguidores das religiões eram intelectualmente débeis, e aquele que aceita a verdade religiosa sem crítica, apresenta dificuldades em superar o infantilismo, colocando-se numa posição de sempre receber assistência externa. Ele criticava

as doutrinas religiosas de ser insuscetíveis de prova e improváveis, e as comparava com os delírios; e opunha às doutrinas religiosas o conhecimento científico, ratificando o dado surgido neste estudo de que a pessoa que tem um maior nível de instrução sabe que a religião é baseada em crenças não comprováveis que significam um apoio apenas para personalidades frágeis ou neuróticas.

Peter GAY (1992), no entanto, busca contextualizar e compreender de que forma e em que época surgiram essas idéias e ilustra a posição de Freud no seu livro *Um Judeu Sem Deus*, sob o pano de fundo do século XIX, e descreve o combate vigente na época entre religião e ciência, o que torna compreensível a postura adotada por Freud. Esse período histórico de rompimento e afastamento da religião como cosmovisão, sinaliza como seriam os tempos da modernidade, e a vivência da religiosidade. Cabe salientar que a religião e o conhecimento teológico já foram fundidos à ciência e ao conhecimento científico. Conforme a humanidade foi desenvolvendo sua racionalidade e espiritualidade, estas tomaram seus postos como dimensões autônomas. A racionalidade, enquanto habilidade humana tem-se desenvolvido de forma extraordinária através da técnica, da ciência e da tecnologia, transformando radicalmente a estrutura da vida humana. E aqui nos perguntamos, e a espiritualidade enquanto dimensão da experiência humana tem encontrado guarida para seu desenvolvimento?

Ao que sugerem os dados desta pesquisa, a espiritualidade enquanto bem-estar existencial segue tendo lugar ativo na vida das pessoas; mas a religiosidade e o bem-estar religioso, sofrem certo preconceito. E nos sujeitos desta pesquisa o bem-estar religioso diminui nos altos níveis de instrução.

O que se poderia argumentar atualmente, é que a pessoa com um alto nível educativo, que está a muitos anos envolvida com o ambiente acadêmico está comprometida com uma visão ainda cartesiana de ciência que exclui a religião, por isso seu descrédito à religiosidade. As pessoas com cursos completos de graduação e pós-graduação, talvez associem a modernidade com o avanço tecnológico e científico, e deixam a religião para os povos da idade média ou para os incultos. Ainda não se tornou tão disseminada no meio acadêmico a associação da pós-modernidade à ecologia, da ciência com consciência de valores morais

universais, que até exaltaria a espiritualidade como uma dimensão humana ética muito valorizada nos profissionais do terceiro milênio. Nessas novas formas de fazer científico, provavelmente se formará profissionais mais abertos à religiosidade.

Mircea ELIADE (1970) salienta que na história das religiões, nos documentos que se tem acesso, o comportamento a-religioso não é encontrado. No mundo moderno é que surge a figura do homem ateu, principalmente nas sociedades européias. Após constatar a influência básica da religião e espiritualidade através dos milênios, ELIADE (1970) afirma que o homem profano ou a-religioso em estado puro é um fenômeno muito raro. Mesmo que se considere como tal, no seu viver permanecem tabus, superstições, pensamentos mágico-religiosos “e ele que ‘se pretende a-religioso’, dispõe ainda de toda uma mitologia camuflada e de numerosos ritualismos degradados” (id., ib., p.211). Assim também, DIAZ (1992) concorda que quando a religião perde a dimensão simbólica de responder à contingência humana, ideologias filosóficas e cosmovisões científicas se oferecem para ocupar-lhe o cargo, atuando como pseudo-religiões.

Apesar de ser vista com esse descrédito, a religião tem muito a oferecer no que tange à saúde. Na religião, a pessoa busca consolo, mas além de encontrá-lo, reúne-se com uma fonte de experiências que é única capaz de elevar seu estado de espírito, ânimo e humor (JAMES, 1995). Nessa elevação, a pessoa re-encontra sua essência e se aparta da realização de valores incompatíveis como os motivados por desejos materiais, sexuais e egóticos; transcende essa realização em busca de outra mais sutil, que é a auto-realização. Aqui a psicologia parece encontrar-se com a religião já que ambas propõe o aprimoramento do ser humano com vistas à superação de barreiras e obstáculos tidos como intransponíveis.

Mas poderíamos questionar: a pessoa com pós-graduação completa não estudou o suficiente para perceber o mistério da vida e a perfeição do universo e assim se tornar mais religiosa? Ou quem sabe, para essas pessoas de intelecto desenvolvido, a nossa tradição religiosa católica (que a maior parte se identifica como sendo desta tradição) não é estimulante o suficiente?

Essa questão é parcialmente respondida quando observamos que a maior média de bem-estar existencial é na pós-graduação completo: essas pessoas têm um maior sentido na vida e se sentem mais à vontade com o mundo e as coisas; mas não associam a esse bem-estar, a uma relação íntima e significativa com o Absoluto, com uma força cósmica maior, ou com Deus. O bem-estar existencial é menor num nível médio educacional e não demonstra uma linearidade (na associação com a educação) como no bem-estar religioso que diminui quanto maior o nível educacional.

A maior média de bem-estar religioso se encontra no ensino fundamental incompleto. Novas pesquisas nessa área poderiam investigar o cunho da religiosidade na nossa cultura, o porquê dela não ser vista como um recurso a ser usado pelas pessoas com maior nível educativo. Talvez a religiosidade (enquanto um aspecto humano) não tenha avançado tanto quanto a racionalidade e seja vista de forma mágica e supersticiosa, assim como era há alguns séculos. Então, é possível que as pessoas que procuram a religião, o façam motivadas por desejo de que o divino interfira nas suas vidas cotidianas, de forma mágica. E as pessoas de intelecto mais desenvolvido, não crêem em dita apelação.

Na variável estado civil, o maior bem-estar espiritual, existencial e religioso ocorre para o grupo dos casados, enquanto as menores médias estão no grupo dos viúvos. Esses dados são apoiados por autores como HAMILTON e JACKSON (1998) que pesquisaram sobre os padrões e processos de desenvolvimento espiritual e os sujeitos estudados relataram que tanto sua espiritualidade foi influenciada por outras pessoas, como o incremento dela trouxe mais qualidade nos relacionamentos. E segundo PAULOTZIAN e ELLISON (1982), as pessoas com altos escores na EBE tendem a ser menos sozinhas e mais habilidosas socialmente.

A tendência dos viúvos terem piores escores se repete no QSG, o grupo possui as maiores médias (menor saúde). O grupo dos viúvos deve ser apontado como um grupo mais frágil, de menores índices de saúde e de espiritualidade. No entanto, apenas 4% da amostra têm esse estado civil, e esses dados podem ser relativos a particularidades individuais daqueles que responderam aos questionários. Ainda assim, esse grupo poderia ser mais enfatizado nas práticas de saúde, oferecendo formas terapêuticas de fortalecimento da saúde e



do bem-estar espiritual. REED (1991) enfoca a espiritualidade como um recurso potencial para a saúde mental, e num estudo com idosos indica que a espiritualidade pode desempenhar um importante papel no enfrentamento da experiência de envelhecimento, na resolução do luto, elevando o bem-estar e diminuindo a depressão.

Ainda que a perda do cônjuge seja, de certa forma, previsível (se continuam casados, um dos dois morrerá primeiro), existem preconceitos de que as pessoas se preparem para isso. Os preconceitos também andam juntos com superstições de que se a pessoa pensar nisso está desejando a morte do outro, ou estará atraindo *maus fluidos*. Igualmente, esses dados podem representar o quanto não pensamos na morte como parte da vida, e quando ela chega para pessoas próximas, representa um forte abalo emocional, unido à perda da companhia daquele ente querido. Uma questão relevante de pesquisa seria comparar a saúde e o bem-estar espiritual de viúvos e viúvas provenientes de ambientes mais religiosos e espiritualizados de outros menos; ou provindas de religiões reencarnacionistas e de outras que não tem essa visão; ou simplesmente um estudo qualitativo localizando na experiência dos viúvos os ingredientes principais relacionados à dor emocional.

A variável religião (opção religiosa) se correlacionou significativamente tanto com os fatores da EBE quanto com o QSG e seus fatores, e foi o segundo principal preditor do bem-estar espiritual. No caso da correlação entre religião e saúde geral, foi realçado o objeto de estudo deste trabalho, espiritualidade e a religiosidade, como tendo importância na qualidade de vida das pessoas.

Todas as opções religiosas se correlacionaram significativamente com bem-estar religioso e existencial e eles foram menores naquelas pessoas que se dizem “sem religião”. Isto é, as pessoas que se consideraram como sendo filiadas a uma religião, qualquer que fosse ela, praticante ou não (o questionário não apurou se eram praticantes ou não) tiveram maior bem-estar existencial, religioso e espiritual, e aqueles que se consideram “sem religião”, tiveram menores escores.

No entanto, quando relacionada à saúde, a religião, como bem enfatizada por PARGAMENT et al. (1998), pode ser parte do problema e não da solução. Talvez tenha sido

o caso dos evangélicos que contaram com maiores níveis de distúrbio de saúde, e com maiores níveis de bem-estar religioso. Em todos os fatores do QSG, esse grupo teve médias muito próximas ao percentil 90, que PASQUALI et al. (1996) consideram como indicativos de distúrbios. Nesse caso, pareceria uma contradição com os resultados do estudo que indicam que quanto maior o bem-estar espiritual, maior a saúde e vice-versa. E se questionaria nesse caso, como pode ser concomitante uma opção religiosa com altos níveis de bem-estar religioso e baixos escores de saúde? Seria a má saúde um preço a ser pago por um alto bem-estar espiritual?

Conforme os dados das correlações entre os testes, altos níveis de bem-estar espiritual ocorrem simultaneamente com baixos níveis de doença ou distúrbios, para a amostra como um todo. No caso dos evangélicos, ocorre o contrário, os dados indicam presença de distúrbios e alto bem-estar espiritual.

Segundo EMED (1995) a espiritualidade é um amplo conceito que se refere também aquilo que as tradições orientais têm enfatizado que é a vivência da espiritualidade através da experiência pessoal, do crescimento, das atitudes e da integração disso na vida cotidiana (algo muito distante do que simplesmente participar de certos rituais religiosos). E como foi assinalado neste trabalho, a espiritualidade não é exclusividade das religiões. A religião e o bem-estar religioso se referem a um aspecto vertical, da relação do indivíduo com Deus. A religião não assegura a integração desse aspecto vertical com a horizontalidade da espiritualidade, a relação com o ambiente, com os seres, consigo próprio enquanto corpo, emoções, etc. Assim, algumas religiões podem favorecer essa ligação com o sagrado, com o divino, mas não atingir toda a plenitude da espiritualidade humana, que envolve uma integração disso com a vida cotidiana, com todos os aspectos do ser.

Em termos científicos, olhando para o fenômeno e subdividindo-o em partes, poderíamos dizer que a espiritualidade se relaciona com a saúde geral justamente através do aspecto existencial (que é um dos principais preditores tanto do QSG, quando dos seus outros 5 fatores). Isto é, um dos principais elos de ligação entre a espiritualidade e a saúde é o aspecto existencial.

Isso pode ser confirmado se analisamos as associações mais significativas entre as escalas e seus fatores, são elas: bem-estar existencial e estresse psíquico; e bem-estar existencial e saúde geral. A associação entre o bem-estar existencial e a tensão psíquica e entre ele e o distúrbio mental é negativa e altamente significativa.

FRANKL (1990) já enfatizava a importância do aspecto existencial da espiritualidade e desenvolveu ao longo de sua obra uma ótica existencial da espiritualidade e referia que uma missão a cumprir na vida, um sentido a realizar (ou o que chamamos aqui de bem-estar existencial), influenciavam sobremaneira a saúde geral da pessoa. Essa missão poderia ser um objetivo de vida adequado, alguém que se ame, ou um trabalho a desenvolver, em suma, uma atividade externa ao indivíduo que esteja de acordo com suas aptidões, que seja capaz de enfrentar e que ofereça desafios permanentes. Ilustra essas considerações com a situação de campo de concentração, onde sobreviviam e se mantinham íntegros aqueles que possuíam uma visão positiva da vida e do mundo (mesmo frente condições tão desfavoráveis).

A íntima relação com Deus, a sensação do sagrado na vida, as emoções de compaixão e amor ao próximo, enfim, a religiosidade, não ajuda muito se não é praticada, distribuída aos seres e ao mundo, contagiando o trabalho e as relações, proporcionando uma visão global da vida individual e o sentido dela para a família, cidade, universo... O que parece ocorrer é que a religião sem o aspecto existencial não ajuda muito.

Se a espiritualidade é vivenciada e desenvolvida através de uma religião, esta deveria estimular não somente o contato com o Absoluto, com o divino, com a essência da vida, mas principalmente a aplicação dessas experiências na vida cotidiana, no enfrentamento de situações corriqueiras, nos pequenos desafios. De outra forma, ela pode servir como um ópio que cria um reduto onde a interferência do mundo externo não é bem-vinda – assim como naquelas piadas em que alguém bate na campainha, insiste, e tenta mais algumas vezes, até que abre a dona da casa, muito mal-humorada e irritada diz: “Tinha que bater justamente agora que estou a rezar pela paz no mundo?”. Isso revela uma dissociação entre a religiosidade e a prática na vida cotidiana.

Então, quando vivenciada e praticada no mundo com as coisas, a religião redundará em bem-estar existencial e assim, tem uma associação maior com a saúde. A perspectiva espiritual inclui conteúdos existenciais, que por sua vez, tem profundas implicações no bem-estar físico e psicológico (WONG e FRY, 1998). Se a perspectiva espiritual adotada pela pessoa não inclui esses conteúdos, podemos supor que não beneficie, necessariamente, sua saúde.

No caso dos evangélicos (que teve médias muito próximas ao percentil 90, que PASQUALI et al. [1996] consideram como indicativos de distúrbios), poderíamos questionar que talvez a forma de vivenciar a religiosidade (na tradição escolhida) não esteja habilitando as pessoas a integrar sua religião com as demandas da vida. Isso se evidencia quando notamos que esse foi o grupo de maior bem-estar espiritual, maior bem-estar religioso, e no bem-estar existencial ocupa a posição do meio; confirmando o que foi apontado acima, sobre a correlação entre bem-estar existencial e saúde.

Alguns autores têm apontado os malefícios de determinadas crenças morais e religiosas tirânicas advindas de sistemas religiosos dogmáticos e rígidos, afirmando que elas se associam à alta ansiedade, medo de punição de Deus, imaginação de tragédia iminente e até pânico (TRENHOLM et. al., 1998). Em estudos (id., ib.), foi sustentada a hipótese de que conflitos negativos em questões religiosas ou transgressões morais são preditores significativos de problemas mentais como a desordem do pânico. Os caminhos espirituais, então, podem ser vividos de forma a gerar mais desequilíbrios, principalmente se são usados com manipulações mentais e fantasias que objetivam apenas contornar o sofrimento (LOWENTHAL E SHORT, 1995).

Conforme MICKLEY et al. (1995), as orientações religiosas se relacionam diretamente com a saúde mental da pessoa. Aquelas que possuem uma orientação altamente extrínseca (essa orientação é explanada no item 2.4. da revisão teórica, “As influências da religiosidade na saúde”) tendem a ter alta ansiedade, sentimentos de fraqueza, mau ajustamento, ego frágil e um comportamento social pouco integrado. São essas algumas das prováveis explicações para o fato dos evangélicos terem obtido escores significativamente

maiores (menor saúde) do que os outros grupos religiosos – e maior inclusive do que o grupo que se considera “sem religião”.

Houve associação entre renda e bem-estar existencial (quanto maior a renda maior o bem-estar existencial). Diz-se no senso comum que dinheiro não traz felicidade, mas observando melhor, as condições materiais favorecem o bem-estar no mundo, incluindo satisfação e sentido de vida. “Seria uma causa necessária, mas não suficiente” quando se trata de bem-estar (como uma pessoa bem resumiu numa conversa informal). Caberia esgotar melhor essa temática num estudo específico que explorasse quais aspectos da renda se relacionam mais com o bem-estar existencial: se é a segurança material, o status social, as facilidades de acesso à informação, educação, etc., ou todas elas simultaneamente.

Em relação à saúde, os fatores do QSG que não se associam à renda é desejo de morte e confiança na capacidade de desempenho. A variável renda se associou significativamente com estresse psíquico, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade da doença mental. O grupo de menor renda parece um pouco apático, sendo seguido pelo grupo de renda 2 com a maior média e então a média vai decrescendo conforme o aumento da renda. A maior renda familiar conta com o menor índice de distúrbios de saúde.

Neste estudo se enfatizou o papel da espiritualidade na saúde geral da pessoa. Os dados revelaram também o importante papel da religião, seja para a melhora, seja para a diminuição da saúde. Se um dos conteúdos básicos da Psicologia Transpessoal é o aprofundamento na religião e nas experiências religiosas (MARQUES, 1996), e os resultados deste estudo apontam a importância do bem-estar espiritual na saúde geral da pessoa, podemos ressaltar o valor da Psicologia Transpessoal como uma teoria. A Psicologia Transpessoal “busca uma síntese e oferece o estudo de outros aspectos ainda não abordados, e que podem ampliar a visão do psiquismo humano” (FRANÇA, 1997, p.87). Ela se destina ao estudo de áreas comumente marginais à ciência psicológica por serem vistas como esotéricas ou místicas, mas áreas, estas, fundamentais no contexto de saúde geral do ser humano. O potencial de saúde da espiritualidade foi aqui explorado, no entanto, estudos futuros deverão aprofundar a temática além de focalizar a patologia espiritual, ou as patologias decorrentes da prática espiritual, as chamadas “emergências espirituais” (GROF e GROF, 1989) e também

esclarecer que fatores psicológicos facilitam ou inibem o contato e a compreensão do transpessoal e os efeitos das experiências transpessoais na vida das pessoas.

Essa temática é de valor não só para a ciência, mas para um melhor enfrentamento das dificuldades humanas neste início de século, que, na sua maioria, remetem à falta de uma ética e valores morais que alicercem o desenvolvimento humano.