

Giumbelli, Emerson; Toniol, Rodrigo. What is spirituality for? New relations between religion, health and public spaces. In: Blanes, Ruy; Mapril, Jose; Giumbelli, Emerson; Wilson, Erik (orgs). *Secularisms in a Postsecular Age? Religiosities and Subjectivities in Comparative Perspective*, 2017. pp. 147-167

## **Para que serve a espiritualidade? Novas articulações entre religião, saúde e espaços públicos**

Emerson Giumbelli e Rodrigo Toniol

Em maio de 1984, durante a 37ª Assembleia Mundial de Saúde, uma decisão histórica foi tomada: a "*dimensão espiritual*" foi integrada ao programa de estratégia da saúde dos Estados membros da OMS [Organização Mundial de Saúde].

Quatorze anos mais tarde, o grupo especial do comitê executivo da entidade, destacado para revisar sua constituição, propôs que o preâmbulo do documento, onde se define o que é saúde, fosse alterado para: saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, *espiritual* e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.

Em janeiro de 1998, os membros do comitê executivo endossaram a proposta e a resolução foi adotada pela OMS (Khayat, 1998:2009) (*grifos nossos*).

Apesar de significativas por terem sido realizadas no âmbito de uma agência com impactos globais, essas resoluções não são atos excepcionais na legitimação do vínculo entre saúde e espiritualidade. A elas se associam outros enunciados, que desde 1980 têm desdobrado essa conexão em dimensões múltiplas, cujas modulações entre os termos, apesar de relativas ao mesmo par, são plurais. Nesse período, pudemos observar um expressivo crescimento no número de centros de pesquisas, laboratórios e departamentos ligados a universidades, dedicados especificamente à relação entre saúde e espiritualidade.<sup>1</sup> Esse crescimento, além de consolidar um novo horizonte analítico para as ciências médicas, também tem contribuído para a proliferação do uso da categoria “espiritualidade” no campo dos estudos sobre saúde.

---

<sup>1</sup> Entre os mais destacados e tradicionais centros de pesquisas estão: Center for Spirituality, Theology and Health (Duke University); Program in Spirituality and medicine (Howard University Hospital); Center for Spirituality, Health and Disability (University of Aberdeen); Centre for Spirituality and healing (University of Minnesota); Spirituality Mind-Body Institute (Columbia University); Center for Spirituality and health (University of Florida).

Em que pese a variedade dos significados que o termo pode assumir na medida em que as pesquisas que o tematizam se multiplicam, é notável a extensão do impacto do "fator espiritualidade" sugerida por essas investigações. Por exemplo, para citar apenas alguns trabalhos: Garssen, Umland e Visser (2014) afirmam haver uma associação positiva entre a espiritualidade de pacientes com câncer e bem estar; Brewer-Smyth e Koenig (2014) reconhecem que, em casos de traumas infantis, a resiliência de pessoas mais espiritualizadas é maior do que a de não espiritualizados; Berntson e Hawkley (2008), por sua vez, afirmam que há uma correlação significativa entre espiritualidade e controle cardíaco autônomo.<sup>2</sup> Sobretudo após os anos 2000, os enunciados sobre a conexão entre saúde e espiritualidade se desdobraram de maneira ainda mais ampla: surgiram congressos dirigidos exclusivamente ao tema, disciplinas de “medicina e espiritualidade” passaram ser oferecidas em cursos de graduação das ciências da saúde, linhas de pesquisas relativas ao tópico foram instituídas em programas de pós-graduação e núcleos de estudos e centros de pesquisa dedicados a espiritualidade foram implementados em hospitais.

No Brasil, além das pesquisas médicas, a relação entre saúde e espiritualidade também encontra respaldo em duas ações estatais, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), ambas lançadas pelo Ministério da Saúde, em 2004 e 2006, respectivamente. Integração e democratização são palavras-chave do primeiro programa, cujos objetivos são transversais às estruturas dos serviços de atendimento ligados ao SUS (Sistema Único de Saúde, que identifica os serviços públicos e o financiamento estatal no Brasil na área da saúde). De acordo com um dos documentos do PNH, “humanizar é (...) ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (*apud* Boldrini 2012: 64). De fato, um dos alvos do PNH são os usuários do SUS, cuja participação nos serviços pretende ser incrementada. Relacionado a isso, temos a aprovação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, ocorrida em 2006 por meio de uma portaria do Ministério da Saúde. Dois dos princípios que embasam essa carta

---

<sup>2</sup> Para uma análise pormenorizada dessas e de outras pesquisas clínicas que avaliam o impacto do “fator espiritualidade” na saúde, ver: Toniol, 2015.

merecem ser transcritos: “Todo cidadão tem direito a tratamento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação” e “Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos”.<sup>3</sup>

Publicada dois anos após o lançamento da PNH, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem por finalidade assegurar e promover o acesso, pelo SUS, à medicina tradicional chinesa, à homeopatia, à fitoterapia, ao termalismo e à medicina antroposófica. Com uma abrangência nacional, essa portaria ainda estimulou a formulação de outras políticas, dirigidas a estados e municípios, que acrescentaram novas terapias àquelas já previstas pela PNPIC.<sup>4</sup> As variações entre as terapias previstas por cada uma dessas legislações, no entanto, não afasta dois planos de convergência entre elas. Primeiro, todas essas políticas promovem “práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integradas ao sistema dominante de saúde” (WHO, 2000:1). Nesse plano, elas convergem por conta do caráter marginal e não-hegemônico das terapias que apoiam. Segundo, noutra dimensão de convergência, essas políticas identificam as terapias alternativas/complementares como tecnologias especialmente ajustadas às abordagens holísticas de saúde. Conforme documento do ministério da saúde, a oferta de terapias alternativas no SUS seria um meio oportuno para consolidar uma perspectiva a partir da qual "a doença, seu diagnóstico e tratamento [são vistos] sob aspectos físicos, emocionais, espirituais, mentais e sociais, simultaneamente", revelando "o indivíduo em sua totalidade" (Brasil, 2009: 56) .

Ao apresentarmos esse extenso e variado investimento das ciências médicas e dos órgãos gestores da saúde pública no Brasil voltado ao cultivo do par saúde/espiritualidade, não estamos interessados simplesmente em repercuti-lo ou dele derivar hipóteses sobre amplas transformações nos princípios ontológicos da medicina ocidental sugerindo sua abertura em direção a novos paradigmas. Como alternativa a isso,

---

<sup>3</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1114](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114). Acessado em 08.05.2012.

<sup>4</sup> A Política Estadual do Rio Grande do Sul, por exemplo, recomenda, além das práticas descritas na PNPIC, "terapêuticas floral, reiki, práticas corporais, terapia comunitária e dietoterapia". A prefeitura de Santo Ângelo, município do interior do Rio Grande Sul, promulgou a lei nº3.597, em 23 de março de 2012, que prevê a implementação, entre outras, de "hipnose, yoga, cromoterapia, iridologia" nos serviços públicos de saúde da cidade.

deslocamos nossas reflexões das características do vínculo entre “saúde e espiritualidade”, para os efeitos de sua legitimação. Não estaria esse processo também instituindo novas modalidades de presença da religião em espaços públicos? Como diferentes sujeitos se constituem e interagem no quadro dessas novas modalidades? A equação que estabelece espiritualidade como saúde não imporá um novo regime de questões aos analistas interessados nos temas do secularismo e da secularização?

A pertinência dessas questões não minimiza a relevância de outra: afinal, o que é espiritualidade? Diante dela é preciso esclarecer que não estamos nos referindo a espiritualidade enquanto substantivo, mas sim como categoria. Esse deslocamento é semelhante àquele também procedido pelo antropólogo holandês Peter Van der Veer, que afirma:

Pesquisadores preferem evitar esse termo [espiritualidade] tanto quanto podem por conta de seu caráter impreciso. Essa é uma atitude facilmente assumida quando o termo é tratado como algo marginal (...). Eu quero sugerir que essa não é uma atitude correta e que a “espiritualidade” é, de fato, um termo crucial para o nosso entendimento da sociedade moderna. (...) Espiritualidade não é uma forma marginal de resistência contra a modernidade secular, mas, ao invés disso, é um aspecto central do projeto moderno (...) (Veer, Peter van der; 2014:7).

Trata-se, portanto, de reconhecer que, primeiro, embora possamos identificar raízes históricas profundas do termo no misticismo, no gnosticismo, no hermetismo e numa ampla gama de tradições da antiguidade, e, segundo, ainda que ele pareça depender crucialmente de sua associação com o Oriente, a espiritualidade é, de fato, uma categoria tributária da modernidade ocidental. O argumento não é trivial e sua demonstração depende de um amplo esforço genealógico, cujo empreendimento se afasta dos objetivos mais gerais deste capítulo.<sup>5</sup> Recorremos a ele, de nossa parte, para sublinhar aquilo que o reconhecimento do vínculo dessa categoria com a modernidade nos adverte: espiritualidade é um conceito historicamente situado e sua emergência é, ela mesma, o produto histórico de processos discursivos.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> O cuidadoso trabalho de Catherine Albanese (2007) é um exemplo das pesquisas recentes empenhadas em produzir genealogias do conceito de “espiritualidade” no Ocidente.

<sup>6</sup> A semelhança entre essa afirmação e o que diz Talal Asad (1993:29) sobre a categoria religião não é despropositada – embora tampouco deva ser estendida além do plano metodológico.

As considerações de Veer ainda avançam no argumento de que espiritualidade é uma categoria forjada na modernidade e indicam um vínculo do termo com outros dois, a religião e o secular. Para ele, “o ‘espiritual’ e o ‘secular’ foram produzidos simultaneamente como duas alternativas conectadas à religião institucionalizada na modernidade euro-americana” (Veer, 2014:36). É já a partir da consideração desse vínculo que nossa análise pretende repercutir, tendo como foco não a religião, mas o que se apresenta em nome da “espiritualidade”. Procuraremos mostrar, com base em situações concretas, como a espiritualidade permite a presença de certos agentes e discursos religiosos em espaços seculares. Inversamente, de modo a configurar uma tensão entre duas tendências, a espiritualidade pode ser concebida como algo que, de um ponto de vista secular, produz ou reproduz a marginalidade da religião como agente curativo. Embora nossa análise fique circunscrita a um espaço hospitalar específico, pensamos que a partir dela podemos levantar questões mais gerais acerca da configuração de esferas sociais em torno da qual se define a modernidade.

Em diálogo com a proposta deste livro, neste capítulo dirigimos essas complexas relações entre o secular, o religioso e a espiritualidade, em direção ao concreto. Tal como delineado na introdução, nossa aposta é que esse movimento analítico “towards the concrete and the subjective will allow us to know more about the plural, heterogeneous and processual character of the secular/religious conundrum, and thus move beyond the monolithic, immobilized configurations that often flourish in the public sphere”.

Assumimos como universo de interesse empírico atividades que têm por âmbito um hospital público de Porto Alegre, capital do estado mais meridional do Brasil. Trata-se de uma das principais redes hospitalares no atendimento da população dessa cidade, totalmente mantida por recursos estatais.<sup>7</sup> Analisamos, primeiro, a atuação do grupo voltada à organização da assistência religiosa aos pacientes e funcionários. Embora o grupo reúna representantes de diversas religiões, um pastor luterano se destaca na

---

<sup>7</sup> O Grupo Hospital Conceição (GHC) agrega 4 hospitais e mais 12 postos de Serviço de Saúde Comunitária, apresentando-se como a maior rede pública de hospitais do sul do país. Cf. <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1>, acessado em 08.05.2012. As atividades abordadas neste texto concentram-se em um dos hospitais dessa rede.

elaboração do discurso que sustenta a relação entre espiritualidade e saúde. Abordamos os argumentos desse pastor no contexto de suas atividades no hospital e discutimos os alcances e limites que a dimensão da assistência religiosa oferece para a valorização da espiritualidade. Paralelamente, há no mesmo hospital, no setor de oncologia, a oferta de práticas terapêuticas dirigidas à espiritualidade. Aí, diferentes terapeutas holísticos atendem os pacientes enquanto a medicação quimioterápica é administrada. Para o médico coordenador do setor, a oferta da terapêutica tem uma dupla justificativa: respalda-se nas pesquisas clínicas que certificam a espiritualidade como fator determinante para recuperação de pacientes com câncer; é uma tentativa de diminuir o número de usuários que abandonavam o tratamento por razões religiosas a partir da oferta de uma prática que se ocupa da espiritualidade no âmbito do próprio hospital. No entanto, a revés do argumento médico, para alguns pacientes era justamente a qualidade de tratamento da dimensão espiritual da saúde, que os fazia recusar a terapia oferecida. Nessa seção analisamos alguns dos desdobramentos do uso terapêutico da espiritualidade, apresentando, a partir disso, a emergência de algumas configurações que associam o espiritual, o religioso e o secular no âmbito de um hospital público.

Por fim, numa seção conclusiva, procuramos delinear considerações que escapem da antinomia que obriga o termo espiritualidade a ser categoria analítica ou objeto de análise.

### ***Espiritualidade como assistência religiosa<sup>8</sup>***

O Fórum Inter-Religioso é a instância responsável pela gestão dos espaços religiosos (capelas e salas) nos hospitais do GHC e pela organização e regulamentação da assistência religiosa aos pacientes e funcionários dos mesmos hospitais.<sup>9</sup> Suas origens remetem à diversificação da assistência religiosa, que até o final dos anos 1990 teria sido exclusivamente católica. No começo dos anos 2000, foi criado um fórum

---

<sup>8</sup> Os dados desta seção foram produzidos no âmbito do projeto “Presença religiosa no espaço público no Brasil em três âmbitos”, apoiado por Bolsa de Produtividade do CNPq, coordenado por Giumbelli. Vitória da Fonseca Pereira e Fernanda Marques, alunas de graduação do curso de Ciências Sociais da UFRGS participaram das atividades de pesquisa, que ocorreram entre 2011 e 2013.

<sup>9</sup> As únicas informações no site do GHC sobre o Fórum estão em <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=cidadania>, acesso em 19.01.2015.

ecumênico, que agregou participantes de igrejas evangélicas. Em 2007, o fórum assumiu a designação “inter-religiosa”, abrindo-se para representantes de outras religiões: igrejas pentecostais, religiões afro-brasileiras, espiritismo kardecista, Seichon-oi, Igreja Messiânica, etc. Representantes desses diversos grupos podem se voluntariar para prestar assistência religiosa no hospital (convertendo-se em “visitadores”) e se distribuem em diferentes horários na ocupação dos “espaços inter-religiosos”.<sup>10</sup> Alguns deles participam da coordenação do Fórum Inter-Religioso. Apesar de ser uma instância reconhecida pela direção do GHC, a qual está representada, ao lado dos religiosos de distintas confissões, na coordenação do Fórum Inter-Religioso, este não possui uma institucionalidade regular. Como veremos, a proposta e o trabalho do Fórum Inter-Religioso, significativo em sua existência, enfrenta limites para sua consolidação.

Em 2011, circulava entre seus participantes um “Plano de Trabalho” assinado pela Coordenação do Fórum Inter-Religioso do GHC.<sup>11</sup> Após trazer algumas informações sobre o GHC e traçar um breve histórico do Fórum, o texto declara compromisso com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – especificamente, os dois princípios transcritos anteriormente – e com as garantias à liberdade religiosa expressas na Declaração Universal de Direitos Humanos e na Constituição Federal brasileira de 1988 – “principalmente o direito à saúde integral, que não é apenas a ausência de doença, mas é a situação de bem-estar físico, mental, social e espiritual de cada pessoa”. O texto continua assim:

O Fórum e a Direção do GHC consideram a assistência espiritual parte importante da integralidade da atenção e da humanização do atendimento, conforme prevê o SUS, que precisa acontecer de forma integrada e com transversalidade com os demais serviços de atendimento à saúde.

Percebe-se que, nesse entendimento, os princípios de liberdade religiosa e de direitos dos usuários, atrelados à ideia de humanização, funcionam como justificativas

---

<sup>10</sup> Para maiores informações sobre a composição do Fórum Inter-Religioso do GHC e uma comparação entre diversas propostas para espaços religiosos em instituições públicas na cidade de Porto Alegre, ver Giumbelli (2013, no prelo).

<sup>11</sup> Este texto nunca foi publicado, até onde sabemos. Chegou a nossa mãos por meio de contatos diretos com coordenadores do Fórum Inter-Religioso do GHC.

para a proposição da noção de “saúde integral” e seu atrelamento aos serviços de assistência religiosa.

O tema da assistência religiosa merece um comentário mais geral, antes de voltarmos às concepções que a inspiram no GHC.<sup>12</sup> “Assistência religiosa” corresponde ao direito – assim reconhecido em leis e declarações – que possuem pessoas cujo trabalho ou cuja contenção as sujeita a longos períodos em instituições coletivas, tais como hospitais, presídios e quartéis. O Brasil exemplifica uma situação que está longe de ser rara. De um lado, a assistência religiosa é definida como um direito das pessoas que a demandam; na prática, o que acontece muitas vezes é que, com maior ou menor concordância de hospitais, presídios e quartéis, diferentes organizações ou agentes religiosos oferecem atendimento ou mantêm cultos independentemente da demanda. Cria-se, assim, uma tensão entre dois princípios, o da demanda das pessoas e o da oferta das agências religiosas. No caso dos hospitais, cada um deles, por meio de normas e/ou procedimentos, concilia – não sem enfrentar ou produzir conflitos – esses dois princípios. No GHC, busca-se respeitar o princípio da demanda e, ao mesmo tempo, organizar a oferta dentro de um quadro comprometido com o pluralismo religioso. Essa pluralidade, no entanto, é ela mesma estruturada de acordo com certas concepções. Parte delas, como demonstraremos, depende do atrelamento entre espiritualidade e saúde.

Em declarações e textos vinculados ao Fórum Inter-Religioso do GHC, é comum encontrarmos a ideia “espiritualidade é saúde”. Em sua dissertação, Boldrini (2012: 97) conclui que “os agentes públicos desse hospital afirmam abertamente que a religiosidade é boa e necessária para a recuperação dos doentes”. Nela se encontram declarações, por parte dos coordenadores do Fórum Inter-Religioso, como: “assim como a assistência médica na recuperação da pessoa é importante, a assistência espiritual é importante”; “está comprovado cientificamente que 70% das curas das doenças só acontecem porque as pessoas acreditam numa coisa maior”; “a religião, ela pode ser uma parceira na saúde física, psíquica do paciente” (idem:95-97). Em 2011, esse discurso era acionado de forma mais articulada por um dos coordenadores do Fórum, o

---

<sup>12</sup> Trabalhos inspiradores sobre o tema são Sullivan (2009) e Beckford & Gilliat (1998). Para o Brasil, ver Leite (2014) e Simões (2012).



qual tinha um papel destacado nos “cursos de formação e capacitação” dirigidos aos visitantes cadastrados para a assistência religiosa.<sup>13</sup> Essa instância formativa é uma das atribuições assumidas pelo Fórum Inter-Religioso, e, de nosso ponto de vista, constitui um espaço privilegiado para percebermos a configuração de sujeito esperada para um visitante.

O coordenador a que nos referimos é um pastor luterano, líder de uma comunidade localizada no mesmo bairro onde se encontra o maior hospital do GHC. Ele atua, desde 2002, como voluntário junto ao “Serviço de Dor e Cuidados Paliativos” desse hospital, realizando “atendimento espiritual” a pacientes em fase terminal e aos seus familiares.<sup>14</sup> Suas exposições durante o curso para visitantes fazem referências explícitas à política de “humanização” do Ministério da Saúde. Sua preferência – e isso se expressa em outras manifestações da coordenação do Fórum Inter-Religioso – é pelo termo “espiritualidade” em vez de “religião”. Essa última seria específica e institucional; já a “espiritualidade” é algo genérico e que cabe a cada pessoa gerir. Mais do que isso, a “espiritualidade” é constitutiva do ser humano, de suas criações e de seus empreendimentos. É possível então falar em “inteligência espiritual” ou dizer que uma empresa é mais “espiritualizada” do que outra. Ainda de acordo com o pastor, o ser humano é composto por diversas dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual; as doenças revelariam algum desequilíbrio entre essas dimensões. A assistência espiritual seria, portanto, importante para o cultivo dessa dimensão constitutiva do ser humano, contribuindo para o equilíbrio que caracteriza o estado de saúde.

Winnifred Sullivan (2014), a partir de um caso jurídico recente nos EUA, levanta pontos que nos são pertinentes para avançarmos na discussão. Uma instituição –

---

<sup>13</sup> A regulamentação prevê que a participação nesses cursos, com 100% de frequência, é condição obrigatória para o cadastramento e emissão de crachá correspondente. Desde 2007 cursos dessa natureza vêm sendo organizados pelo Fórum. Em 2010 e 2011, era dividido em cinco sessões, abordando os seguintes temas, segundo definição do Fórum Inter-Religioso: “a importância e o papel da Assistência Espiritual, conceitos e princípios do SUS, normas administrativas e de higienização e infecção hospitalar próprias de um hospital e específicas do GHC”.

<sup>14</sup> Registros de sua atividade em: <http://projetoeliezer.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>, acessado em 08.05.2012; <http://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=7011>, acesso em 19.01.2015. O pastor é membro da Associação Cristã de Assistentes Espirituais Hospitalares do Brasil, que atua desde 2008 com essa denominação, organizando cursos e eventos. Para maiores informações, ver Boldrini (2012). Sobre a relação entre “cuidados paliativos” e “religiosidade/espiritualidade”, ver Menezes (2006).

que oferece, com recursos públicos, atendimento de saúde a veteranos de guerra e seus familiares – inclui entre os seus serviços o de assistência espiritual. Nessa concepção, o diagnóstico dos problemas de saúde do paciente abrange uma espécie de avaliação espiritual, a qual corresponde a um planejamento que contempla, no tratamento, um cuidado espiritual (que pode ou não ser aceito pelo paciente). Correlativamente, os capelães contratados por essa instituição são por esta considerados como parte da equipe médica. Conclui a autora: “ao menos nos Estados Unidos, embora a lei se apresente como secular, todos os cidadãos são crescentemente entendidos como universal e naturalmente religiosos – necessitando de cuidado espiritual”. Tal cuidado é prestado por agências estatais e não diretamente pelas igrejas; isso significa, segundo a autora, que a religião vem sendo – como ocorreu no século XIX, mas sob outras formas – naturalizada, avalizada pela lei.

Parece que vemos algo semelhante acontecer no discurso expresso pela coordenação do Fórum Inter-Religioso. Um ponto a aprofundar, nos dois casos, é o papel de grupos religiosos na articulação e no apoio a esse discurso. Quais são as mediações que credenciam um religioso a atuar na oferta de “assistência espiritual”? O mesmo discurso, enunciado por uma autoridade católica, um pastor luterano ou uma adepto de religião afro-brasileira, possui os mesmos efeitos ou as mesmas implicações? Outro ponto – e neste seremos mais consequentes – refere-se ao modo como, nesses discursos, se pode transitar entre vários sentidos de “religioso”. Por exemplo, como se pode utilizar referências religiosas de um modo conciliável, para certos pontos de vista, com o princípio da laicidade? Para Sullivan, a ideia de assistência espiritual integrada ao diagnóstico e tratamento de saúde equivale a “um novo estabelecimento da religião”. Mas esse não foi o entendimento do tribunal estadunidense que desqualificou a queixa de que seria ilegítimo o apoio estatal à instituição dos veteranos. Fugindo dos argumentos jurídicos do debate, o que gostaríamos de salientar no caso do Fórum Inter-Religioso é a tensão que se cria entre várias enunciações do “religioso” e do “espiritual”.

Segundo declarações da coordenação, um dos objetivos da *assistência espiritual* (expressão mais usada do que assistência religiosa, o que é significativo) é “Proporcionar a todas as denominações religiosas a possibilidade de expressar seus

sentimentos de fé, paz e de solidariedade para com o próximo, consolidando os princípios da participação, da cidadania e da humanização no atendimento hospitalar”.<sup>15</sup> “Fé”, “paz” e “solidariedade” aparecem assim como categorias que permitem o acesso do discurso “religioso” ao “atendimento hospitalar”. Se tomamos essa afirmação como referência, é possível notar, durante os eventos do curso de formação de visitantes, algumas diferenças no modo como os porta-vozes de distintos grupos religiosos a efetivam. O pastor luterano, durante sua apresentação, cita Jesus Cristo como “paradigma”, independentemente, ele enfatiza, da aceitação de sua natureza divina; similarmente, menciona uma citação bíblica para ilustrar o que é “espiritualidade” quando a contrasta com “religião”. O padre católico e a sacerdotisa de religião afro-brasileira argumentam de modo semelhante ao pastor, cada um com referências específicas. Já os representantes de algumas igrejas pentecostais não apresentam um discurso muito distinto daquilo que se pode ver em seus templos: testemunhos de conversão e do poder do “Senhor Jesus que opera maravilhas”. Enquanto alguns pentecostais relatam curas milagrosas, um dos coordenadores do Fórum lembra a importância de que, em certos casos, o visitante saiba ajudar um paciente a morrer com dignidade e de que, sempre, a assistência religiosa existe “não para ganhar fiéis, mas para prestar serviço”.

É possível então perceber uma certa hierarquização dos discursos no âmbito do Fórum Inter-Religioso do GHC. Ainda que todos tenham direito à voz, os argumentos que recorrem à ideia de milagre – em geral assumidos por agentes pentecostais – são vistos como inadequados. Procura-se traçar uma distinção entre proselitismo e assistência. Se espiritualidade produz saúde, tal mecânica não envolve diretamente a providência divina. Ela envolve a existência de uma crença e, sobretudo, a presença de um agente religioso. É exatamente a constituição desse sujeito que está em jogo nos embates ocorridos durante os eventos promovidos pelo Fórum. Vemos também aí a articulação discursiva que permite a presença da religião, convertida em espiritualidade, no espaço hospitalar. É nessa forma, atrelada ao “serviço”, que espiritualidade pode adquirir, inclusive, força terapêutica.

---

<sup>15</sup> A declaração consta do Plano de Trabalho mencionado em nota anterior.

Mas isso não é tão simples. Ao mesmo tempo em que o GHC reconhece o Fórum Inter-Religioso, designando funcionários para participar de sua coordenação, há sinais que revelam a existência de limites para a aceitação da ideia “espiritualidade é saúde”. Não há registros de nenhum pronunciamento de uma autoridade do GHC que assumira essa resistência. Mas ela pode ser percebida de outras formas. Um dos coordenadores do Fórum, ao procurar fundamentar a importância da assistência espiritual, durante o curso para os visitantes, criticou médicos que são incapazes de prestar tal reconhecimento. Pires (2009), em seu trabalho sobre profissionais do GHC, relata reclamações de uma enfermeira sobre procedimentos dos religiosos que desrespeitam normas de higiene hospitalar ou ferem a autonomia dos pacientes (:17). Outro texto, resultado de pesquisa realizada com equipes médicas que atuam em postos do GHC, faz duas observações interessantes (Alves, Junges, López 2010). Primeiro, o fato de que a existência de espaços inter-religiosos não foi citada por nenhum dos profissionais entrevistados. Segundo, a constatação de que esses funcionários, mesmo expressando respeito pela “espiritualidade / religiosidade”, “em nenhum momento citam-na como um recurso a ser usado em sua terapêutica” (:435).

A propósito dessas tensões em torno do lugar dos religiosos, vale citar uma reivindicação do pastor luterano a que já nos referimos. É significativo que ela tenha sido expressa em uma declaração diante dos vereadores de Porto Alegre, para os quais apresentou seu trabalho no Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do GHC.<sup>16</sup> Nessa ocasião, o pastor demandou a criação da “função de capelão ou assistente espiritual” em hospitais públicos. Isso permitiria dar estatuto profissional e remunerado ao que atualmente é voluntário. Essa posição parece ter causado incômodo mesmo entre colegas do Fórum Inter-Religioso, que fundamentam sua atuação no voluntariado. Mas ela pode ser vista como um desdobramento da ideia que confere maior presença e legitimidade aos religiosos em hospitais, aproximando-se da situação descrita por Sullivan (2010). Em contrapartida, a direção do GHC, em maio de 2012, alertava a necessidade de haver um cuidado maior dos visitantes quanto aos procedimentos de

---

<sup>16</sup> O evento ocorreu em 01/12/2011, em Sessão Ordinária da Câmara Municipal de Porto Alegre, cf. <http://200.169.19.94/documentos/notas/docs/365/original/114SessoOrdinria01DEZ2011.htm>, acesso em 19.01.2015.

controle de infecções. E, atualmente, a apresentação do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos no site do GHC nem sequer menciona o trabalho do pastor luterano.<sup>17</sup>

### **Espiritualidade como técnica terapêutica<sup>18</sup>**

A legitimidade da sentença “espiritualidade é saúde” não é, como mostramos anteriormente, alheia a discursos produzidos por atores das próprias ciências médicas. Até aqui, apresentamos como sua enunciação produziu tensionamentos no Fórum Inter-Religioso que, a partir da chave do “espiritual”, encontrou novas configurações para acomodar a “religião” no espaço hospitalar. Agora, interessa insistir nos desdobramentos dessa sentença noutra dimensão, a terapêutica. Afinal, o que ela parece sugerir é que, no mesmo passo que espiritualidade deve ser reconhecida como um dos aspectos que conformam a saúde, a produção de uma vida saudável também pode ser obtida *via* espiritualidade. Nesse caso, a pergunta homóloga àquela que fizemos sobre os diferentes usos e efeitos da espiritualidade nos discursos dos atores religiosos do Fórum, seria: as diferentes formas de medicina gozam da mesma capacidade de mobilizar a espiritualidade em sua dimensão terapêutica? As justificativas dos órgãos oficiais de saúde pública que argumentam pela oferta de terapias alternativas parecem indicar algumas pistas para a pergunta. O texto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, assim com de outras legislações estaduais e municipais com finalidades semelhantes, é explícito sobre a distinta capacidade dessas terapêuticas para escapar de modelos “biologicistas e calcados no uso de medicamentos”,<sup>19</sup> oferecendo, como alternativa, práticas fundadas numa abordagem que faz da integralidade o fundamento para diagnóstico e tratamento.

---

<sup>17</sup> Cf. [http://www.ghc.com.br/carta/internacao\\_hnsc.html](http://www.ghc.com.br/carta/internacao_hnsc.html), acesso em 19.01.2015

<sup>18</sup> Os dados desta seção foram produzidos no âmbito da pesquisa de doutorado de Rodrigo Toniol, que investiga a incorporação de terapias alternativas no sistema público de saúde brasileiro. O trabalho de campo, assim como as entrevistas e a coleta dos materiais que fundamentam as reflexões aqui apresentadas, foi realizado entre março de 2012 e dezembro de 2013.

<sup>19</sup> Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 695/13. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, 2013. Mimeo.

No GHC, especificamente no setor de atendimento oncológico do hospital, as conexões entre terapias alternativas, saúde e espiritualidade são elaboradas de modo ainda mais explícito. O hospital gaúcho foi pioneiro no uso de terapias alternativas no país. Em 2009, a diretoria do centro oncológico convidou duas terapeutas para realizarem, voluntariamente, sessões de reiki nos usuários enquanto eles recebem medicação quimioterápica. Nos documentos oficiais dos órgãos gestores da saúde pública no Brasil, o reiki é descrito como “uma técnica de captação, transformação e transmissão de energia feita através das mãos (“Rei” significa a Energia Cósmica, Universal, e “Ki” significa energia vital, em japonês). Promove o equilíbrio da energia vital, aplicada pela impostação de mãos do técnico (reikiano) no paciente, no qual é transmitido um padrão de ondas harmônicas resgatando o campo eletromagnético natural, propiciando equilíbrio para o corpo físico”<sup>20</sup>.

Amparada politicamente pelo ministério da saúde por meio da PNPIC, essa oferta terapêutica tinha, para os médicos do setor, justificativas de ordem clínica. Um de seus diretores, que fez uma parte de sua formação nos Estados Unidos onde conheceu as experiências de grupos de pesquisas dedicados ao tema do impacto do “fator espiritualidade” na saúde, afirmou:

Já tem muitos estudos que mostram essa relação entre espiritualidade e saúde. Isso já é uma coisa mais ou menos conhecida pela comunidade científica. A gente [do hospital Conceição] achou que devia incorporar isso e trazer para o nosso cotidiano. E essas terapias são uma tentativa de fazer isso. Elas não são invasivas e têm essa característica de serem holísticas. Então é um jeito de atender essa parte também.

Às justificativas clínicas que identificam o valor terapêutico da atenção a espiritualidade, o mesmo diretor sobrepôs um argumento de ordem pragmática.

A gente aqui não tem nenhum estudo sistemático do impacto que isso teve para os nossos pacientes, mas tem uma questão pragmática que conseguimos medir: antes o pessoal deixava o tratamento por crenças religiosas, porque o pastor dizia que ia fazer milagre e tal, e com o reiki isso diminuiu.

Vale aqui sublinhar algumas mediações implicadas nessas considerações. A multiplicação das

---

<sup>20</sup> Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 695/13. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, 2013. Mimeo

pesquisas das ciências médicas dedicadas a “espiritualidade” é, ao menos, um fator de legitimação do tema (saúde/espiritualidade) para médicos e gestores. O reconhecimento da pertinência do tópico que, numa instância, faz a própria OMS afirmar a dimensão espiritual da saúde, também repercute noutra direção, aquela que identifica a potência do uso terapêutico da espiritualidade. No Brasil, a PNPIC tem precipitado esses discursos e feito do caráter holístico das terapias alternativas a justificativa para sua associação com o viés terapêutico do espiritual. O argumento do médico oncologista do GHC é semelhante a esse e, tal como na política pública, considera as terapias alternativas como um conjunto, compatibilizado pela qualidade holística, e cujas diferenças técnicas entre as práticas que agrega são secundárias. Nesse caso, importa que a terapia oferecida seja o reiki e não, por exemplo, a yoga que, segundo a PNPIC, também é uma prática holista? A reflexão sobre essa questão depende de quadros comparativos dos quais não dispomos, mas podemos derivar do problema mais geral que ela coloca um eixo para a descrição que segue: como na prática cotidiana das sessões de reiki, especificamente, a espiritualidade emerge?

Diariamente, no setor de atendimento oncológico do Hospital Conceição, circulam entre 100 e 300 pessoas. São pacientes vindos de todo o estado do Rio Grande do Sul para se consultar com especialistas, fazer exames e receber medicamentos quimioterápicos em sessões que podem demorar de 20 minutos a seis horas. Os usuários que lotam os corredores daquele setor do hospital são agrupados pelo tipo de câncer que têm. Ao contrário das consultas, agendadas conforme a escala de atendimento dos grupos de pacientes específicos, as sessões de quimioterapia são realizadas de acordo com a prescrição médica, de modo que num mesmo dia, usuários com tipos e em estágios diferentes da doença se encontram enquanto recebem os medicamentos. A principal sala de quimioterapia do hospital fica no final do corredor dos consultórios, no segundo andar do prédio. Uma fileira com nove poltronas seguidas por aparelhos de controle cardíaco e por máquinas que regulam a dosagem e o tempo dos medicamentos injetados ocupa a maior parte do ambiente. No lado oposto a ela, armários e geladeiras guardam os materiais que serão utilizados ao longo do dia. Noutras duas salas adjacentes, onde a quimioterapia também é realizada, as poltronas dão lugar a macas, que servem para atender aos pacientes mais debilitados.

Todos os dias novos usuários iniciam suas sessões de tratamento, enquanto outros mantêm uma rotina de quimioterapia que se estende por meses ou mesmo por anos. Além dos médicos, enfermeiros e técnicos que os atendem, desde 2010 terapeutas reikianos também passaram a assisti-los. Quando implementada, a oferta dessa terapia não era inédita no hospital, já que desde meados dos anos 2000 os funcionários da instituição têm um terapeuta holístico à sua disposição no setor de “saúde do trabalhador”.<sup>21</sup> No entanto, as razões para essa oferta

---

<sup>21</sup> Esse setor atende exclusivamente aos funcionários do hospital, de modo que a experiência da oferta do reiki na oncologia, apesar de não ser inédita, foi a primeira do Conceição dirigida ao público mais amplo.

terapêutica na oncologia são singulares e não coincidem necessariamente com as justificativas de outras experiências de oferta de PICs.

Três vezes por semana, Silvia, terapeuta reikiana, atende aos pacientes na própria sala de quimioterapia. As sessões de reiki duram pouco menos do que dez minutos e são realizadas enquanto os usuários recebem as medicações. O procedimento, embora não seja obrigatório, é recomendado aos pacientes pelos oncologistas do hospital. Com uma planilha onde inscreve os usuários atendidos e um óleo com essências aromáticas nas mãos, Silvia passa por todas as macas e poltronas oferecendo o reiki. Longe de serem atos excepcionais na rotina do tratamento quimioterápico naquele hospital, as sessões de reiki estão incorporadas no cotidiano do setor. Essa continuidade entre o reiki e os procedimentos clínicos convencionais se expressa, por exemplo, no fato da terapeuta usar o mesmo avental que os enfermeiros e médicos, ou mesmo por conta do momento em que as sessões de reiki são realizadas, após o início da aplicação do medicamento e antes da avaliação clínica do paciente.

Na sala de quimioterapia, essa técnica de manipulação energética é procedida, sobretudo, de dois modos: pela imposição de mãos nas regiões dos chacras dos pacientes e por meio do uso dos “símbolos do reiki”. Quando oferece o tratamento, Silvia explica aos usuários que a técnica tem a capacidade de fortalecer o sistema imunológico e de ajudar o paciente a se sentir, em suas próprias palavras, “mais relaxado e confiante diante dos desafios da doença”. As sessões são realizadas sempre da mesma forma: começam com a imposição de mãos nos centros energéticos dos pacientes (ou chacras) e, noutra etapa, a terapeuta concentra o trabalho energético na parte do corpo afetada pelo câncer, fazendo sobre ela sinais com os dedos que reproduzem os símbolos de cura do reiki. Em nenhum momento Silvia toca os usuários, que, por sua vez, permanecem com os olhos fechados. Apesar de não acompanharem visualmente a sessão, a maior parte deles descreve que sente o calor da troca energética conforme a terapeuta muda a posição das mãos.

Pedro, um paciente de 67 anos de idade, em sua quinta sessão de quimioterapia no hospital, foi enfático sobre o tratamento com o reiki que recebeu desde que iniciou o tratamento:

Esse reiki é muito bom. Dá uma paz pra a gente que está nessa situação. Eu fico muito feliz quando ela [Silvia] vem. Fecho os olhos, mas sinto onde está a mão dela. Dá um calor, um formigamento, parece. Enquanto ela fica fazendo isso eu fico rezando... nem sei se é certo fazer isso, mas eu faço. Um dia até perguntei se ela podia fazer um pouco na minha mulher, que sempre me acompanha e às vezes cansa dessa função toda.

Embora as sessões de reiki normalmente sejam aceitas pelos pacientes, os casos em que elas são recusadas tampouco são raros e, na maior parte das vezes, são justificados, como mostra o relato a seguir, por razões religiosas.



Em julho de 2013 Silvia terminou uma nova etapa de sua formação em terapia reiki. Com essa capacitação, a terapeuta incorporou o uso de novos símbolos de cura à sua técnica e ainda foi habilitada a administrar “reiki à distância”, uma modalidade de manipulação energética em que o tratamento independe da proximidade entre o paciente e o reikiano. Ainda que o procedimento fosse semelhante, com os novos símbolos de cura, Silvia precisava de mais tempo para completar cada sessão. Os símbolos, antes feitos com os dedos, perceptíveis apenas por observadores atentos, passaram a ser feitos com movimentos mais amplos. A mudança, apesar de sutil, teve um efeito imediato no número de aceitações e de recusas da terapêutica por parte dos pacientes.

Numa das primeiras vezes em que viu os novos movimentos da terapeuta, Jandira, paciente de 53 anos que faz tratamento contra câncer há 5 anos, protestou: “Eu sempre gostei desse tratamento [reiki] que eles fazem aqui, mas agora que eu estou entendendo que isso é uma coisa meio estranha. Ela [Silvia] me explicou que é uma coisa de energia, mas pra quem é Cristão a energia é Deus”. A terapeuta, que estava próxima da conversa, ainda tentou argumentar, “Dona Jandira, isso não tem nada a ver com religião. É uma terapia. A gente trabalha com a energia cósmica, isso é espiritualidade, não é religião. O pessoal confunde muito as coisas”. Agradecendo a oferta de Silvia, Jandira recusou mais uma vez o tratamento e disse que iria orar pela terapeuta. Na sequência de Jandira, outros dois usuários rejeitaram a sessão de reiki alegando incompatibilidade religiosa com a prática.

A etnografia da oferta terapêutica do reiki no GHC, analisada a partir de sua interface com o par saúde/espiritualidade, não deixa de também se referir ao “religioso”. No caso brevemente aqui descrito, essa conexão assume formas contrastivas em três momentos. Primeiro no argumento do oncologista que reconhece no uso terapêutico da espiritualidade a possibilidade de oferecer uma alternativa clínica, para os pacientes, às ofertas de cura religiosa. Segundo, na alegada distinção, feita pela terapeuta, entre religião e espiritualidade, sugerindo que “tratar o espiritual” é, antes de tudo, uma expertise técnica. E, terceiro, alguns pacientes, ao contrário do que sugerira o oncologista, reconhecem a capacidade do reiki em “cuidar da espiritualidade” não como uma qualidade que faz da prática algo paralelo à religião, mas sim como um dos aspectos determinantes para caracterizar um antagonismo latente que existe entre o espiritual e o religioso. Diante desse quadro, não nos interessa delinear definições do que seja espiritualidade, mas interessa visibilizar sua capacidade de produzir novas configurações para pensarmos o religioso e o secular. Com isso, pretendemos deslocar a centralidade da pergunta *o que é espiritualidade?* E, como alternativa a ela, questionar: *para que serve e o que pode a espiritualidade?*

## **O que pode a espiritualidade?**

Os autores deste texto chegaram ao mesmo local de pesquisa por caminhos próprios e independentes. Mas é significativo que esse hospital tenha atraído sua atenção. Pois nele se desenvolvem verdadeiros experimentos acerca das possibilidades abertas pelo vínculo entre espiritualidade e saúde. Procuramos mostrar como essas possibilidades estão relacionadas com a força e o reconhecimento adquiridos pela noção de integralidade, algo que remete tanto a um contexto global quanto a políticas nacionais e locais no âmbito da saúde. O hospital que pesquisamos em uma grande cidade latinoamericana é parte desse quadro. Acompanhar situações como essa revela vetores mais gerais e expõe tensões que cercam o trabalho e a vida de distintos agentes sociais. Vimos que a necessidade de traçar distinções entre religião e espiritualidade é algo recorrente. Caracterizar como espirituais, em um caso, a assistência, em outro, as técnicas, é uma operação crucial para permitir sua presença no ambiente secular de um hospital público. Isso implica na distinção de campos ou planos, mas também na produção de sujeitos cuja existência e legitimidade dependem dessa distinção.

Para ir adiante na compreensão do que se produz com o recurso à ideia de espiritualidade, é preciso considerar ainda algumas das diferenças que existem entre os casos acompanhados. Elas ilustram virtualidades e limites para a aproximação entre espiritualidade e saúde. A presença do reiki em um ambiente clínico, como coadjuvante de procedimentos biomédicos, ampara-se na noção de práticas integrativas e complementares (PICs). Essa noção, por sua vez, revela as reformulações pelas quais vem passando a própria concepção de medicina. Isso permite que ela se abra para acolher práticas não hegemônicas do ponto de vista terapêutico e que estão vinculadas, tendo em consideração o campo religioso, a tradições minoritárias. É o caso do reiki no Brasil. Já a assistência espiritual defendida pelos coordenadores do Fórum Inter-Religioso assenta-se em outro fundamento. Trata-se do princípio da liberdade religiosa. É este que permite a presença de religiosos sem qualificações especificamente terapêuticas no ambiente hospitalar. O que eles demandam, a partir de tal presença e de uma forma que apaga diferenças entre confissões que ocupam posições desiguais no campo religioso, é sua competência para cuidar da dimensão espiritual de que dependeria a saúde dos pacientes. Portanto, se o reiki é espiritual por ser uma técnica, a assistência é espiritual em função dos agentes que a prestam. Correlativamente, os

limites que ambas enfrentam assentam-se em argumentos distintos. A assistência espiritual, que se baseia na presença de religiosos, sofre, por parte dos médicos, uma restrição em nome do seguinte princípio: a religião é uma dimensão extrínseca ao tratamento médico, demandando um cuidado desvinculado da terapêutica. O reiki, por sua vez, é acolhido pragmaticamente por ajudar a bloquear a influência da religião, mesmo quando corre o risco de ser, por parte dos pacientes, confundido com ela.

Esperamos que as breves análises apresentadas neste capítulo demonstrem a pertinência de tratarmos a espiritualidade como o produto histórico de processos discursivos. Aproximar-se das rotinas e da estrutura de um hospital obriga a conjugar discursos a práticas e configurações institucionais específicas e é no encontro desses vetores que certas resultantes se definem. Salientamos que essas definições marcam sobretudo possibilidades que se colam à noção de espiritualidade. Ou seja, a resultante não corresponde a uma substância precisa ou a uma direção unívoca. Espiritualidade é uma categoria que importa porque permite alterar a forma de organizar a realidade. Com sua presença, a relação entre secular e religioso é redimensionada, sem que a distinção seja dissolvida. O secular pode acolher uma técnica que, não houvesse a possibilidade de caracterizá-la por seu vínculo com a espiritualidade, poderia ser vista como religiosa. O religioso, quando concebido em termos de assistência espiritual, pode estar presente em espaços seculares e ser acolhido como aliado no cuidado terapêutico. Mas exatamente porque as distinções entre religioso e secular não são dissolvidas, elas continuam a atuar para organizar a realidade, e podem mesmo ser reforçadas ao se combinarem com a espiritualidade. Seja como for, o que está em jogo é ainda a definição dos domínios que constituem a realidade e a sociedade, fazendo a diferenciação do religioso em relação a outras esferas passar por uma reformulação.

Pensar a categoria espiritualidade na chave das possibilidades oferece ainda a chance de fugir à antinomia que nos obrigaria a considerá-la como objeto *ou* como conceito. Reconhecemos que nas análises aqui expostas tratamos a espiritualidade como objeto, ou seja, produto de certas articulações entre discursos, práticas e configurações institucionais. Mas não negamos que a disseminação da categoria capte transformações em curso, parte delas tendo a ver exatamente com as relações entre o religioso e o secular. Que a palavra seja elevada a conceito, no âmbito das ciências humanas (Fuller,

2008), parece estar, portanto, dentro das possibilidades que ela oferece, na medida em que permita tratar de aspectos que outras noções – sobretudo a de religião – tenham mais dificuldade em apreender. Mas essa operação se torna problemática quando produz uma oposição substantiva entre espiritualidade e religião. Pois é exatamente a convivência e a alternância entre essas categorias que parece ser o mais interessante. Afinal, buscamos mostrar como, em um hospital público, espiritualidade pode servir para manter agentes religiosos em ambientes seculares ou para introduzir práticas com estatuto terapêutico que, de certo ponto de vista, adquirem caráter religioso. A espiritualidade pode ser o oposto da religião; e pode ser, ao mesmo tempo, seu novo avatar em espaços públicos.

#### **Referências:**

AI, Amy L.; DUNKLE, Ruth E.; PETERSON, Christopher; BOLLING, Steven F.. (1998). "The Role of Private Prayer in Psychological Recovery Among Midlife and Aged Patients Following Cardiac Surgery." *Gerontologist* 38(5): 591–601.

ALVES, Joseane de Souza, JUNGES, José Roque e LÓPEZ, Laura Cecília "A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde". *O Mundo da Saúde*, 34(4):430-436, 2010. [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/430a436.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf)

BECKFORD, James A., and Sophie Gilliat. *Religion in Prison. Equal Rites in a Multi-Faith Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

BELL, Virginia; TROXEL, David. (2001). "Spirituality and the person with dementia-a view from the field." *Alzheimer's Care Today* 2.2: 31-hyhen.

BOLDRINI, Marcos. *Desconfessionalização dos espaços religiosos e assistência religiosa em hospitais de Porto Alegre*. Porto Alegre: Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, PUC-RS, 2012.

BREWER-SMYTH, Kathleen; KOENIG, Harold G.. (2014). "Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma?." *Issues in mental health nursing* 35.4: 251-256.

FULLER, Robert C (org). *Spirituality in the flesh: Bodily sources of religious experiences*. New York: Oxford Press, 2008.

GARSSSEN, Bert; UWLAND-SIKKEMA, Nicoline F.; VISSER, Anja. (2014). "How Spirituality Helps Cancer Patients with the Adjustment to their Disease." *Journal of religion and health*. 1-17.

GIUMBELLI, Emerson. O que é um ambiente laico? Espaços (inter)religiosos em instituições públicas. *Cultura y Religión (En línea)*, v. 7, p. 32-47, 2013.

GIUMBELLI, Emerson. Políticas públicas e diversidade religiosa: espaços inter-religiosos em dois hospitais de uma capital brasileira. *Latin American Perspectives*, no prelo.

IDLER, Ellen L.; KASL, Stanislav V. (1997). "Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability." *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 52.6: S306-S316.

Khayat, M. H. "Spirituality in the Definition of Health: the World Health Organization's point of view." *Retrieved February 22 (1998): 2009.*

KOENIG, Harold G.; GEORGE, Linda K.; PETERSON, Bercedis. (1998). "Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients." *American Journal of Psychiatry* 155:536-42.

KOENIG, Harold. (2008) Concerns about measuring "spirituality" in research. In: *Nervous and Mental Disease*. 196(8):643-6.

LEITE, Fábio Carvalho. *Estado e Religião: a liberdade religiosa no Brasil*. Curitiba: Juruá Editora, 2014.

MENEZES, Rachel Aisengart. "Religiosidade e interpretação da morte". *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 26 (1), p. 174-196, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. IN: *Boletim do Instituto de Saúde*, v.12 n.2 São Paulo ago. 2010.

PIRES, Diovani Schreiber. *Assistência religiosa na hospitalização: uma abordagem exploratória da atenção espiritual em hospital público*. Porto Alegre: Monografia do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, GHC/Fiocruz, 2009.

PRESSMAN, Peter, John S.; LYONS, David B. Larson; STRAIN, James J.. (1990). "Religious Belief, Depression, and Ambulation Status in Elderly Women With Broken Hips." *American Journal of Psychiatry* 147(6): 758-60.

SIEGEL, Judith M. and David H. Kuykendall. (1990). "Loss, Widowhood, and Psychological Distress among the Elderly." *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 58(5): 519-24.

SIMÕES, Pedro. Assistência religiosa no sistema socioeducativo: a visão dos operadores do direito. *Religião & Sociedade*, v. 32, p. 130-156, 2012.

SULLIVAN Winnifred “Religion Naturalized: The New Establishment”. Courtney Bender and Pamela E. Klassen, eds. *After Pluralism: Reimagining Religious Engagement*. New York: Columbia University Press, 2010.

SULLIVAN Winnifred *A Ministry of Presence: Chaplaincy, Spiritual Care, and the Law*. Chicago: University Of Chicago Press, 2014.

SULLIVAN Winnifred. *Prison Religion: Faith-Based Reform and the Constitution*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2009.

TANYI, Ruth A. "Towards clarification of the meaning of spirituality." *Journal of advanced nursing* 39.5 (2002): 500-509.

TIX, Andrew P.; FRAZIER, Patricia A.. (1998). “The Use of Religious Coping During Stressful Life Events: Main Effects, Moderation, and Mediation.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:411–22.

TONIOL, Rodrigo. *Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS*. In: Ferreira, Jaqueline; Fleischer, Soraya. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Garamond. pp. 153 - 178, 2014.

TONIOL, Rodrigo. Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. In: *Sociedad y Religión*. no prelo.

### **Documentos Consultados:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1o Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Fórum Inter-Religioso do GHC. Plano de Trabalho, 2011. Mimeo.

Santo Ângelo, Lei nº3.597. Publicada em 23 de março de 2012. Mimeo.

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Resolução nº 695/13. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, 2013. Mimeo

World Health Organisation. General Guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine Geneva: WHO, 2000.