

Mary Rute Gomes Esperandio
Sílvia Caldeira
(Organizadoras)



ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Fundamentos e Práticas em
perspectiva Luso-Brasileira

Volume 1


PUCPRESS

Mary Rute Gomes Esperandio
Sílvia Caldeira
(Organizadoras)



ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Fundamentos e Práticas em
perspectiva Luso-Brasileira

Volume 1

© 2022, Mary Rute Gomes Esperandio e Sílvia Caldeira
2022, PUCPRESS

Este livro, na totalidade ou em parte, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa por escrito da Editora.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Reitor

Ir. Rogério Renato Mateucci

Vice-Reitor

Vidal Martins

Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

Paula Cristina Trevilatto

PUCPRESS

Coordenação: Michele Marcos de Oliveira

Edição: Susan Cristine Trevisani dos Reis

Edição de arte: Rafael Matta Carnasciali

Preparação de texto: Juliana Almeida Colpani Ferezin

Revisão: Clarisse Lye Longhi

Capa e projeto gráfico: Rafael Matta Carnasciali

Diagramação: PUCPRESS

Conselho Editorial

Alex Vicentim Villas Boas

Aléxei Volaco

Carlos Alberto Engelhorn

Cesar Candiotto

Cilene da Silva Gomes Ribeiro

Cloves Antonio de Amassis Amorim

Eduardo Damião da Silva

Evelyn de Almeida Orlando

Fabiano Borba Vianna

Katya Kozicki

Kung Darh Chi

Léo Peruzzo Jr.

Luis Salvador Petrucci Gnoato

Marcia Carla Pereira Ribeiro

Rafael Rodrigues Guimarães Wollmann

Rodrigo Moraes da Silveira

Ruy Inácio Neiva de Carvalho

Suyanne Tolentino de Souza

Vilmar Rodrigues Moreira

PUCPRESS / Editora Universitária Champagnat

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prédio da Administração - 6º andar

Campus Curitiba - CEP 80215-901 - Curitiba / PR

Tel. +55 (41) 3271-1701

pucpress@pucpr.br

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

E77
2022

Espiritualidade e saúde : fundamentos e práticas em perspectiva
luso-brasileira / Mary Rute Gomes Esperandio, Sílvia Caldeira (organizadoras).
– Curitiba : PUCPRESS, 2022.

410 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografias

ISBN 978-65-5385-001-9

978-85-54945-94-7 (e-book)

1. Espiritualidade. 2. Saúde – Aspectos religiosos. 3. Cuidados – Aspectos religiosos. I. Esperandio, Mary Rute Gomes. II. Caldeira, Sílvia. III. Título.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
CONSTRUINDO PONTES EM DIREÇÃO A “UTOPIAS MAIS VÍVIDAS”	7
Mary Rute Gomes Esperandio e Sílvia Caldeira	
PREFÁCIO	11
Harold George Koenig	
1. CONTEXTO HISTÓRICO	14
ONDE ESTÁ DEUS NA PANDEMIA?	15
Elias Wolff, Rudolf von Sinner	
A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE EM PORTUGAL	25
Joana Romeiro, Helga Martins, Tiago Casaleiro, Sílvia Caldeira	
A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE NO BRASIL	32
Marta Helena de Freitas, Mary Rute Gomes Esperandio	
2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS	46
ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E RELIGIÃO: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E PRÁTICAS DE CUIDADO	47
Mary Rute Gomes Esperandio, Marcia Regina Chizini Chemin, Waldir Souza, Marta Helena de Freitas	
SOBRE A MORTE E O MORRER	62
Maria Julia Kovács	
SOFRIMENTO E ANGÚSTIA ESPIRITUAL	70
Américo Pereira	
TRANSCENDÊNCIA	80
Alex Vicentim Villas Boas	
SENTIDO DA VIDA	91
Thiago Antonio Avellar de Aquino, Josilene Silva da Cruz	
PERDÃO	101
Roberto Pereira Miguel	
DIGNIDADE	111
Miguel Julião	
AUTONOMIA, LIBERDADE E COHUMANIDADE	120
Mário Antônio Sanches, Thiago Martins Monteiro, Leide da Conceição Sanches	
COPING ESPIRITUAL/RELIGIOSO E CONFLITOS ESPIRITUAIS	128
Odenir Nadalin Júnior, Renato Soleiman Franco, Mary Rute Gomes Esperandio	
CUIDADO ESPIRITUAL: EMERGÊNCIA DO CONCEITO, APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DO CUIDADO PASTORAL/RELIGIOSO	140
Mary Rute Gomes Esperandio, Sílvia Caldeira	

AMOR COMPASSIVO NOS CUIDADOS EM SAÚDE.....153
Marta Helena de Freitas, Karen Karoline Costa Silva, Felix Fernando Monteiro Neto

**3. ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE À LUZ DAS CRENÇAS RELIGIOSAS:
HISTÓRIA, CRENÇAS E RITUAIS 168**

ESPIRITUALIDADE NO CRISTIANISMO: ABORDAGEM A PARTIR
DA RELAÇÃO DE JESUS COM OS ENFERMOS 169
Vicente Artuso

O CAMINHO PARA A SAÚDE PLENA NOS 16 ASPECTOS DAS QUATRO
NOBRES VERDADES DE VASUBANDHU178
Luciana Fernandes Marques

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE NO ISLÃ 188
Marcial Maçaneiro

FÉ E CURA NA PERSPECTIVA NEOPENTECOSTAL 198
Marcial Maçaneiro, Renato da Silveira Borges Neto

AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ206
António Madaleno, Paulo Mendes Pinto

VIDA E MORTE EM NARRATIVAS: A PERSPECTIVA ESPÍRITA216
Sandra J. Stoll

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE AFRO-BRASILEIRA 228
José Francisco Miguel Henriques Bairrão

ESPIRITUALIDADE NEW AGE238
Everton de Oliveira Maraldi

ESPIRITUALIDADE DOS ATEUS E AGNÓSTICOS251
Everton de Oliveira Maraldi

O BUDISMO COMO FILOSOFIA E O CONCEITO DE
COMPAIXÃO: CONTRIBUIÇÕES AOS CUIDADOS EM SAÚDE.....261
Valéria El Horr

**4. A ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DE CUIDADOS EM
CONTEXTOS E GRUPOS DISTINTOS270**

OBSTETRÍCIA, NEONATOLOGIA E PEDIATRIA271
Joana Romeiro, Sílvia Caldeira, Alberto Berenguer

ONCOLOGIA281
Sara Pinto, Helga Martins, Sílvia Caldeira

SAÚDE MENTAL292
Luciana Elisabete Savaris, Beatriz Böger, Odenir Nadalin Júnior, Milene Zanoni da Silva

GERIATRIA 306
Ana Claudia de Lima Quintana Arantes

DEFICIÊNCIA	315
Tiago Casaleiro, Isabel Mascarenhas do Vale, Alice Caldeira Cabral, António Martins	
LUTO	322
Solange do Carmo Bowoniuk Wiegand	
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	332
Eno Dias de Castro Filho	
CONTEXTOS MIGRATÓRIOS	346
Marta Helena de Freitas, Raquel da Silva Araújo	
VIH - VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA	359
Ana Campos Reis	
PESSOAS SEM-ABRIGO	369
Amélia Simões Figueiredo, Teresa Rasquilho Vidal	
CUIDADOS PALIATIVOS	377
Sileide France Turan Salvador, Lucille Fanini, Hartmut August, Carla Corradi-Perini, Mary Rute Gomes Esperandio	
INTERMEZZO	390
Carlo Leget	
SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS	399

APRESENTAÇÃO



CONSTRUINDO PONTES EM DIREÇÃO A “UTOPIAS MAIS VÍVIDAS”

Mary Rute Gomes Esperandio

Sílvia Caldeira

A espiritualidade não é “propriedade” da religião (qualquer que seja), nem tema de investigação exclusivo de determinada ciência. Algumas vezes, entretanto, parece necessário afirmar tais pressupostos.

Não sendo, pois, objeto de pertença de nenhuma religião ou ciência, vale observar, também, que o estudo sobre espiritualidade é essencialmente interdisciplinar e plural. Isso transparece nessa obra. São cerca de 50 pesquisadores e pesquisadoras originários de dois países coirmãos, Brasil e Portugal, provenientes das mais diversas áreas: Psicologia, Medicina, Enfermagem, Teologia, Fisioterapia, Serviço Social, Odontologia, Educação, Bioética, Nutrição, Direito, Psiquiatria, Farmácia, Saúde Pública, Antropologia, Filosofia, Economia e outras mais. O estudo sobre espiritualidade apresenta-se, assim, como ponte entre nacionalidades que, embora tenham compartilhado uma origem comum, foram separadas no decurso da história, mas são capazes de voltar o olhar para o centro do que move o humano; ponte entre as diversas áreas das Ciências Humanas e da Saúde, o que favorece uma reflexão eminentemente interdisciplinar, e, ainda, ponte entre estudiosos e estudiosas do tema. Há, inclusive, capítulos cujas autorias foram compartilhadas entre pessoas do Brasil e Portugal, o que promoveu uma troca dialogal necessária ao processo de escrita e favoreceu aprendizagens interculturais, que são dois aspectos fulcrais para a discussão científica e pública sobre o tema: o diálogo e a abertura para apre(e)nder. Em outras palavras, a espiritualidade transforma obstáculos: entre nacionalidades, entre as ciências, entre perspectivas epistemológicas, entre pessoas, e em seu lugar, constrói pontes e possibilita o trânsito, o movimento para o desenvolvimento holístico e unitário do ser humano e da sociedade.

A abordagem do tema da espiritualidade se dá tanto em perspectiva teórica quanto prática. Tais abordagens complementam-se e cooperam no processo formativo de profissionais que buscam transformar suas práticas de cuidado em Saúde tendo por base a integração de questões espirituais.

Mas o que é, afinal, “espiritualidade”? Seria o termo um mero substituto para a ideia de “religiosidade”, marcando apenas uma tendência contemporânea, porém sem diferenciação significativa dessa última? De que modo o campo da Saúde emprega a noção de espiritualidade nas práticas de cuidado?

Como poderá ser constatado, não existe consenso no Brasil (1) e em Portugal sobre esses conceitos, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos e Europa (2, 3). Por um lado, isso não apenas evidencia o momento no qual se encontra, atualmente, a reflexão de ambos os países nesse campo de conhecimento, mas também chama a atenção para o aspecto dinâmico que ocorre nessa dimensão existencial, dinamicidade esta, que busca formas de expressão também na linguagem e no espaço sociocultural e histórico. Por outro lado, tal evidência permite levantar a questão sobre a pertinência (ou não) da busca de consenso do termo no contexto da Saúde ou, por outro lado, na busca das formas de concretização objetiva. Harold Koenig, um dos maiores pesquisadores do tema na atualidade, defende a ideia de que no trato com a pessoa enferma a utilização do termo “espiritualidade” é mais adequada do que religiosidade (5). Segundo o autor, o termo espiritualidade favorece uma interpretação de sentido mais pessoal, diminui o risco de a pessoa sentir-se “intimidada” ou “confusa” com a abordagem, e abre espaço para uma melhor integração das questões espirituais/religiosas no tratamento. Ou seja, para profissionais da Saúde, a diferenciação dos termos tem implicações práticas. Além disso, a existência de consenso sobre os termos pode contribuir não apenas para o avanço do conhecimento teórico-prático, como também para “nortear a organização (e implementação) do cuidado espiritual como serviço especializado e integrado às equipes multidisciplinares de Cuidados Paliativos” (1), área esta que vem crescendo em todo o mundo.

As reflexões aqui oferecidas evidenciam, portanto, que nesse campo de conhecimento tem-se muito a oferecer e, ao mesmo tempo, muito a caminhar. A obra *Espiritualidade e Saúde – Fundamentos e Práticas em perspectiva Luso-Brasileira* está organizada em dois volumes. O primeiro está dividido em quatro partes: 1) Contexto histórico; 2) Conceitos fundamentais; 3) Espiritualidade em saúde à luz das crenças religiosas: História, crenças e rituais; e 4) Espiritualidade na Prática de Cuidados em Contextos e Grupos Distintos. Embora tenha sido preparado no ano anterior ao evento da pandemia de covid-19, não poderíamos ignorar este fato, tampouco abandonar o projeto inicial. Afinal, as questões envolvendo espiritualidade em saúde podem ser aplicadas (e atualizadas) em contextos de crise, tal como o que estamos vivendo atualmente. Assim, como ponto de partida, o primeiro capítulo reflete este cenário *sine qua non* de pandemia de covid-19, no qual faz emergir a pergunta sobre Deus, pois, o enfrentamento concreto da finitude coloca o ser humano frente às grandes perguntas de sentido. Em seguida, é apresentada uma discussão sobre o contexto histórico relacionado ao tema da espiritualidade nos cuidados em saúde nos dois países.

A segunda parte percorre alguns conceitos fundamentais relacionados à espiritualidade, sem os quais a compreensão deste domínio ficaria um tanto

limitada. Desse modo, são apresentados os conceitos de religiosidade, angústia espiritual, transcendência, sentido da vida, perdão dignidade, cuidado espiritual, amor compassivo ou compaixão.

Na terceira parte o leitor e leitora podem encontrar especificidades relacionadas com as crenças religiosas e espirituais na esfera da saúde, caracterizando uma abordagem didática que esperamos ser útil no dia a dia de profissionais de saúde que atendem a pessoas enfermas num mundo caracterizado pela globalização e dispersão cultural e religiosa.

A quarta parte aborda, em onze capítulos, os contextos específicos de cuidado, desde o nascimento até à morte e o luto. Os temas desenvolvidos indicam caminhos possíveis de integração efetiva nos cuidados que não se reduzam apenas aos contextos de proximidade com o fim de vida ou morte.

Como ponte entre os dois volumes, e mesmo entre nacionalidades, temos um *Intermezzo*. Na música, um *intermezzo* diz respeito a uma peça curta que tem o propósito de dar uma pequena pausa entre duas peças maiores. É precisamente este o propósito do texto intitulado “Reflexões de um companheiro de viagem”. Por não ser de nacionalidade portuguesa ou brasileira, o autor coloca-se exatamente desse modo: “um companheiro de viagem” compartilhando uma jornada semelhante em um país e cultura diferentes. O autor, Carlo Leget, convidado especial para a produção deste *intermezzo*, trouxe como contribuição a apresentação de um modelo teórico-prático de cuidado espiritual, de sua autoria, que vem sendo implementado em vários países da Europa e tem começado a ser desenvolvido em uma capital no sul do Brasil.

O segundo volume está dividido em cinco partes. Na sequência do volume anterior, a primeira parte problematiza questões do direito e da ética, passando pela economia. Esta parte procura oferecer ao leitor um cenário de reflexão sobre a espiritualidade em domínios em podem não ser regulares nesta discussão, mas que em saúde são essenciais. Na segunda parte deste volume, oito capítulos refletem sobre a responsabilidade profissional de cada profissional de saúde na atenção à espiritualidade. Segue-se a parte três com aspetos objetivos da prática do cuidado espiritual, com intervenções ou práticas profissionais que podem ajudar a concretizar este cuidado. A parte quatro dedica atenção ao cuidado de si, voltado ao cuidado do profissional de saúde, que é tão necessário, atendendo à natureza do cuidado espiritual fundada na relação e na partilha do *self*. A última parte deste segundo volume concentra os aspetos mais voltados à investigação, como meio de elevar a evidência para o cuidado espiritual, sublinhando a natureza científica deste cuidado e alimentando novos estudos que possam melhorar os níveis de evidência.

Esta obra foi escrita com muitas mãos, de pessoas que, aceitando colaborar e colocando-se inteiras nesta escrita, contribuíram para esta concretização. Manifestamos o nosso sentido agradecimento a cada autor e autora e esperamos que a utilidade que esta obra seguramente terá seja o agradecimento maior pela participação generosa. Esperamos que esta obra possa ser lida, compreendida, criticada nos diversos domínios de saúde em Portugal e Brasil, não só na esfera da prática, mas também da educação e da investigação. Esta tríade faz com que haja sustentação no desejo de promover a transferência do conhecimento para a prática. Reconhecemos a incompletude da obra e algumas lacunas que deverão ser preenchidas na continuidade de próximos volumes. Destacamos o cuidado espiritual de minorias (entre elas, a população indígena, minorias sexuais, e outras mais) e uma abordagem sobre espiritualidade e saúde a partir das vivências de grupos que não se identificam como religiosos (por exemplo, grupos ayasqueiros, grupos de práticas de *mindfulness*, comunidades *online* de desenvolvimento espiritual, etc). Tal abordagem traria mais compreensão sobre o próprio conceito de espiritualidade e o seu caráter dinâmico. A despeito desses limites, já se conhece muita coisa sobre a espiritualidade em saúde. É tempo de passar do que se conhece à concretização do que precisa ser feito. E se esta obra contribuir para isso, terá, então, cumprido o seu propósito.

Referências

1. Esperandio M, Leget C. Espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa de literatura. REVER – Rev Estud Religião. 2020 Sep 28;20(2):11-27.
2. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. J Palliat Med. 2009 Oct;12(10):885-904.
3. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. J Palliat Med. 2014 Jun;17(6):642-56.
4. Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. Eur J Palliat Care. 2011;86-9.
5. Koenig HG. Medicina, Religião e Saúde: O encontro da ciência e da espiritualidade. Vol. 1. Porto Alegre (RS): L&PM; 2012. 248 p.

PREFÁCIO¹

Harold G. Koenig

Embora um número significativo de profissionais de Saúde concorde que abordar questões espirituais seja uma extensão da medicina centrada na pessoa enferma, a maioria tem dificuldade em integrar questões próprias da espiritualidade às suas práticas de cuidado. No entanto, existem várias razões (pelo menos seis) para abordar questões espirituais como parte do cuidado rotineiro de pessoas em situações de enfermidade (1). Em primeiro lugar, um grande número de pacientes deseja que profissionais da Saúde estejam cientes de suas origens religiosas ou espirituais (2) a provisão do cuidado espiritual é parte intrínseca das boas práticas em cuidados paliativos. O objetivo deste estudo foi compreender de que modo a espiritualidade/religiosidade (E/R. Em segundo lugar, crenças religiosas são comuns entre pacientes e os ajudam a lidar com a enfermidade. Em terceiro lugar, pessoas enfermas hospitalizadas encontram-se, via de regra, afastadas de suas comunidades religiosas, conseqüentemente, outras formas de atender às suas necessidades espirituais devem ser fornecidas. Em quarto lugar, as crenças religiosas podem influenciar a relação profissional-paciente nos processos de cuidado em saúde. Em quinto lugar, as crenças e práticas religiosas muitas vezes impactam os resultados de saúde mental e física de forma positiva (3). E, finalmente, o pertencimento, ou envolvimento em comunidades de fé impactam o tipo de apoio e cuidado que pessoas enfermas recebem de suas comunidades religiosas.

Em 2001, meus colegas e eu publicamos a primeira edição do *Manual de Religião e Saúde (Handbook of Religion and Health)*. Na época, foram encontrados aproximadamente 1.200 estudos sobre o tema, publicados entre 1850 e 2000 (4). A segunda edição, publicada em 2010, compreendeu estudos desenvolvidos apenas entre 2000 e 2010, totalizando 2.100 estudos quantitativos de qualidade (5). Desde então, este campo se expandiu rapidamente e ganhou cada vez mais atenção em todo o mundo.

Brasil e Portugal, em particular, são países onde os estudos nessa área têm aumentado exponencialmente. Isso é especialmente verdade no Brasil, conforme já observado por autores brasileiros (6) que afirmam que o país ocupa o

¹ Tradução de Mary Rute Gomes Esperandio.

5º lugar no mundo em termos de publicação de pesquisas na área de espiritualidade e saúde. Um estudo mais recente mostra que o interesse neste campo cresceu dramaticamente nos últimos três anos. Evidência disso é o aparecimento de um número significativo de grupos de pesquisa (e/ou linhas de pesquisa) registrados no Diretório Nacional de Grupos de Pesquisa no CNPq: 9 grupos de pesquisa e linhas de pesquisa estabelecidos, e 7 grupos e linhas de pesquisa em processo de estabelecimento (criados muito recentemente) (6). Assim, este é um bom momento para lançar uma obra que possa servir de referência nesse campo de estudo, com a cooperação de muitos pesquisadores e pesquisadoras dos dois países de língua portuguesa que vêm se ocupando com essa área de conhecimento. A presente obra, composta por dois volumes, serve a esse propósito brilhantemente.

O primeiro volume examina a base conceitual e prática para a integração da espiritualidade na atenção à saúde nesses dois países. Tanto Portugal quanto o Brasil compartilham uma herança linguística, mas também inúmeros aspectos culturais e religiosos do cotidiano e de sua identidade. Embora a expressão religiosa seja mais heterogênea no Brasil, ambos os países consideram a religião e a espiritualidade como um aspecto central da vida de seus cidadãos e cidadãs.

O primeiro volume começa apresentando um panorama sobre Espiritualidade e Saúde em Portugal e Brasil, e em seguida aborda conceitos fundamentais para a compreensão desse campo de estudo. Após a descrição desses conceitos, leitores e leitoras são convidados a examinar aspectos religiosos com mais detalhes em diversas formas de expressão religiosa, comuns no Brasil e Portugal. Tais informações são fundamentais para profissionais que se ocupam do cuidado em Saúde. Em seguida, alguns capítulos focalizam a discussão sobre a abordagem da dimensão espiritual/religiosa em algumas especialidades tais como a Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria; Oncologia, Saúde Mental, Geriatria, Atenção Primária em Saúde, Cuidados Paliativos e outros grupos específicos. Este volume não esgota as questões que precisam ser exploradas no campo da Espiritualidade e Saúde. Assim, outros temas são reservados ao volume 2.

A espiritualidade é um aspecto crucial da saúde e deve ser considerada nas práticas de cuidado de todas as pessoas, quer elas se considerem religiosas ou não, mas especialmente com relação ao cuidado daquelas que se identificam como religiosas. Muitas pessoas em situações de enfermidade, tanto no Brasil quanto em Portugal, se encaixariam nessa categoria.

Referências

1. Koenig HG. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. Rev. & expanded 2nd ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007. 264 p.

2. Esperandio MR, Rosa TS. Avaliação da Espiritualidade/Religiosidade de Pacientes em Cuidados Paliativos. *Protestantismo Em Rev.* 2020 Oct 14;46(1):168-82.
3. Hefti R, Esperandio MR. The Interdisciplinary Spiritual Care Model – A holistic Approach to Patient Care. *HORIZONTE.* 2016 Mar 31;14(41):13.
4. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2012. 1169 p.
5. Koenig H, McCullough M, Larson D. *Handbook of Religion and Health* [Internet]. New York, NY, US: Oxford University Press; 2001.
6. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciênc E Cult.* 2016 Mar;68(1):54-7.

CONTEXTO HISTÓRICO



ONDE ESTÁ DEUS NA PANDEMIA?¹

Elias Wolff
Rudolf von Sinner

Introdução

A humanidade tem enfrentado epidemias que avassalaram vidas em alguma região da Terra, ou até, como pandemia, em todas as regiões. Algumas dessas transformaram completamente o cenário sociocultural de uma etapa da história humana. A própria Bíblia menciona eventos naturais desastrosos – sejam reais ou metafóricos – como tempestades e pragas que transformam a ordem das coisas, a exemplo das que precederam a fuga dos israelitas no Egito (Êxodo 7-12). Na Idade Média tivemos várias ondas da peste bubônica; no início do século XX é bem conhecida a “gripe espanhola” (1918-20), que atingiu cerca de 500 milhões de pessoas, matando perto de 50 milhões, mais do que as duas guerras mundiais juntas. No século XX conhecemos o SARS, MERS, Ebola, Dengue, Zika, Chikungunya. E agora, no século XXI, vem o novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que cria a doença covid-19. Hoje, temos muito mais conhecimento sobre essas doenças e sua proliferação do que se tinha, por exemplo, na época da gripe espanhola. Mesmo assim, ficamos estarelecidos diante dos números de infecções e mortes causadas pela doença.

O Brasil adquiriu a duvidosa fama de ter-se tornado o segundo epicentro da doença, atrás apenas dos Estados Unidos da América, onde o vírus se espalha com rapidez e está esgotando o sistema de saúde, infraestrutura, remédios e, o que é especialmente trágico, as e os profissionais da saúde.

São momentos de extrema aflição, sofrimento e morte, que causam medo e angústia em grande parte da humanidade. Momentos em que se perde a segurança nos diversos âmbitos da vida pessoal e social, questionando na raiz as referências culturais, morais e religiosas e as certezas tidas como consistentes. Afinal, é a própria vida que está em risco. Entre outras questões que se impõem, de cunho médico, biológico, epidemiológico, econômico e político, surge a questão: Por que isto está acontecendo? Por que ela aflige a mim, os meus familiares e os meus amigos? E, num país tão cheio de religião como é o Brasil, não demora a emergir também outro questionamento: Onde está Deus nesta pandemia? Por que Deus deixa

¹ Texto originalmente publicado em Pilla, Sinner (11), p. 79-90, aqui apenas levemente revisado e atualizado.

isto acontecer? São perguntas legítimas, que precisam ser tratadas e respondidas, o que nos propomos a fazer, apresentando uma compreensão que apresenta uma forma alternativa de perceber a presença e ação de Deus.

A pergunta pela teodiceia

O filósofo luterano alemão Leibniz (1646-1716), em seu famoso livro de 1710, chamou esta questão de *teodiceia*: a pergunta pela justiça e bondade de Deus diante do sofrimento e do mal (8). Enquanto o termo, um neologismo grego, foi inovador, o problema já foi tratado por muitas filosofias e religiões. O grego Epicuro (341-270 a.d.C.), por exemplo, resumiu o dilema assim:

Ou Deus quer tirar o mal do mundo, mas não pode; ou pode, mas não quer tirar; ou não pode nem quer; ou pode e quer. Se quer e não pode, é impotente; se pode e não quer, não nos ama; se não quer nem pode, não é o Deus bom e, além disso, é impotente; se pode e quer – e isto é o mais seguro –, então de onde vem o mal real e por que não o elimina? (apud 12, p. 18)

As três primeiras respostas são insatisfatórias para afirmar, ao mesmo tempo, o poder e a bondade de Deus. A quarta hipótese livra Deus da contradição entre sua onipotência e igualmente infinita bondade, mas não resolve a questão da existência e origem do mal.

O filósofo judeu Hans Jonas (1903-1993), em vista da aniquilação de milhões de judeus durante a ditadura nacional-socialista, simbolizada pelo nome do maior campo de destruição, Auschwitz, disse que diante de um Deus de amor e um Deus compreensível, atributos divinos importantes na tradição judaica, não se pode manter o atributo, também tradicional, da onipotência. O Deus de amor, compreensível para nós diante de desastres naturais e produzidos por mão humana, é um Deus que autorrenuncia ao poder já ao criar o mundo. Jonas recorre à mística judaica medieval da Cabala de Isaac Luria (1534-1572), conforme a qual Deus, o *En-Sof* (“sem fim”, infinito), se autorretrai para desocupar o espaço que será ocupado pelo mundo (7). Deus entregou o mundo ao ser humano, e cabe a este oferecer algo a Deus, não vice-versa. Ao renunciar ao poder, o próprio Deus chega a sofrer. Seguindo esta lógica, o lugar de Deus é do lado dos que sofrem, e Ele atua pelas mãos dos seres humanos que se oferecem para ajudar a outros. É o que defendeu o teólogo luterano Dietrich Bonhoeffer (1906-1945), mártir do nazismo o qual consistentemente combateu, pois “somente o Deus sofredor pode ajudar” (1, p. 488). Posição essa, por sua vez, citada no livro do teólogo católico espanhol, radicado em El Salvador, Jon Sobrino (14). No que segue, procuramos aprofundar essa questão e possíveis respostas.

A realidade da pandemia e as perguntas que emergem

É importante considerarmos, primeiramente, o *fato*: uma mui significativa parcela da humanidade é ameaçada por um vírus, ou seja, um minúsculo micro-organismo vivo, quase no nível de nanopartículas, visível apenas com a mais alta tecnologia de potentes microscópios eletrônicos, de origem ainda não totalmente esclarecida. Bactérias e vírus sempre existiram e existirão. Mas, apenas poucos se tornam tão ameaçadores, chegando a dizimar vidas complexas como é a do ser humano. Tal é o que ocorre com o novo coronavírus. Sua capacidade de contágio é tão grande que para nos protegermos precisamos fazer mudanças de toda ordem na vida pessoal e coletiva, em âmbito nacional e internacional.

Tal fato fez com que sobre a humanidade pairasse uma pesada nuvem de perplexidade, impotência e fragilidade ameaçadora da existência. Inicialmente, frente à covid-19, nações poderosas se viram tão carentes quanto as mais empobrecidas do planeta; o vírus “declarou” uma condição de igualdade entre pessoas ricas e pobres, Norte e Sul. No entanto, apesar da atuação incansável e internacionalmente articulada da Organização Mundial da Saúde (OMS), cada país teve seu próprio modo de enfrentar a crise. A depender da firmeza da atuação do governo, da qualidade do sistema de saúde e do grau de adesão da população às medidas sugeridas ou impostas pelas autoridades, a curva das infecções e das mortes ficou mais arredondada ou mais retilínea, ou até exponencial. No Brasil, houve e continua havendo falhas e precariedades nos três aspectos.²

A tentativa de compreender a realidade da pandemia do novo coronavírus levam não apenas a questões médicas, microbiológicas e epidemiológicas, mas também à pergunta mais ampla sobre quem somos nós, os humanos, e qual o papel que nos cabe diante da situação dada. O conhecido intelectual israelense, Yuval Noah Harari, conversou com James Corden na *late show* deste em sua garagem, em 16 de abril de 2020. Perguntado sobre como a crise irá nos moldar como humanidade, respondeu que isto dependerá das escolhas que fazemos.³ Não somos, disse, simplesmente vítimas de um desastre natural, mas dentro de certos aspectos que fogem do nosso controle devemos agir. Como fazer isto da melhor forma? Harari menciona, entre outros aspectos, o fomento à solidariedade e cooperação internacionais em vez de isolamento nacionalista, a promoção da confiança, governos responsáveis, a competência da ciência, a

² Até o fechamento da revisão deste capítulo, o Brasil registrou, oficialmente, 28.208.212 pessoas infectadas e 644.286 óbitos. BRASIL. Painel Coronavírus/Brasil. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 fev 2022.

³ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sRRhvwkV7Lo>. Acesso em: 05 maio 2021.

manutenção da comunicação e de um “clima social” que evite o ódio, e o cuidado para com possíveis medidas de um monitoramento excessivo que poderá chegar como consequência de uma alta taxa de contágio.

Sem dúvida, o confinamento e isolamento social impõem um estresse psicológico sobre muitas pessoas, especialmente quem vive com sérias restrições, principalmente de saúde e econômicas. Além disso, a quarentena pode funcionar como gatilho para incrementar a violência doméstica, como já ficou evidente (3, 4). Crianças, adolescentes e jovens precisam continuar o ano escolar sem sair de suas residências, sendo instruídos pela sua própria família ou pela internet (5). O acesso à internet de suficiente qualidade, além de aparelhos que possam receber as transmissões, é um problema em muitos lares. Pessoas não podem ir ao trabalho ou tal trabalho não é requerido no momento (como grande parte do trabalho informal), ou apenas de forma reduzida (como de restaurantes, hotéis, transporte público e privado). A economia está sendo profundamente afetada e as pessoas estão empobrecendo, especialmente quem depende de ganhos diários e já vive na informalidade. Há quem não pode cumprir o isolamento porque vive nas ruas, ou nas favelas onde o isolamento é quase impossível, além da falta de água para lavar as mãos diversas vezes, como recomendado. Outrossim, muitas pessoas precisam movimentar-se diariamente em busca de alguma fonte de renda, como a coleta de resíduos recicláveis. É gritante o fato que não poucas pessoas de alto poder aquisitivo (inclusive alguns domiciliados no exterior), como também militares e funcionários públicos, solicitaram e receberam o auxílio emergencial do governo federal, enquanto muitas pessoas que realmente dele necessitam não conseguiram acessá-lo por entraves documentais e burocráticos.

O vírus afeta a toda humanidade. Seja porque somos diretamente impactados pelo vírus e sobre ele precisarmos agir com rapidez e eficiência para bloquear seu poder destruidor; seja porque a pandemia nos coloca em confronto conosco mesmos, questionando nossas certezas e seguranças e invocando nossa resiliência e solidariedade. O vírus mostrou que, de fato, o “sólido se desmancha no ar”, como formulavam Marx e Engels há 174 anos. A vida não é mais a mesma e, mui provavelmente, não voltará a ser como antes. Considerando que a crise freou a poluição e a destruição do buraco de ozônio – ambas diminuíram significativamente diante da redução do trânsito de automóveis e de aviões –, bem como escancarou a pobreza e exposição das populações mais vulneráveis, em números de franca ascensão, nem é desejável voltar ao que era antes. A “nova normalidade” terá que ser diferente. Eis uma inédita oportunidade que a pandemia nos oferece.

A questão é muito mais do que técnica ou biológica, é existencial: a realidade humana se manifesta numa existência concreta, e essa existência precisa

ser assumida responsabilmente. Mas há realidades difíceis como o sofrimento, a injustiça, a doença, a morte. Aqui situa-se o inédito desafio que a pandemia nos oferece. São situações-limite nas quais se obscurece todo sentido e agudiza a pergunta: quem somos? E quem queremos ser? Essas situações expressam que a condição humana é um viver constitutivamente inquieto porque a realidade na qual se vive é enigmática. O caráter problemático das situações-limite é a inquietude humana radical que provocam. Numa simples ação humana, como ir ao supermercado, ou à padaria ou tomar o ônibus coletivo, a existência está em jogo: e se for contagiado/a, o que será de mim? O que farei de mim? Ou ainda: nem tendo sintomas, a quem poderia estar passando o vírus se estiver com ele? Tomamos atitudes de autodefesa, como o isolamento, que explicitam a consciência do poder que a pandemia tem de influir em nossa vida. E o faz não apenas no comportamento circunstancial, mas influencia na própria condição humana e social.

Para não poucas pessoas essa situação instala um estado de medo, angústia e desespero. Escrevendo no período pós-Segunda Guerra Mundial, o teólogo luterano Paul Tillich mostra, como já fizeram antes dele Kierkegaard, Heidegger e outros, que o medo é comum frente a um objeto definido e sobre o qual se pode agir. No caso, é o possível contágio do coronavírus e a ciência da inexistência de uma medicina confiável para combater a infecção, bem como a frágil estrutura hospitalar. Já a angústia é algo mais profundo que o medo. Enquanto o medo tem um objeto definido, a angústia está vinculada com o incógnito, o que carece de sentido. É uma angústia existencial, pela consciência da fragilidade, caducidade e finitude constitutiva do ser. Para muitas pessoas o medo do coronavírus gera ou aflora a angústia de deixar de existir ou de existir sem sentido numa situação de ameaça da pandemia, passando a entender a vida como uma “paixão inútil” (Sartre). Assim, angústia é “o estado no qual um ser tem ciência de seu possível não-ser” ou “consciência existencial do não-ser” (15, p. 28). Não é por medo do coronavírus que entramos em angústia, mas porque o coronavírus nos conscientiza da possibilidade do nada, do sem sentido, do fim. Diante dos milhares de mortos por causa da pandemia, a pergunta pelo sentido da existência se dá em meio à angústia que carrega a falta de sentido e a possibilidade de deixar de existir. A pandemia abala a condição humana sobre a face da terra.

A pergunta por Deus

O autopronunciado “ateu cristão”, Slavoj Žižek, começa seu livro *Pandemic! COVID-19 shakes the world* (2020) – em português *Pandemia! COVID-19 sacode o mundo* – com as palavras do Cristo ressurreto à Maria Madalena: “não me toque” (João 20,17) e conclui que, em tempos de distanciamento social, a

mensagem do Cristo deve ser “não me toque, toque [sic!] e lida com outras pessoas no espírito do amor” (17, p. 1). Sem dúvida, a pandemia sacudiu, e continua sacudindo o mundo. O toque direto está proibido, imposto pelo necessário distanciamento, mudando as formas de relacionamento e de mostra de afeto. O Cristo ressurreto não pode ser tocado – embora sugira justamente isto ao incrédulo Tomé, que queria certificar-se de que era mesmo o Cristo que fora crucificado há pouco (João 20,27). O Cristo ressurreto não é outro do que o crucificado, mas está transformado. Permanece presente, intocável no sentido físico, mas presente no sentido espiritual, próximo especialmente às pessoas que sofrem.

Moore (9) observou que a pandemia leva ao escândalo e à dúvida. Mas também purifica a fé, possibilitando ir ao essencial. Pode ser uma possibilidade para superar aporias que infantilizam e fragilizam o ato de crer. Diante de situações existenciais difíceis, muitos buscam um deus mágico, que responde de forma automática a uma prece que lhe é feita, em geral com fórmulas decoradas. Correntes de oração pedem a Deus que altere o ritmo normal da natureza ou da história. Como se Deus agisse por “saltos”. Simplesmente interromperia a cadeia da transmissão independentemente de como nós humanos nos comportamos durante esta pandemia. Poderíamos, assim, manter o ritmo normal das reuniões de trabalho, nos shoppings e nas igrejas. Seria como se a graça estivesse intervindo a partir de fora do nosso mundo e independente de nós. Pois Deus dele não faz parte, é “sobrenatural”. Dessa forma, Deus não atuaria através dos fatos da história, mas sobre eles e independente deles. Em outros termos, a graça seria extrínseca à história humana e atuaria por “saltos” para chegar logo à solução dos nossos problemas. Deus trabalharia sozinho para resolver os nossos problemas, desconsiderando o itinerário próprio da nossa vida.

Mas que Deus seria esse que desrespeita tanto este mundo, a história e a liberdade humana? Ele existe? É o Deus cristão? *Primeiramente*, é fundamental entender que “Deus não negocia o seu modo de ser e de agir com nossas condições. Nossa fé não depende dessas intervenções pseudomilagrosas” (9, p. 35). O Deus cristão é um Deus que habita em nosso mundo, assume nossa história e nossa vida como suas. Não é um Deus ausente (Êxodo 3,7-8), é “Deus conosco”, *Emmanuel* (Mateus 1,23), que se encarnou em nossa humanidade (João 1,14). O mundo que Deus habita é o mundo que Deus sustenta. Como diz Gregório Nazianzeno, “o que Deus não assumiu, também não salvou” (6, p. 146). *Segundo*, entendemos que é como companheiro de caminhada que Deus assume os fatos da história como são, sem falseá-los, saltá-los, negá-los. Fazer isso seria ser um Deus indiferente à história humana. É assumindo a história que Deus atua nela e através dela. Mesmo nas situações mais difíceis, como a injustiça, o sofrimento e a morte, Deus não “faz de conta” que isso não existe. Encara sua realidade e se

compadece com quem nela sofre. E “Deus não nos salva *do* sofrimento, salva-nos *no* sofrimento” (12, p. 292). Não se mostra o poderoso que tudo muda num estalar de dedos. É um Deus com uma “insuportável” discricção (Ch. Duquoc), que “[...] afirma a total autonomia da história e só intervém com a chamada silenciosa do seu amor” (9, p. 36). Trata-se de um Deus acompanha como solidariedade e não como poder que intervém e reclama (José Ignacio González Faus). Jesus chorou ao saber da morte do amigo Lázaro porque assumiu a realidade da morte. É encarando a realidade que se manifesta solidário e compassivo com quem nela sofre. Esse é o Deus cristão, Deus da história. *Terceiro*, o “Deus conosco”, que não atua por saltos, mas no ritmo da história, nela não age independente de nós. Sabe que a história é de cada um de nós e respeita o nosso processo histórico. Por isso quer contar conosco para a solução dos nossos problemas: “Deus atua, fazendo com que o homem atue” (9, p. 31). E assim o faz porque nos valoriza, não somos indiferentes para Ele. Então Deus atua através de nós, Deus nos empodera para a superação dos males que vivemos. Até porque se grande parte deles são causados por nossa vontade, Deus trabalha em nossa vontade agora para superá-los. A ação da graça acontece por uma sinergia entre o querer de Deus e o querer humano, o agir divino no agir humano; e o agir humano no divino. Nessa sinergia, há uma mútua solidariedade entre Deus e o humano: se Deus está em nossa história, sofre conosco. E se fazemos parte de Deus, sofreremos com Ele. Assim, na medida em que o agir de Deus nos liberta de nossos sofrimentos, nosso agir também expressa solidariedade para com o sofrer de Deus em nossa história e “o liberta”.

Esses três elementos possibilitam uma resposta mais convincente sobre como rezar em tempos de pandemia. Trata-se de um ato de penetrar no mistério, de abandonar-se em Deus, esperar e confiar. Como observa Pagola (10, p. 44), a pessoa crente, na perspectiva cristã, enfrenta “com realismo e modéstia” as situações difíceis, como os sofrimentos e mortes causados pela covid-19, sem buscar um Deus milagreiro. Assume a fé sem negar a realidade das situações. O realismo da fé mostra que esse “não é o momento de milagreiros ou de procissões para curar o vírus... Não derrotamos a pandemia com a fé” que pretenda diminuir o valor da ciência no combate ao coronavírus (Enzo Bianchi). É assumindo situações reais que expressamos confiança em Deus.

As pessoas, ainda mais em tempos de pandemia, clamam a Deus em suas necessidades. Chamam, como formulou Bonhoeffer, o *deus ex machina*, um Deus que num estalar de dedos está pronto a assumir o que se lhe pede, surgindo do nada como, no drama antigo, um ator aparecia de repente no palco por meio de um mecanismo de guindaste, “por meio da máquina”. Assim, Deus serve como “deus das lacunas”, que preenche aquilo que os seres humanos não conseguem

resolver por si mesmos. No momento que conseguem resolver tudo por si próprios, no entanto, Deus se torna supérfluo. O mundo “tornado adulto”, afirma Bonhoeffer, não precisa de tal deus. E o Deus cristão não é tal tipo de Deus. O que distingue cristãos de “pagãos”, como formulava Bonhoeffer numa famosa poesia escrita na prisão (13, p. 98), não é o que esperam de Deus, nem o que recebem de Deus, mas o que oferecem a Deus. “Cristãos ficam com Deus na sua paixão”, permanecem sob a cruz dele como as mulheres, conforme João 19,25. A diferença está, então, na solidariedade das pessoas cristãs com Deus, melhor dizendo, com aquelas que o representam, as que estão “pobre, insultado, sem abrigo e sem pão [...] envolto em pecado, fraqueza e morte” (1, p. 470), ou seja, os irmãos mais humildes conforme Mateus 25. Assim, em outra carta da prisão, afirma que “[...] não mais levamos a sério os nossos próprios sofrimentos, mas o sofrimento de Deus no mundo, então vigiamos com Cristo no Getsêmani” (1, p. 496), o que configura a verdadeira *metanoia*, conversão que nos faz verdadeiramente humanos e cristãos. Para o autor, a “Bíblia remete o ser humano à impotência e ao sofrimento de Deus; somente o Deus sofredor pode ajudar” (1, p. 488). O teólogo jesuíta Jon Sobrino, num importante livro escrito após fortes terremotos sofridos em El Salvador, seguidos pelo devastador ataque às torres gêmeas de Nova Iorque, em 2001, refere-se a Bonhoeffer ao comentar:

“Onde está Deus?” Também Jesus fez essa pergunta, e Paulo teve a audácia de responder: “Na cruz”. [...] O problema de Deus na vida cotidiana, nas tragédias do terrorismo, de guerras cruéis, de injustiça, na maldade dos seres humanos, nos fanatismos, na indiferença, escapa-nos sempre. [...] Aqueles que não o [= Deus] declaram morto [suspendendo ou negando sua existência] têm que arcar com seu mistério; na minha opinião, o mistério de que a salvação do ser humano implica um Deus com alteridade (diferente, onipotente e por isso distante) e um Deus com afinidade (parecido conosco, crucificado, próximo). (14, p. 196)

Para Bonhoeffer, a relação com Deus é de uma “conformação com Cristo”, o que lembra a conhecida fórmula de Atanásio: “Deus se fez humano para que nós possamos nos tornar deuses” (*De incarnatione Verbi Dei*, 16, p. 40). Bonhoeffer dá à ideia da *theosis* sua própria interpretação:

O ser humano se torna humano, [sic] porque Deus se fez ser humano. Porém o ser humano não se torna Deus. Assim, não é ele que pode promover a transformação de sua forma; o próprio Deus muda sua forma na forma do ser humano para que este possa ser, se bem que não Deus, humano perante Deus. [...] Não se

lê que Deus se fez ideia, princípio, programa, validade universal, lei, mas que Deus se fez ser humano. Isso significa que a forma de Cristo, tão certo como é e permanece única e idêntica, deseja ganhar forma no ser humano real, vale dizer, de maneira muito diversificada. Cristo não elimina a realidade em favor de uma ideia que exigisse realização contra toda a realidade; antes, faz vigorar a realidade, afirma-a; na verdade, ele é o ser humano real e, assim, o fundamento de toda realidade humana. Conformação de acordo com a forma de Cristo inclui, pois, as duas coisas: que a forma de Cristo permanece uma e a mesma, não como ideia geral, mas única como ela é, o Deus encarnado, crucificado e ressuscitado, e, por outra, que justamente por causa da forma de Cristo seja preservada a forma do ser humano real e que, assim, o ser humano real assimile a forma de Cristo (2, p. 56-58).

Onde, então, está Deus? Deus está do lado dos que sofrem, e chama os seus para também estarem do lado dos que sofrem. Se mostra em cada gesto de apoio que pessoas prestam em prol de outras. Não está em aparições mágicas, muito menos descarta a atuação da ciência e da medicina. Deus está presente lá onde o ser humano se torna o mais humano possível – vulnerável e cheio de compaixão.

Referências

1. Bonhoeffer D. Resistência e submissão: cartas e anotações escritas na prisão. Schneider N, tradutor. Editado por Christian Gremmels, Eberhard Bethge e Renate Bethge em cooperação com Ilse Tödt. São Leopoldo: Sinodal; EST; 2003.
2. Bonhoeffer D. *Ética*. Compilado e editado por Eberhard Bethge. 9. ed. Michel H, tradutor. São Leopoldo: Sinodal; EST; 2009.
3. Candiotto JF; Pilla MC; Castro VM. Múltiplas violências no espaço privado: o lar e a família durante a COVID-19. In: Pilla MC; Sinner R von. O ser humano em tempos de COVID-19. Curitiba: PUCPRESS; 2020; p. 91-102.
4. Damasceno V; Pagnan R. Explosão de violência doméstica durante pandemia faz PM de SP implantar Patrulha Maria da Penha. 2021 Apr 27 [acesso em 2021 maio 05]. In: Folha de São Paulo online [Internet]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/04/explosao-de-violencia-domestica-durante-pandemia-faz-pm-de-sp-implantar-patrolha-maria-da-penha.shtml>.
5. Dias AA; Pedrosa DS; Guebert MCC. Dissonâncias da educação escolar no período de pandemia. In: Pilla MC; Sinner R von. O ser humano em tempos de COVID-19. Curitiba: PUCPRESS; 2020, p. 103-114.
6. Forte B. Jesus de Nazaré, História de Deus, Deus da História: ensaio de uma cristologia como história. São Paulo: Paulinas; 1985.

7. Jonas H. O conceito de Deus após Auschwitz: uma voz judia. Fonseca LSG, tradutor. São Paulo: Paulus; 2016.
8. Leibniz GW. Ensaio de teodiceia sobre a bondade de Deus, a liberdade do homem e a origem do mal. Piauí WS; Silva JC, tradutores. 2. ed. São Paulo: Estação Liberdade; 2017.
9. Moore MP. O.F.M. ¿Un Dios 'anti-pandemia', un Dios 'postpandemia' o un Dios 'en-pandemia'? In: Álvares MA, organizador. COVID 19. [s.l.]: MA-Editores; 2020. p. 28-37.
10. Pagola JA. Una puerta abierta. In: Álvarez MA, organizadores. COVID 19. [s.l.]: MA-Editores; 2020. p. 43-44.
11. Pilla MCBA; Sinner R von, organizadores. O ser humano em tempos de COVID-19. Curitiba: PUCPRESS; 2020.
12. Queiruga AT. Repensar o mal: da ponerologia à teodicéia. Soares AML, tradutor. São Paulo: Paulinas; 2011.
13. Sinner R von. A ética do penúltimo quando Deus é brasileiro: contribuições de Dietrich Bonhoeffer. In: Sinner R von. Paz em meio à violência: subsídios para a compreensão e o exercício da cidadania cristã. São Leopoldo: Sinodal; 2019. p. 95-110.
14. Sobrino J. Onde está Deus? Terremoto, terrorismo, barbárie e utopia. Fontoura BN, tradutor. São Leopoldo: Sinodal; 2007.
15. Tillich P. A coragem de ser. Malheiros E, tradutor. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001. 146 p.
16. Zimmermann J. Dietrich Bonhoeffer's Christian Humanism. Oxford: Oxford University Press; 2019.
17. Žižek S. Pandemic! COVID-19 shakes the world. New York: OR Books; 2020.

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE EM PORTUGAL

Joana Romeiro
Helga Martins
Tiago Casaleiro
Sílvia Caldeira

Introdução

Abordar as questões da espiritualidade, hoje, em Portugal, implica necessariamente referir o fenómeno religioso, nomeadamente a herança histórica herdada pela presença do judaísmo, islamismo e cristianismo, ainda antes da formação do país. Se é verdade que nem toda a espiritualidade está associada à dimensão religiosa, não se pode negar que a religião cumpriu e continua a cumprir uma função importante com a relação com o transcendente. No campo da saúde, destaca-se a importância das instituições religiosas na assistência aos doentes assim como às práticas devocionais e religiosas ligadas à saúde.

Neste capítulo começaremos por identificar os dados epidemiológicos sobre religião e espiritualidade em Portugal. Por se reconhecer a importância das necessidades espirituais das pessoas no contexto da saúde, abordaremos os sistemas de classificação de diagnósticos relacionados com esta temática assim como os instrumentos para avaliar as diferentes dimensões deste fenómeno. Por fim, destaca-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar às necessidades espirituais, embora com dificuldades na implementação dos cuidados espirituais. A investigação realizada neste campo tem aumentado e os resultados apontam para o impacto positivo do cuidar espiritual.

Religiosidade e espiritualidade em Portugal

Nos estudos sociológicos realizados em Portugal (1, 2), por amostragem, é possível identificar que na primeira década do séc. XXI, as pessoas que se identificam como católicas diminuiu de 86,9% para 79,5%, os pertencentes a outra religião subiram de 2,7% para 5,7%, assim como os sem religião (indiferentes, agnósticos, ateus e crentes sem religião) que subiram de 8,2% para 14,2%.

Nestes mesmos estudos, em linha com os outros países europeus, cresce o número de pessoas “crentes sem religião” (3), que corresponde àqueles que

“podem sentir uma forte inclinação para um certo sistema religioso, mas sem querer estabelecer qualquer ligação institucional [ou] aproveitar-se de diferentes referências religiosas e construir ecleticamente uma espiritualidade individual” (3, p. 72). Num estudo realizado na Europa Ocidental sobre religião, identificou-se Portugal como o país com maior percentagem de pessoas que se identificavam como religiosas e espirituais (55%) (4). Para além da autoperceção enquanto religioso e/ou espiritual, um estudo mais aprofundado sobre as identidades religiosas na área metropolitana de Lisboa (5), apontou que grande parte da amostra participava em práticas orantes e quase metade apresentava uma prática regular de oração.

Em Portugal, é possível notar uma influência cultural marcada da Igreja católica romana tanto no domínio dos ritos, como o batismo ou casamento religioso, como no domínio das épocas festivas ou ainda na frequência de lugares religiosos como o santuário de Fátima (6). Também é neste sentido que estava consagrada na lei portuguesa até 2009, por via do Decreto Regulamentar n.º 58/80, a existência de um capelão, sacerdote católico, em cada instituição hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, que era responsável pela assistência religiosa. Já em 2009, a Assistência Espiritual e Religiosa (Decreto-Lei n.º 253/2009) passa a ter em conta outras confissões religiosas e não se restringe à dimensão religiosa, mas reconhece as necessidades da assistência espiritual.

Como foi descrito anteriormente, a prestação de cuidados espirituais está prevista na legislação portuguesa. No entanto, esta inclusão não é um mero acaso, e existem vários estudos que fazem referência ao papel preponderante da espiritualidade na saúde dos portugueses. Uma revisão da literatura científica descobriu 76 estudos, realizados até 2017, na área da espiritualidade em saúde em Portugal, e um interesse progressivo e exponencial dos investigadores (7). Predominaram estudos académicos (com maior frequência de dissertações de mestrado) em detrimento de publicações nacionais e/ou internacionais. Revelaram-se ainda algumas tendências na investigação portuguesa, como o recurso a estudos de natureza quantitativa, em amostras de pessoas idosas e adultos, e escasso interesse em contextos diferentes do oncológico como o início de vida, infância ou adolescência (7).

Mais recentemente um estudo com 705 pessoas hospitalizadas com doença aguda e crónica demonstrou uma associação significativamente positiva entre o bem-estar espiritual e a saúde em geral (8). Outro estudo que retrata o envelhecimento da população nacional menciona a existência de uma relação positiva entre a qualidade de vida dos idosos e a espiritualidade (9). No contexto dos cuidados paliativos, uma amostra que englobava 30 participantes concluiu que os participantes com maiores scores de bem-estar espiritual

tendencialmente apresentarão menos depressões (10). E no domínio da saúde mental, os estudos corroboram que quanto maiores os níveis de bem-estar espiritual no domínio “pessoal” menores serão os sintomas psicopatológicos (11). Similarmemente, evidências científicas comprovam uma ligação positiva entre a espiritualidade e a esperança, o otimismo e a atenção plena (12).

Várias disciplinas da saúde em Portugal têm demonstrado interesse pelas particularidades do espírito e sua relevância para a população, no entanto tem-se notado maior preocupação e ênfase da Psicologia e Enfermagem (7).

No âmbito da disciplina de Enfermagem, as classificações desenvolvidas permitem uma linguagem e prática padronizada de cuidados, sendo possível encontrar na taxonomia atual da NANDA-I diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade, como sejam: a disposição para esperança melhorada; o risco de dignidade humana comprometida; o *coping* ineficaz; a disposição para *coping* melhorado; a religiosidade comprometida; a disposição para religiosidade melhorada; o risco de religiosidade comprometida; a angústia espiritual; e o risco de angústia espiritual (13). A CIPE^{®1} é o sistema de classificação mais amplamente utilizado pelos enfermeiros em Portugal, igualmente, apresenta um vasto leque de diagnósticos, tais como: angústia espiritual; apoio espiritual; bem-estar espiritual; comportamento espiritual; crença espiritual; papel de apoio espiritual; papel espiritual; privacidade para o comportamento espiritual; processo espiritual; e *status* espiritual (14).

As necessidades espirituais dos doentes são de natureza pessoal, o que torna a avaliação das suas necessidades espirituais um processo complexo e individual, cabe realçar que a sua avaliação pode ser realizada por qualquer membro no seio da equipa multidisciplinar de saúde, mas que exige formação específica e sensibilidade espiritual (15).

São diversos os instrumentos disponíveis para avaliar a espiritualidade, porém, o Questionário de Bem-Estar Espiritual (BEE) é o que tem sido mais empregue a nível nacional (7).

Na Tabela 1, apresenta-se uma lista dos 11 instrumentos atualmente disponíveis, traduzidos, adaptados e validados, para a população portuguesa e que permitem avaliar os diferentes constructos no domínio espiritual.

¹ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Tabela 1. Instrumentos disponíveis em Portugal para avaliar a espiritualidade

Dimensão	Nome da escala	Descrição da escala
Angústia espiritual	Escala de Angústia Espiritual (16)	30 itens e 4 domínios Likert de 1 a 4 Scores 30 a 120 α de Cronbach global de 0,91
Bem-estar espiritual	Escala de Avaliação Espiritual (17)	19 itens e 3 domínios Likert 1 a 5 Score 19 a 95 α de Cronbach global de 0,89
	FACIT-Sp-12 <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale</i> (18)	12 itens e 2 domínios Likert 0 a 4 Score de 0 a 48 de Cronbach global de 0,92
	Questionário do Bem-Estar Espiritual (19)	20 itens e 4 domínios Likert de 1 a 5 Score de 20 a 100 α de Cronbach global de 0,89
	<i>Spiritual Health and Life-Orientation Measure</i> (SHALOM) (20)	20 itens e 4 domínios Likert 1 a 5 α de Cronbach global de 0,88
	WHOQOL-SRPB (<i>Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs</i>) (21)	32 itens e 8 domínios Likert 1 a 10 α de Cronbach dos 8 domínios varia ente 0,86-0,97
Coping espiritual	<i>Spiritual Coping Questionnaire</i> (22)	32 itens e 2 domínios Likert 1 a 5 Score de 32 a 160 α de Cronbach <i>coping</i> positivo: 0,73 α de Cronbach <i>coping</i> negativo: 0,96
Cuidado espiritual	Escala de Competências para o Cuidado Espiritual (23)	17 itens e 4 domínios Likert 1 a 5 Score de 17 a 85 α de Cronbach global de 0,76
Envolvimento religioso	DUREL: Índice de Religiosidade da Universidade Duke (24)	5 itens e 1 domínio Likert de 1 a 6 Scores de 5 a 32 α de Cronbach global de 0,89
	Escala da Crença para Ação (BIAC) (25)	9 itens e 1 domínio Likert de 1 a 10 Score de 10 a 90 α de Cronbach global de 0,86
Inteligência espiritual	Inventário de inteligência espiritual (26)	24 itens e 4 domínios Likert de 1 a 5 Score de 24 a 120 α de Cronbach global de 0,92

Fonte: Elaborada pelos autores.

O número limitado de instrumentos disponíveis para aplicação na população portuguesa é o reflexo de um caminho ainda escassamente percorrido na integração eficaz e sistematizada da espiritualidade nas práticas de saúde em Portugal. Contudo, além desta barreira, são prementes outras dificuldades na implementação dos cuidados espirituais pelos profissionais de saúde, como sejam: a ausência de uma objetividade palpável; a limitação da espiritualidade à religiosidade da pessoa; a falta de preparação e formação adequada na espiritualidade que se traduz numa falta de competência para intervir; falta de tempo e excessiva carga de trabalho; falta de privacidade ou da existência de um espaço adequado nas instalações hospitalares; influência das crenças e espiritualidade do próprio profissional; sentimento de intromissão; e maior facilidade em delegar a intervenção espiritual a outros profissionais e ao capelão (27,28).

O doente é um ser complexo e detentor de uma multidimensionalidade bio-psico-social-cultural e espiritual, exigindo da mesma forma uma abordagem que deve de ser global, integrando várias áreas científicas no campo da saúde (29), com zelo pela competência específica e garantia do lugar do capelão na equipa multidisciplinar (30,27). E embora, a Psicologia tenha demonstrado maior interesse na área da investigação, é na Enfermagem e na pessoa do enfermeiro que se destaca um papel relevante, pela sua maior proximidade com o doente, posição privilegiada de acompanhamento ininterrupto, constante e diário, e a quem se apela uma sensibilidade e autoconsciência, fundamental à prestação dos cuidados espirituais (30).

Conclusão

A história dos portugueses está intimamente interligada à espiritualidade, e embora a sua referência esteja ainda profundamente associada à religião, tem crescido um reconhecimento popular e gradual da espiritualidade, além da afiliação religiosa, nos portugueses. De igual forma, uma preocupação crescente de investigadores nacionais, tem despoletado interesse em conhecer a forma como esta dimensão tem sido integrada nos cuidados de saúde. Contextos oncológicos têm sido os mais estudados embora se reconheça que o apelo a uma dimensão transcendente aconteça perante uma diversidade de situações onde se esbatem os limites entre saúde-doença e ao longo do ciclo de vida. Reconhecem-se limites à prática de um cuidado espiritual pelos profissionais de saúde e é impressa ênfase na necessidade de mais estudos em outros contextos vividos pelos portugueses, assim como na implementação de programas formativos e curriculares que apelem à sensibilidade e competência dos profissionais de saúde que contrarie a fragmentação humana e promova a integração da componente espiritual num cuidado verdadeiramente global e dignificante da pessoa.

Referências

1. Antunes ML. Catolicismo e cultura na sociedade portuguesa contemporânea. In: Braga da Cruz M, Guedes NC, editors. *A Igreja e a cultura contemporânea em Portugal, 1950-2000*. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2000. p. 437-56.
2. Teixeira A. A eclesiosfera católica: pertença diferenciada. *Didaskalia*. 2013;43:115-205.
3. Dix S. A visibilidade e a invisibilidade das pessoas «sem religião» na sociedade portuguesa. *Didaskalia*. 2013;43:57-80.
4. Pew Research Center. *Being Christian in Western Europe*; 2018.
5. Teixeira A, Vilaça H, Moniz JB, Coutinho JP, Franca M, Dix S. Identidades religiosas e dinâmica social na Área Metropolitana de Lisboa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018. 64 p.
6. Teixeira A. *Religião na sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2019. 108 p.
7. Romeiro J, Martins H, Pinto S, Caldeira S. Review and characterization of portuguese theses, dissertations, and papers about spirituality in health. *Religions*. 2018; 9:271.
8. Branco MZ. Bem-estar espiritual da pessoa doente hospitalizada [acesso em 2019 mar 24]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19364>.
9. Cruz AE. Qualidade de vida e espiritualidade em idosos institucionalizados e em comunidade [acesso em 2019 mar 24]. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2686>.
10. Velosa T, Caldeira S, Capelas ML. Depression and spiritual distress in adult palliative patients: a cross-sectional study. *Religions*. 2017; 8: 156.
11. Brito IN. Relação entre o bem-estar espiritual e sintomas psicopatológicos na população adulta portuguesa [acesso em 2019 mar 24]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3646>.
12. Silva JP, Pereira AM. Perceived spirituality, mindfulness and quality of life in psychiatric patients. *Journal of Religion and Health*. 2017; 56:130-40.
13. Herdman, TH, Kamitsuru, S. (Eds.). *Nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020*. New York: Thieme; 2018.
14. Ordem dos Enfermeiros. CIPE® versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem edição portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016. Lisboa: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Ld; 2016.
15. Timmins F, Caldeira S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard*. 2017a; 31(29): 47-53.
16. Martins H, Caldeira S, Domingues TD, Vieira M, Ku YL. Validation of the spiritual distress scale in portuguese cancer patients undergoing chemotherapy: a methodological study. *Religions*. 2019; 10(11):599.
17. Rego AC. O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008; 8 (2): 199-204.

18. Pereira F, Santos C. Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT -Sp): Validation study in end of life cancer patients. *Cadernos de Saúde*. 2011; 4: 37-45.
19. Gouveia MJ, Marques M, Pais Ribeiro JL. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (swbq): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009; 10(2): 285-293.
20. Gouveia MJ, Pais-Ribeiro JL, Marques M. Study of the factorial invariance of the spiritual well-being questionnaire (swbq) in physical activity practitioners of oriental inspiration. *Psychology, Community & Health*. 2012; 1(2):140-150.
21. Meneses R, Miyasaki C, Pais-Ribeiro J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa do WHOQOL-SRPB. Paper presented at the VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa.
22. Correia N. Espiritualidade no processo de coping: adaptação e validação do spiritual coping questionnaire na população portuguesa e a sua relação com o bem-estar espiritual [acesso em 2019 mar 24]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5806>.
23. Martins AR, Pinto S, Caldeira S, Pimentel FL. Translation and adaptation of the spirituality and spiritual care rating scale in portuguese palliative care nurses. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015; 4(4): 89-97.
24. Conceição AP. A competência para o cuidado espiritual em enfermagem [acesso em 2019 mar 24]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18292/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO%272014.pdf>.
25. Martins H, Domingues TD, Caldeira S. Validation of the duke university religion index (durel) in portuguese cancer patients under chemotherapy: methodological study [Poster presentation] 5th International Spirituality in Healthcare Conference. 20 May 2019.
26. Martins H, Caldeira S, Domingues TD, Vieira M, Koenig HG. Validation of the belief into action scale (biac) in portuguese cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Holistic Nursing*. 2019; 089801011987953:1-12
27. Queiroga S. Saúde, espiritualidade e sentido: produção de cuidados em contexto hospitalar [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6588>.
28. Malhão MIP. A dimensão da espiritualidade do doente em fim de vida [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18512/1/Malh%c3%a3o_Marta.pdf.
29. Catré MN, Ferreira JA, Pessoa T, Catré A, Catré MC. Espiritualidade: contributos para uma clarificação do conceito. *Análise Psicológica*. 2016; 34(1): 31-46.
30. Timmins F, Caldeira S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*. 2017b; 31(22): 50-57.

A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE NO BRASIL

Marta Helena de Freitas
Mary Rute Gomes Esperandio

Introdução

Este capítulo introdutório busca apresentar um apanhado geral acerca da espiritualidade nos cuidados de saúde no Brasil. Inicia com um breve esboço conceitual, articulando e diferenciando os termos espiritualidade, religiosidade e religião. Na sequência, busca caracterizar as especificidades das expressões da espiritualidade no país, considerando-se as raízes histórico-culturais do povo brasileiro e suas vicissitudes. Em seguida, apresenta uma sintética descrição histórica e contemporânea dos estudos desenvolvidos no país em torno do tema em foco, elaborada a partir de consultas a levantamentos sistemáticos de escopo nacional ou de recentes pesquisas desenvolvidas pelas próprias autoras. Por último, realiza uma avaliação geral do cenário descrito, comparando-o com o internacional e apontando implicações e perspectivas para pesquisas, práticas profissionais e políticas públicas de saúde no país.

Esclarecimentos conceituais

Para os propósitos deste capítulo – que visa descrever tanto a especificidade como a diversidade da espiritualidade na saúde no Brasil – adotamos uma conceituação de espiritualidade suficientemente delimitada, mas ao mesmo tempo ampla, no sentido de apontar suas conexões com as esferas da religiosidade e da religião. Desta perspectiva, tomamos a espiritualidade como derivada da palavra espírito, referindo-se à dimensão imaterial da subjetividade humana, situada no âmbito das perguntas e buscas de sentido da vida, como aponta Alleti (1), e que impulsionam a pessoa ao encontro de respostas, voltando-se a um objeto que lhe atenda esta demanda existencial. Este objeto pode ser o Sagrado, Deus, Transcendente. Mas, pode também ser buscado sob outras formas de direcionar a espiritualidade, como por meio da natureza ou da arte, ou mesmo da filosofia ou da atividade científica.

Reservamos o termo religiosidade para o âmbito das respostas, elaboradas subjetiva ou intersubjetivamente, ancoradas na crença no Transcendente (Deus, Divino, Criador, por exemplo), ligando-se ou não a uma religião específica (2).

Entretanto, em geral, a religiosidade expressa-se a partir de crenças vinculadas a algumas formas específicas de religião instituída, ainda que o sujeito não seja frequentador de algum grupo religioso. O termo religião diz respeito às formas de respostas compartilhadas sob a forma de instituições, doutrinas e dogmas sustentadas em nome de crenças específicas em dimensões transcendentais. Ou seja, religião e religiosidade podem ser expressão da espiritualidade. A partir dessas considerações, a utilização do termo “espiritualidade”, nesse trabalho, conectar-se-á às noções de religiosidade e religião acima descritas.

Se retomamos as raízes etimológicas tanto do termo espiritualidade (do substantivo latino *spiritus*, “sopro de vida” ou “respiro”) como do termo saúde (do termo latino *salus*, “inteiro”, “intacto”, “íntegro”; ou do latim medieval *sanus*, “puro”, “verdadeiro”), é surpreendente constatar como os seus respectivos significados se aproximam e se interconectam quase que naturalmente³. Entretanto, com as vicissitudes conceituais ao longo das épocas, que vieram a caracterizar múltiplos sentidos de ambos os lados, tem-se hoje uma verdadeira “torre de babel”, especialmente no que refere ao termo espiritualidade, frequentemente distanciado do conceito oficial de saúde e vice-versa. Este cenário contemporâneo, agora dicotômico e multifacetado, exigiu esta clarificação da posição conceitual adotada pelas autoras deste capítulo.

Em relação ao conceito de saúde, no Brasil vigora conceituação adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 4), que, por sua vez, adota aquele estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, e que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (4, p. 10). Comprometido com um valor de cunho mais holístico, esta definição tem também o propósito de responsabilizar os diversos setores da sociedade para com a saúde das pessoas, em vez de apenas os setores específicos dos serviços de saúde. Ao identificar os indicadores de saúde, a OPAS os descreve como dimensões que compreendem o bem-estar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental e social (4, p. 7).

As formas de expressão de espiritualidade no Brasil

Fortemente caracterizada pela sua história de miscigenação, a cultura brasileira é extremamente rica nas suas formas de expressão da espiritualidade, em especial no âmbito das religiões. Neste, ela se apresenta simultaneamente mesclada e singular, o que se explica a partir da confluência e do caldeamento de diversas influências, desde o período de colonização: à pajelança dos índios silvícolas e campineiros nativos da região, adicionam-se, por meio da “evangelização” e “catequese” desses povos, a teologia cristã, levada ao país pelos portugueses, como também as tradições religiosas africanas e seus orixás, que aí chegaram durante

o período da escravatura. A esse *povo novo*, como o caracteriza Darci Ribeiro (5, p. 17), adicionaram-se, aos poucos, novos contingentes humanos, principalmente europeus, árabes e japoneses, gerando algumas diferenciações nas áreas e estratos sociais em que mais se concentraram, a partir da interação das regiões locais com as influências de correntes religiosas protestantes e orientais. E se, de um lado, os líderes religiosos são geralmente representados por homens – sejam pajés, padres, pais de santos, pastores, rabinos ou monges – o que chama a atenção, nesses mais diferentes extratos, é que, no cotidiano do mundo da vida, é a mulher, em sua grande maioria, quem acaba realizando uma adesão mais genuína aos preceitos, dogmas, práticas e vivências espirituais em suas mais diversas vertentes, religiosas ou não. Curiosamente, é também a mulher quem vem ocupando majoritariamente, nas últimas décadas, o mercado de trabalho nos campos de saúde, em especial nas áreas específicas de enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, odontologia, farmácia, gerontologia e fisioterapia (6,7).

Em que pese essa grande diversidade, prevaleceu, durante os cinco primeiros séculos pós-colonização, no discurso oficial, o monopólio do catolicismo trazido pelos europeus, sendo que, nas últimas décadas, tem se registrado o seu declínio, o qual acompanha a abertura maior e mais explícita ao pluralismo religioso a partir do século XX e cujos reflexos têm sido identificados estatisticamente nos últimos censos demográficos do país. Desse modo, embora ainda se caracterize como maioria absoluta, nos últimos 40 anos, o índice do catolicismo romano reduziu de 91,8% para 64,6%, enquanto os demais alcançaram os seguintes índices: evangélicos – 22,2%; espíritas – 2%; umbandista e adeptos do candomblé – 0,3%; sem religião – 8% e outras religiosidades – 2,7%. Ressalte que, dentre os chamados “sem religião”, a maioria acredita numa dimensão transcendente, embora não filiados a religiões (8).

Naturalmente que os dados dos censos oficiais no país são importantes, mas eles não revelam a plasticidade do povo brasileiro no modo de cultivar sua espiritualidade. Tal característica levou o sociólogo Roberto Da Matta (9, p. 79) a caracterizar a cultura brasileira como uma espécie de cultura “de ligação”, em especial no âmbito de sua expressão espiritual-religiosa, onde formas diversas tendem a coexistir entre si, a partir da ideia de relação direta entre dois mundos – o visível e o invisível, e a possibilidade de comunicação do ser humano com o transcendente e suas várias designações: Deus, espíritos, ancestrais, dentre outras. Desse modo, a expressão da espiritualidade brasileira, em sua busca de respostas existenciais, muitas vezes circula entre diferentes espaços, seja juntando elementos de diversas religiões, seja aderindo a princípios de mais de uma delas, ou, outras vezes, participando de cultos e rituais de diversas religiões ao mesmo tempo ou mesmo fundando seitas que buscam reunir e integrar

diferentes influências religiosa em uma nova vertente. Iniciativas como estas são ainda mais comuns em situações de intenso sofrimento e muitas destas comunidades religiosas têm se constituído em verdadeiros centros de tratamento alternativo à saúde física ou mental, em todo o país, e.g., “Vale do Amanhecer”, no Distrito Federal (10); “Cidade Eclética”, em Goiás (11); Comunidades de Tambor, no Maranhão e Pará (12); comunidades que fazem uso da hoasca, em diversas regiões (13,14,15), dentre outros.

Cenário das produções científicas sobre espiritualidade e saúde no país

Conforme apontado em diversos levantamentos sistemáticos de literatura nos últimos anos (16,17,18,19), a publicação de trabalhos acerca do binômio espiritualidade e saúde no Brasil têm aumentado significativamente. Esses trabalhos têm sido produzidos principalmente por pesquisadores das áreas de Medicina (em especial da Psiquiatria), Enfermagem, Psicologia, Saúde Coletiva, Gerontologia, Ciências da Religião e Teologia. Os subtemas investigados também são diversos: espiritualidade e *coping* religioso espiritual em contextos hospitalares; validação de instrumentos para avaliação da espiritualidade em contextos de saúde; espiritualidade, religiosidade e abuso de substâncias químicas; espiritualidade e senescência; espiritualidade e patologias específicas (oncologia, doenças crônicas, cardiologia, dentre outras); espiritualidade e cuidados paliativos; interação entre espiritualidade, religiosidade e processos de saúde e doença; percepções e manejo da religiosidade e da espiritualidade por partes de profissionais de saúde; espiritualidade, religiosidade e saúde mental; espiritualidade e formação profissional em saúde; espiritualidade e religiosidade em profissionais de saúde.

De um modo geral, em todos os levantamentos citados anteriormente, a área de Saúde tem se destacado em termos quantitativos em suas produções, em especial a de Enfermagem, chegando a alcançar cerca de 28% do total das publicações entre 2000 e 2013, seguidas pela Psicologia, com cerca (26%), Medicina com 19% e Psiquiatria, com 9% (17). É também na área de Saúde que se encontra um maior número de pesquisas empíricas, com aumento crescente daquelas realizadas sob perspectiva quantitativa (16,19). Por outro lado, as pesquisas de natureza bibliográfica ou teórico-conceitual, que foram predominantes até cerca de uma década atrás (20), agora alcançam apenas cerca de 29% contra 71% da de cunho empírico (17). No conjunto dessas produções empíricas, registra-se a predominância de trabalhos que são frutos de pesquisas qualitativas (19), em geral desenvolvidas no próprio contexto dos cuidados de saúde.

Outro dado significativo é o crescente número de teses e dissertações desenvolvidas sobre o tema nas universidades brasileiras distribuídas em quase todas as regiões do país, numa variedade de programas de pós-graduação das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Médicas, Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Enfermagem, Enfermagem Fundamental, Enfermagem na Saúde do Adulto, Neurociências, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Oncologia, Gerontologia, Gerontologia Biomédica, Psicologia, Psicologia Social, Psicologia Clínica e da Saúde, Teologia, Ciências da Religião, Educação e Ciências do Comportamento (16,17). A maioria destes programas estão situados na Região Sudeste do país, aparecendo em segundo lugar a Região Sul e, em terceiro, o Centro-Oeste (17). À medida, porém, que o campo dos Cuidados Paliativos começa a se desenvolver e tornar-se mais organizado no país, e considerando que o cuidado espiritual é um dos componentes considerados inerentes às boas práticas em Cuidados Paliativos, a pesquisa sobre essa temática vem crescendo significativamente, especialmente nos quatro últimos anos.

Entretanto, se, de um lado, o número de trabalhos publicados na área tem crescido exponencialmente nos últimos anos, de outro, essa produção ainda não é muito conhecida por parte dos próprios brasileiros. Pesquisas realizadas sobre a formação superior em saúde (21,22,23) ou diretamente com estudantes e/ou professores (23,24,25,26,27) ou, ainda, com os próprios profissionais que atuam nos contextos de saúde física ou mental (28), têm demonstrado que sem sempre esse conhecimento lhes chega concretamente, seja na formação universitária em saúde, seja em treinamentos específicos realizados posteriormente ou por meio das políticas de saúde que regem os serviços em que atuam. Por outro lado, é significativo o interesse pelo assunto. Com base em nossa experiência como pesquisadoras, podemos afirmar que tal interesse se evidencia no aumento de Ligas Acadêmicas sobre espiritualidade e saúde, que surgiram nos cursos de medicina nos últimos anos, assim como pelo grande número de pessoas que atendem a eventos que tratam do tema, e pelo número significativo de estudantes de graduação e pós-graduação interessados em desenvolver pesquisas e/ou estágios relacionados ao assunto.

Espiritualidade nos cuidados de saúde em diferentes contextos

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece que os cuidados primários de saúde no país devem ocorrer o mais próximo possível da vida das pessoas, conforme Portaria nº 2.436, do Ministério da Saúde (29), atendendo aos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dentre suas principais diretrizes, situa-se o cuidado centrado na pessoa, exigindo atenção especial às suas necessidades e potencialidades, de modo integrado à sua rede de apoio, na

família ou na comunidade. Desse modo, a dimensão da espiritualidade é essencial e, nos últimos anos, cresce o número de publicações sobre o tema no país, fazendo com que o Brasil ocupe um lugar de liderança como um dos países que mais pesquisa o tema sobre espiritualidade e saúde, principalmente no campo da Saúde Mental (30). Muitos investigam como ela tem sido conduzida (31,32). Outros problematizam a formação para sua integração efetiva nas práticas de cuidado (33,34) ou buscam oferecer subsídios para sua adequada condução nestes serviços (35).

Tanto no contexto da Atenção Básica, como no do atendimento hospitalar, o Sistema Único de Saúde – SUS oferece as chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PICS), as quais empregam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, a maioria delas ancorada em alguma forma de espiritualidade. Segundo o Ministério da Saúde (36), o SUS oferece à população, atualmente, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de PICS, dentre eles: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica, termalismo, fitoterapia, biodança, dança circular, musicoterapia, *reiki*, *shantala*, quiropraxia, yoga. Segundo dados oficiais do MS, atualmente mais de nove mil estabelecimentos de saúde no país ofertam 56% dos atendimentos individuais e coletivos em Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros, compondo 8.239 (19%) estabelecimentos da Atenção Básica (78%), distribuídos em mais de três mil municípios, nos 27 estados e no Distrito Federal (36). O Portal do Governo informa ainda que a procura e a oferta destes serviços crescem volumosamente a cada ano. Nas atividades coletivas, como Yoga e Tai Chi Chuan, o crescimento chegou a 46%, entre 2017 e 2018 (37).

Tais iniciativas sem dúvida favorecerem a integração da espiritualidade aos serviços de saúde e exigem dos profissionais postura mais aberta a outras formas de cuidado que não só as que se baseiam no modelo médico hierárquico e hegemônico. Entretanto, não faltam reflexões mais apuradas sobre esse cenário de entusiasmo para com a espiritualidade “de” e “para” todos nos contextos de saúde no país, avaliando suas implicações sociais, políticas e antropológicas, como as apontadas por Toniol (38,39,40). O referido autor analisa criticamente a intensificação da noção de espiritualidade aplicada às ciências médicas e práticas decorrentes nos contextos de saúde, nas últimas décadas, apontando a emergência de especialistas nesse campo como um derivado deste processo, conectado a um ideal de saúde proposto pela ONU.

A despeito da leitura cuidadosa que se deve fazer acerca do crescente entusiasmo com o tema em pauta, duas coisas são certas e inquestionáveis: a) vivenciar um adoecimento físico ou mental tende a despertar sentimentos de ansiedade, preocupação, medo e incapacidade; b) a espiritualidade é um dos recursos mais frequentemente empregados para lidar com esses sentimentos ou

com a própria doença, como tem sido evidenciado em levantamentos integrativos de literatura concernente ao tema (41) ou demonstram pesquisas conduzidas pelas próprias autoras deste capítulo (28,42,43,44,45,46), em contextos hospitalares e/ou serviços mental, ou mesmo em contextos não clínicos.

A experiência de entrevistar, em profundidade, significativo número de profissionais de diversas áreas (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e capelães), ao longo de três pesquisas conduzidas no Laboratório de “Religião, Saúde Mental e Cultura”, mostrou grande mobilização desses profissionais diante do tema abordado – religiosidade e espiritualidade em suas experiências clínicas em hospitais gerais ou serviços de saúde mental (28). As reações ao tema não foram unânimes. Houve desde os que se recusaram a ceder entrevista até os que a interpretaram como espécie de “sinal” ou “chamado” a se reaproximarem de um tema do qual se haviam afastado há anos, mas do qual sentiam muita falta. Houve ainda outros que, depois de desligado o gravador, falou de modo muito mais espontâneo, revelando com muito mais naturalidade suas convicções e experiências espirituais como também a de seus pacientes. Especificamente dentre os psicólogos, alguns chegaram às lágrimas ou mesmo ao choro convulso ao falarem pela primeira de um tema que havia sido absolutamente silenciado ao longo da formação.

Entrevistados de todas as áreas foram unânimes em relatarem diversos modos pelos quais a espiritualidade dos pacientes se mostra nos hospitais gerais e nos serviços da saúde mental. Seja portando objetos “sagrados” nas enfermarias (bíblias ou evangelhos, crucifixos, imagens, fitinhas do Senhor do Bonfim², terços, medalhas de Nossa Senhora ou Jesus Cristo, incenso, mensagens espíritas, dentre outros), ou fazendo preces, rezas, orações ou meditações, a espiritualidade se revela na esperança de cura ou no encontro de sentido para o

¹ Identificação das três pesquisas:

- 1º) Religiosidade e Espiritualidade no Contexto Hospitalar – Percepção das equipes multiprofissionais (RESCH); financiada pelo CNPq/MCTIC, por meio do Edital Demanda Espontânea 2013.
- 2º) Religiosidade do Imigrante – Saúde ou Sintoma: Percepções de profissionais de saúde mental brasileiros e portugueses (RISS); financiada pelo Santander Universities (Fase I) e pelo CNPq/MCTIC (Fase II), por meio do Edital Universal 2014.
- 3º) Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial: Percepções dos profissionais acerca do papel da religiosidade (RESMCAPS), financiado pela FAP-DF, por meio do Edital Demanda Espontânea 2015.

² Fita colorida, que se constitui num amuleto da sorte, originariamente típico da cidade de Salvador, na Estado da Bahia, hoje espalhada por todo o país. Costuma ser atada no pulso ou no tornozelo, acompanhada de um pedido dirigido ao Senhor do Bonfim, e deixar que ela se desfaça naturalmente com o tempo para que o pedido se cumpra. Reza a tradição que o uso dessas fitas advém do antigo costume de utilizar tiras de roupas de santos para ter sorte ou proteção.

sofrimento experimentado com a doença e suas vicissitudes. Ela também se faz presente nos pedidos ou nas recepções de visitas de líderes religiosos, os quais às vezes chegam a realizar rituais (e.g. evangélicos, afro-brasileiros, indígenas) na própria enfermaria, demandando dos profissionais grande habilidade para lidar com elas e controlar suas decorrências nas rotinas, normas, cuidados e assepsias hospitalares.

Nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS³, há referência ao quanto os usuários demandam incluir nas sessões de grupo elementos associados ao modo de vivenciarem sua espiritualidade, geralmente vinculada à religião de origem. Os psicólogos, por exemplo, precisam administrar isso nos grupos, pois há frequentes pedidos para orar um Pai Nosso, uma Ave Maria, ou cantar um Hino da Igreja... Relatam também diversas situações onde os delírios chegam permeados de elementos ligados à espiritualidade e religiosidade. Nestes casos, são frequentes os desafios ou dúvidas quanto à adequada distinção entre o que é sintoma psicopatológico e o que é experiência espiritual genuína. Outro desafio para esses profissionais é lidar com a frequente interferência de orientações recebidas pelos pacientes de seus próprios líderes religiosos, que às vezes os estimulam a abandonar o tratamento psiquiátrico, por entenderem que a cura deve vir de Deus. Em algumas regiões do país, e.g. Maranhão, viu-se que os profissionais dos CAPS aceitam desenvolver um trabalho integrado com as comunidades religiosas, tomando-as como instâncias que também compõem a rede de apoio e suporte. Em outras, e.g. Brasília, predomina a preocupação com os chamados “tratamentos” espirituais, como se estivessem “competindo” com o tratamento psiquiátrico ou psicológico.

A despeito dos desafios apontados anteriormente, as percepções dos entrevistados convergem em afirmarem o papel positivo da espiritualidade sobre a saúde: oferece esperança, promove bom relacionamento com a equipe, adesão ao tratamento, serenidade e resiliência para enfrentar a doença, propicia encontro de sentido e fortalecimento existencial diante das adversidades, diagnósticos sombrios e perdas. Entretanto, praticamente todos eles também apontam problemas decorrentes de determinadas formas religiosas pelas quais a espiritualidade passa a ser formatada em prejuízo da saúde, seja pela extrema rigidez, pelo prejuízo na continuidade do tratamento ou por seus rituais danosos ao bem-estar. Os modos de conduzir a espiritualidade passam

³ O CAPS é uma modalidade de serviço de saúde mental implementada no país a partir da Reforma Psiquiátrica, constituindo-se em local de referência para tratamento e acompanhamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, substitutivo do antigo modelo hospitalocêntrico e asilar. Funciona como dispositivo de atenção diária, interdisciplinar, simultaneamente personalizado e promotor de integração familiar e social junto às comunidades onde está inserido, vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS (47).

a ser problemáticos também quando estão a serviço da negação da doença ou da morte, impedem a autorização para doação de órgãos (e.g. em caso de morte cerebral), levam à recusa de determinados procedimentos clínicos (e.g. transfusão de sangue) ou à interpretação literal de textos sagrados (e.g. cortar a mão se ela for motivo de escândalo).

Ao se expressarem sobre as possíveis relações entre espiritualidade e saúde, a maioria dos entrevistados demonstraram desconhecimento da literatura produzida na área, de modo que suas respostas foram predominantemente pautadas na própria experiência clínica ou mesmo, em alguns casos, em suas próprias convicções espirituais ou religiosas. Alegaram que o tema não foi abordado ao longo da formação, a não ser nas disciplinas de ética ou deontologia, quando são treinados dentro de uma perspectiva de laicidade do Estado, onde não devem atuar segundo os princípios religiosos, mas sim, conforme os princípios da ciência que dá base à sua profissão. Assim o termo “respeito” foi o mais empregado em relação ao que consideram boas práticas no lidar com a espiritualidade ou com a religiosidade dos pacientes em contextos clínicos. Uma minoria conseguiu ir um pouco além dessa espécie de clichê, apontando posturas mais proativas, como por exemplo: estimular o desenvolvimento da espiritualidade, sem impor uma forma específica de cultivá-la; conhecer a religião do paciente para agir em consonância com ela (e.g. em casos de procedimentos clínicos específicos ou no preparo do corpo de paciente que veio a óbito), criar vínculo, acessar formas de estimular a espiritualidade positivamente, favorecer acesso à rede de suporte, familiar ou comunitária; dentre outras.

Esses e muitos outros dados das três pesquisas referidas anteriormente (28) apontam que os profissionais, a despeito da alegada carência em sua formação, estão tentando encontrar suas próprias formas de lidar com a espiritualidade nos contextos de saúde, inclusive a deles próprios. Muitos a apontam a própria espiritualidade ou religiosidade como essenciais para darem sentido ao seu trabalho e para conseguirem se manter resilientes ao sofrimento psíquico que acompanha a prática em saúde. Alguns poucos referem-se a possíveis encaminhamentos de pacientes aos serviços de capelania, que, na maioria dos hospitais brasileiros, é um trabalho voluntário, e ainda ausente nos serviços de saúde mental.

Os capelães entrevistados na pesquisa atuavam em contextos de saúde ligados a serviços militares, prestando serviços como concursados (48). No caso deles, verificou-se que o tema da espiritualidade foi abordado na formação, mas sem sempre de modo abrangente para lidar com toda a diversidade dos modos de expressão da espiritualidade na cultura brasileira. De outro lado, também, verificou-se uma lacuna na abordagem às relações da religiosidade com a saúde e, mais especificamente, com a saúde mental.

Finalmente, mas não menos importante, cabe ainda uma palavra sobre os diversos grupos e comunidades que oferecem, no país, modalidades de serviços alternativos à saúde. De um lado, esses serviços incorporam, abertamente, em suas propostas de tratamento, a dimensão da espiritualidade. De outro lado, muitas vezes são completamente desprovidos da competência técnica no âmbito da saúde formal. Dentre outras coisas, isso é também motivo de conflito no país entre profissionais de saúde que atuam nos CAPS Álcool e Drogas (CAPSAD) e os serviços prestados pela Comunidades Terapêuticas – CTs⁴ de vocação religiosa. Essa situação, assim como a da quase completa ausência dos capelães nos serviços de saúde mental, são sintomas gritantes da secularizada dicotomia entre espiritualidade e saúde mental. Enquanto esse sintoma não é tratado e sanado em suas raízes, multiplicam-se também no país as chamadas Clínicas Holísticas e os Gurus Espirituais (e seus riscos de toda ordem!). Se elas revelam a plasticidade da espiritualidade do povo brasileiro, também contemplam e, ao mesmo tempo, denunciam uma falha do sistema de saúde em proporcionar tratamento integral à pessoa em sua individualidade e coletividade, como rezam os documentos oficiais do Estado.

Considerações finais

O cenário descrito neste capítulo acerca da espiritualidade nos cuidados de saúde no Brasil, permite-nos concluir que, embora já se disponha de significativa produção científica e de relevante material bibliográfico acerca do tema no país, e também se observe certa sensibilidade dos profissionais de saúde em relação ao tema, a possível integração entre o que diz a literatura disponível e a prática desses profissionais está ainda por se consolidar. Desse modo, mesmo que muitos desses profissionais mostrem-se abertos e interessados em dar respostas efetivas às perguntas de sentido que emergem diariamente em hospitais e serviços de saúde física e mental, o conjunto de suas ações não se constitui de modo consistente, ao mesmo tempo diversificado e integrado, caracterizando iniciativas e estratégias legítimas e/ou formalmente respaldadas pelas diretrizes de humanização propostas pelos regulamentos de saúde do país (49). Ou seja, registra-se ainda a necessidade de sistematização e da construção de um lugar institucional dessa desejável e necessária integração.

⁴ As CTs são entidades da sociedade civil, em geral de cunho religioso, que acolhem usuários de substâncias psicoativas, com a finalidade de apoiá-los a interromperem este uso; e a se organizarem para a retomada de sua vida social. Hoje, no Brasil, são em número superior a 1.800, sendo que cerca de 300 delas mantêm parcerias com o Governo Federal, por meio da qual recebem, da SENAD (Secretaria Nacional de Drogas), recursos financeiros para que acolham pessoas que desejam se tratar, mas não dispõem de recursos para pagar os custos do tratamento.



O primeiro volume da obra *Espiritualidade e Saúde: Fundamentos e Práticas em perspectiva Luso-Brasileira* está dividido em quatro partes. A primeira apresenta um contexto histórico sobre o tema da espiritualidade nos cuidados em saúde em Portugal e no Brasil, incluindo uma reflexão inicial sobre o cenário pandêmico de covid-19. Na segunda parte, são apresentados alguns conceitos fundamentais relacionados à espiritualidade e saúde. A terceira parte traz especificidades relacionadas às crenças religiosas e espirituais na esfera da saúde, vislumbrando uma abordagem didática, que esperamos ser útil no dia a dia de profissionais de saúde que atendem a pessoas enfermas num mundo caracterizado pela globalização e dispersão cultural e religiosa. A quarta parte focaliza os diversos cenários de cuidado, desde o nascimento até a morte e o luto. Como ponte para o Volume 2, contamos com um *Intermezzo*, com reflexões sobre cuidado espiritual, apresentadas por um pesquisador holandês de referência no tema.

