

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PPGCS- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

DISSERTAÇÃO

**CAPELANIA HOSPITALAR: UMA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA
SOBRE A ATUAÇÃO DE RELIGIOSOS EM CONTEXTO DE DOR E
SOFRIMENTO**

ELIANE FERREIRA

2021



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PPGCS- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**CAPELANIA HOSPITALAR: UMA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA
SOBRE A ATUAÇÃO DE RELIGIOSOS EM CONTEXTO DE DOR E
SOFRIMENTO**

ELIANE FERREIRA

Sob a orientação da Professora
Naara Lúcia de Albuquerque Luna

Dissertação submetida como requisito parcial
para obtenção do grau de **Mestre em
Ciências Sociais**, no Programa de Pós-
Graduação do Curso em Ciências Sociais, na
área de concentração em Ciências Sociais.

Seropédica, RJ
Julho de 2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F383c FERREIRA, Eliane, 1971-
Capelania hospitalar: uma análise antropológica sobre a atuação de religiosos em contexto de dor e sofrimento / Eliane FERREIRA. - Rio de Janeiro, 2021. 105 f.

Orientador: Naara Lúcia de Albuquerque Luna. Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2021.

1. capelania hospitalar. 2. laicidade. 3. sofrimento. I. Lúcia de Albuquerque Luna, Naara, 1966 , orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ELIANE FERREIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Área de Concentração em Ciências Sociais.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 28/07/2021

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese/dissertação,

Prof^a. Dr^a. Naara Lúcia de Albuquerque Luna. PPGCS/UFRRJ
(Orientadora)

Prof^a Dr^a Alessandra de Andrade Rinaldi. PPGCS/UFRRJ

Prof. Dr. Rodrigo Ferreira Toniol. IFCS/UFRRJ

Prof^a. Dr^a. Rachel Aisengart Menezes. IECS/UFRRJ

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
SISTEMA INTEGRADO DE PATRIMÔNIO, ADMINISTRAÇÃO E
CONTRATOS**

FOLHA DE ASSINATURAS

Emitido em 2021

**TERMO Nº 822/2021 - PPGCS (12.28.01.00.00.00.91)
(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)**

(Assinado digitalmente em 30/07/2021 11:39)

NAARA LUCIA DE ALBUQUERQUE LUNA
*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptCS (12.28.01.00.00.00.83)
Matrícula: 1662985*

(Assinado digitalmente em 29/07/2021 20:13)

ALESSANDRA DE ANDRADE RINALDI
*PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
PPGCS (12.28.01.00.00.00.91)
Matrícula: 1280272*

(Assinado digitalmente em 30/07/2021 18:25)

RODRIGO FERREIRA TONIOL
*ASSINANTE EXTERNO
CPF: 363.378.848-41*

(Assinado digitalmente em 29/07/2021 17:54)

RACHEL AISENGART MENEZES
*ASSINANTE EXTERNO
CPF: 492.183.877-15*

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufrj.br/documentos/> informando seu número:

822, ano: **2021**, tipo: **TERMO**, data de emissão: **29/07/2021** e o código de verificação: **c8a8b3bf0c**

*Em memória aos meus pais Anízio e Antônia
que ensinaram que a vida é feita de riso e fé.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, a quem devo meus maiores exemplos de vida.

Ao meu filho, a melhor parte de mim.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Naara Luna, pela dedicação, presença constante e confiança que sempre depositou em mim.

À Prof^a. Dr^a Alessandra Rinaldi, que tornou possível essa trajetória com sua generosidade.

Aos Prof^s. Dr^s. Rodrigo Ferreira Toniol e Rachel Aisengart Menezes, integrantes da banca examinadora, por suas sugestões e incentivos.

Aos meus amigos, por terem compartilhado sorrisos e acolhido lágrimas.

Aos profissionais do hospital pesquisado, pela paciência e por terem creditado importância a esse estudo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

FERREIRA, Eliane. **Capelania hospitalar: uma análise antropológica sobre a atuação de religiosos em contexto de dor e sofrimento**. 2021. 105pp. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2021.

Esta dissertação tem como objetivo apresentar reflexões sobre a capelania hospitalar, a partir do entendimento de que a inserção da categoria da espiritualidade, de forma evidente, em um espaço público representa uma maneira de reaproximação de dois polos – o religioso e o secular, uma vez que consegue atender ambas as exigências: a do religioso, à medida que tem seus representantes como autoridades legitimadas, e àquela pertinente ao secular, já que está presente em um ambiente onde a noção de laicidade é supostamente imperativa. Além desse aspecto, a pesquisa também discute o modo como as Ciências Sociais percebem determinadas dimensões, como a dor e o sofrimento, especialmente diante da experiência de adoecimento em um ambiente com tensões e contradições, como um hospital. A investigação se deu por uso de métodos qualitativos de pesquisa. A metodologia utilizada se concentrou na análise de entrevistas com os capelães e com o diretor médico; pesquisa documental de leis federais e regulamentos que normatizam a atuação das capelanias hospitalares; coleta de informações nos sites eletrônicos das entidades que organizam e certificam o exercício do ofício de capelães; matérias jornalísticas que enfatizam a capelania hospitalar e pesquisa bibliográfica de artigos científicos e dissertações nas áreas de Teologia e de Ciências da Religião, além de revisão bibliográfica do tema nas Ciências Sociais. A pesquisa se divide em dois momentos: o primeiro é dedicado a explorar as ambiguidades das categorias tão presentes na Antropologia, como a relação do ser humano com a dor, a biografia e suas crises, as doenças, a morte e a espiritualidade. O segundo momento é dedicado a compreender o histórico de surgimento da capelania hospitalar, sua articulação com o espaço público e como ela se posiciona diante de questões como a relação como ausência das religiões chamadas “não-cristãs” para o oferecimento de apoio espiritual aos pacientes do hospital, no município pesquisado; e o papel reservado às mulheres na estrutura e atuação do trabalho de capelania.

Palavras-chave: Capelania hospitalar, laicidade, sofrimento

ABSTRACT

FERREIRA, Eliane. Hospital chaplaincy: an anthropological analysis of the role of religious in the context of pain and suffering. 2021. 105pp. Dissertation (Masters in Social Sciences). Institute of Human and Social Sciences, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2021.

This dissertation aims to present reflections on hospital chaplaincy, from the understanding that the insertion of the category of spirituality, evidently, in a public space represents a way of bringing two poles closer together - the religious and the secular, once that manages to meet both requirements: that of the religious, as it has its representatives as legitimate authorities, and that pertaining to the secular, as it is present in an environment where the notion of secularity is supposedly imperative. In addition to this aspect, the research also discusses how the Social Sciences perceive certain dimensions, such as pain and suffering, especially in view of the experience of illness in an environment with tensions and contradictions, such as a hospital. The investigation was carried out using qualitative research methods. The methodology used focused on the analysis of interviews with the chaplains and the medical director; documentary research on federal laws and regulations that regulate the performance of hospital chaplaincies; collection of information on the websites of the entities that organize and certify the exercise of the office of chaplains; journalistic articles that emphasize the hospital chaplaincy and bibliographic research of scientific articles and dissertations in the areas of Theology and Sciences of Religion, in addition to a bibliographic review of the theme in the Social Sciences. The research is divided into two stages: the first is dedicated to exploring the ambiguities of the categories that are so present in Anthropology, such as the human being's relationship with pain, biography and its crises, illnesses, death and spirituality. The second moment is dedicated to understanding the history of the emergence of the hospital chaplaincy, its articulation with the public space and how it positions itself on issues such as the relationship with the absence of so-called "non-Christian" religions to offer spiritual support to patients of the hospital, in the municipality surveyed; and the role reserved for women in the structure and performance of chaplaincy work.

Keywords: Hospital chaplaincy, secularism, suffering

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I Em que contexto o corpo dói	22
1.1 O ser humano e a dor	23
1.2 O ser humano e a doença	28
1.3 O dualismo da doença: um fenômeno público e privado	34
1.4 O ser humano e a morte	36
CAPÍTULO II Quando o corpo dói?	39
2.1 A biografia como uma categoria de estudo da Sociologia e Antropologia	39
2.2 Alguns caminhos teóricos para a análise das crises biográficas	43
2.3 Mais do que um corpo	46
2.3.1 O ser humano e a religião	46
2.3.2 A religião e a prática médica	49
2.3.3 Religião e espiritualidade	51
CAPITULO III Capelania hospitalar: uma aproximação entre as demandas do religioso e às exigências da laicidade	53
CAPITULO IV Capelania hospitalar: Um ponto de unidade cristã	64
4.1 Visitadora: “ <i>aquele sentimento de mãe que gostaria de cuidar de alguém</i> ”	72
4.2 O credo e a cruz	82
4.3 <i>Sequela Christi</i> : o seguimento de Jesus Cristo	86
4.4 O enfrentamento à dor e à morte: “ <i>aceitar o passamento em paz</i> ”	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
LISTA DE FONTES CONSULTADAS	104

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo apresentar reflexões sobre a capelania hospitalar, a partir do entendimento de que a inserção da categoria da espiritualidade, de forma evidente, em um espaço público representa uma maneira de reaproximação de dois polos – o religioso e o secular.

Essas presenças, atuando concomitantemente no mesmo ambiente, criam uma “porosidade”, a qual permite que os sujeitos transitem de um polo para outro, sem aderir necessariamente a nenhum em especial. Pelo contrário, a noção de porosidade - tal qual Camurça *et al* (2020) tratam em *Estado laico e dinâmicas religiosas no Brasil: tensões e dissonâncias* - possibilita compreender como uma organização como a capelania hospitalar consegue atender ambas as exigências: a do religioso, à medida que tem seus representantes como autoridades legitimadas e àquela pertinente ao secular, já que está presente em um ambiente onde a noção de laicidade é supostamente imperativa. Desta forma, a capelania hospitalar se apresenta, nesta pesquisa, como elegível para preencher o espaço institucional deixado entre a religião e o secularismo.

Um desses ambientes “porosos” propícios para que o conceito de espiritualidade encontrasse um lugar providencial para fixar sua importância foi na área da saúde, como uma espécie de releitura histórica ou de retorno a uma condição histórica estabelecida séculos atrás, entre a religião e os cuidados médicos. A espiritualidade então emerge como um elemento que incita tanto as Ciências Sociais como as outras áreas de conhecimento a darem conta das inúmeras questões que surgem, ao abordar suas formas contemporâneas de articulação, negociação e permanência em ambientes como o de um hospital, onde as experiências de dor e sofrimento têm suas ambiguidades e contradições exacerbadas pela condição de adoecimento.

A primeira dessas questões tem como ponto de partida a própria definição do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1999, na qual a dimensão espiritual do ser humano recebe legitimidade e reconhecimento. Ao associar a noção de saúde ao aspecto de “bem-estar espiritual”, o Estado concorda que o “ser humano é invariavelmente um ser espiritual” (Giumbelli; Toniol, 2020), ao mesmo tempo em que provoca um campo de atrito e de contínuas negociações com outra normativa: a da laicidade do Estado.

Apesar de o exercício da capelania ter iniciado no Brasil em 1850 no meio militar (Crivelari, 2008) e a normatização desse ofício ter ocorrido na Constituição Federal em 1988¹, regulamentada mais tarde mediante a Lei nº9982 de 2000², observa-se a maneira paulatina como a inserção do religioso/espiritualidade foi admitida no espaço público brasileiro.

Além dessas interrogações, outros aspectos relevantes surgem, com a análise sobre a atuação da capelania hospitalar, no contexto específico da pesquisa. O primeiro diz respeito ao lugar ocupado pelo gênero feminino em sua estrutura, o qual será debatido a partir da oposição natureza x cultura, típica da Antropologia. O segundo é sobre a ausência de representantes das religiões de matrizes africanas em contradição ao preconizado para a capelania hospitalar, ao definir-se “ecumênica”, fato que será analisado na perspectiva do racismo religioso (Sueli Carneiro, 2005).

Além da compreensão desses aspectos, este estudo também discute o modo como as Ciências Sociais percebem certas dimensões, como a dor e o sofrimento, diante da experiência de adoecimento, uma vez que a oferta de suporte espiritual ocorre em um hospital, ambiente com tensões e contradições no que diz respeito às subjetividades, à dualidade inerente do processo saúde-doença e à expressão dos sentimentos envolvidos em contextos de dor.

Desse modo, a pesquisa se divide em dois momentos: o primeiro é dedicado a explorar as ambiguidades das categorias presentes na Antropologia, como a relação do ser humano com a dor, a biografia e suas crises, as doenças, a morte e a espiritualidade. A proposta é encará-las não como redutoras ou impeditivas, mas como potencializadoras, para uma compreensão do indivíduo doente em ambiente hospitalar, resultantes dos contextos em que estão inseridas, permitindo que a análise extrapole as margens essencialistas ou historicistas. No segundo momento, a pesquisa apresenta o histórico de surgimento da capelania hospitalar, sua articulação com o espaço público e como ela se posiciona diante de certas questões como a ausência das religiões chamadas “não-cristãs”, na oferta de apoio espiritual aos pacientes, no

¹Art. 5 – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

VII – É assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva. Disponível em <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988#art-5--inc-VII> acesso em 23/06/21.

²Art. 1 – Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não estejam no gozo de suas faculdades mentais.

Art. 2 – Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art. 1 deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9982-14-julho-2000-360444-publicacaooriginal-1-pl.html> acesso em 26/06/21.

hospital do município pesquisado; e o papel reservado às mulheres na estrutura e atuação do trabalho de capelania.

Esta pesquisa considera que o sujeito que experiencia a condição de adoecimento seja definido como um “ser transicional” ou “liminar”, que tramita entre polos opostos e extremos de categorização: aquele que tem saúde (mundo ordenado) e aquele que não a tem (mundo desorganizado), análogo àquela descrita por Victor Turner (2005). A circunstância de adoecer permitiria aquele que tem distanciada a consciência de finitude e aquele que a encara pode estabelecer uma relação ambígua e paradoxal de si e do mundo social, em uma aproximação com o que a perspectiva durkheimiana de anomia supõe em *A divisão do trabalho social* (1999). Proponho estender essa chave conceitual para além dos limites de sua definição de ausência normativa, para inseri-la em um universo subjetivo de percepção que organiza o mundo particular, tal como faz no âmbito coletivo.

Dessa forma, o pressuposto é de que a experiência de adoecimento é uma representação de um estado de suspensão ou de interrupção da ordem simbólica do mundo, que situa o indivíduo em um estado de liminaridade, o que possibilita refletir sobre a condição social interestrutural do indivíduo em contextos de dor.

Outro suporte teórico essencial no qual me apoio é a abordagem proposta por Peter Berger (1985), ao afirmar que as situações de dor e sofrimento humano, definidas como experiências marginais ou limite, provocam crises biográficas que só adquirem sentido e significado ao se abrigarem sob a “proteção sagrada do *nomos*”³.

Berger ressalta que uma das funções da religião é a de servir como proteção sagrada para o indivíduo no enfrentamento do sofrimento e diante da inevitabilidade de morte. Tal proteção, denominada de “dossel sagrado”, possibilita que sejam formuladas interpretações, teórica e subjetivamente satisfatórias, como referenciais de credibilidade que amparam o indivíduo e proporcionam um significado a essas circunstâncias. Para o autor, o enfrentamento às condições de doenças, alterações emocionais e morte, causa estados definidos como “experiências de êxtase”, que deslocam a realidade subjetivamente constituída pelo indivíduo (1985, p.55-57).

Dentre essas experiências corporais, é o confronto com a morte que altera mais radicalmente as definições da realidade construídas pelo indivíduo, porém ele encontra na religião o suporte significador que o permite manter “*um relacionamento pacífico com o nomos*

³Em termos religiosos, para Berger em sua obra *O dossel Sagrado* (1985), *nomos* seria a ordem sagrada que se reafirma frente ao caos.

da sociedade a que pertence – subjetivamente significativo para si mesmo e objetivamente significativo nas mentes dos outros” (1985, p.57).

Dessa forma, as perspectivas oferecidas por Turner (2005) e Berger (1985) configuram-se como vias possíveis para uma compreensão do indivíduo em experiência de dor e sofrimento e sua busca pelo amparo do transcendente, em ambiente hospitalar, para uma reordenação simbólica subjetiva e do mundo que o cerca.

A fim de ampliar o foco de análise da relação entre a conexão do transcendente ou sagrado com o cuidado terapêutico, por intermédio da atuação dos capelães hospitalares em um ambiente normativamente laico, a ênfase incide sobre o conceito de *espiritualidade* e não estritamente do *religioso*. Essa iniciativa tem o objetivo de observar o papel dessa conexão independentemente dos dogmas determinados por qualquer denominação religiosa, de acordo com Hervieu-Léger (2008). Um segundo motivo está baseado na percepção de que a espiritualidade é condição *per se* própria da esfera religiosa, ainda que esteja associada pelo senso comum às práticas alternativas de contato com o transcendente. Toniol (2017) acentua que significa “*assumir que a espiritualidade não é algo que contrasta ou se opõe à religião*”, e viabilizar uma análise que considera suas “*relações contextuais (e contingenciais) que a categoria estabelece com a religião*” (p.170). Uma terceira razão está no fato de que um dos objetivos - e deveres - da capelania hospitalar é atuar sem proselitismo no suporte espiritual dos doentes, conduzindo-o sem a intenção de atrair adeptos para suas denominações religiosas.

Cabe esclarecer aqui as definições dos conceitos de *religião* e de *espiritualidade* a fim de distinguir essas duas categorias. Será admitida a perspectiva de Daniele Hervieu-Léger (2008), que propõe alocar um novo lugar para a crença, típica das sociedades modernas: a ideia de crença sem pertença. Segundo a autora, esse crer sem pertencer diz respeito a uma escolha individual em acionar a espiritualidade sem nenhum dogma que o pré-estabeleça ou o normatize (2008, p.42).

Abordar o papel da espiritualidade no campo da saúde não é uma novidade nos estudos das ciências humanas. A dimensão espiritual tem sido enfatizada pelas abordagens da Antropologia da Saúde e da Antropologia das Emoções na proposta de entendimento de dimensões como saúde, doença, vida, morte e dor, sob perspectivas para além da biomedicina e epidemiologia, realçando seus aspectos culturais, especialmente quando tais dimensões estão encerradas em ambiente hospitalar, como nos estudos de Menezes (2004). A espiritualidade tem tamanha significação em sua relação com a saúde que culminou em seu reconhecimento oficial pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Resolução de Emenda Constitucional

nº71499, alterando o conceito de saúde com a inserção da dimensão espiritual: “*Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (INOUE & VECINA, 2017, p.127). Sob esse prisma, a capelania hospitalar é de utilidade para uma compreensão da relação entre espiritualidade e o indivíduo que experiencia o adoecimento.

A pesquisa se apoia em dois pilares fundamentais que organizam os debates: as perspectivas pelas quais as Ciências Sociais debatem a expressão de emoções e as crises biográficas ocasionadas pela experiência do adoecimento, explorando o status de ambiguidade presente nessas categorias; e o histórico de surgimento das capelarias hospitalares e sua atuação específica no cenário da pesquisa.

JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

A intenção de compreender o surgimento, a organização e atuação da capelania hospitalar é decorrente do fato do tema ainda ser pouco abordado em estudos científicos, especialmente em análises antropológicas. Trata-se de um campo em potencial para o debate em torno de sua relação com as circunstâncias de adoecimento, pois a capelania centra seu exercício em um contexto com tensões e contradições referentes às dimensões de dor, sofrimento, doença e morte e sua relação com o ser humano, cujas manifestações variam segundo os modos de inscrição na vida social.

As dimensões citadas encontram perspectivas enriquecedoras nas abordagens realizadas por Rachel Aisengart Menezes (2004), Susan Sontag na Filosofia (2003) e, na área sociológica, Norbert Elias (2001).

As indagações sobre o papel da capelania hospitalar no auxílio aos cuidados aos pacientes foram despertadas em 2017, ocasião em que se intensificou meu contato com a realidade cotidiana do hospital municipal, cenário da pesquisa, no setor de Arquivo Médico. Situado literalmente entre o Núcleo de Internação e Regulação (NIR) do hospital e a Capelania Hospitalar, foi inevitável que as distintas formas de percepção do doente fossem evidenciadas a um olhar minimamente atento. De um lado, o indivíduo identificado por sua doença ou número de leito e, do outro, a capelania hospitalar, com sua presença discreta.

Essas diferentes maneiras de condução do cuidado e percepção do sujeito no contexto hospitalar – o olhar biomédico e o suporte espiritual provocaram questionamentos sobre as conexões realizadas pelos próprios indivíduos em “situações-limite”, como Berger (1985) define as circunstâncias de enfrentamento da dor e do sofrimento.

A maneira como a instituição e a equipe hospitalar desenvolvem seus relacionamentos com o doente reflete a afirmação de Rachel Aisengart Menezes (2003) sobre um “olhar médico onisciente e onipresente” a um indivíduo-paciente considerado como um corpo fragmentado. Para a autora, a forma paliativa dos cuidados terapêuticos hospitalares representa uma proposta recente de construção de modelos de morte e do morrer como busca de uma espécie de resgate neorromântico do indivíduo, em resposta à fragmentação do mundo e do corpo. Ademais, Menezes levanta a hipótese de uma “ressacralização” do mundo, da vida, do corpo e da pessoa por intermédio desse novo processo de morte: a “boa morte” (2003, p.132). A autora propõe uma profunda reflexão sobre procedimentos mais humanizadores no momento da morte em contraponto à morte fria no hospital, conduzida pelo poder médico.

A proposta da pesquisa é de contribuir para o conjunto de estudos sobre as conexões indivíduo/espiritualidade pelo ponto de vista médico ou estritamente ligado a denominações religiosas, e enfatizar o saber antropológico como um instrumento de redimensionamento do indivíduo, tanto como produtor quanto como resultado de significações culturais sobre a doença e sobre o adoecer, e sobre a possibilidade (real ou não) de morte. Outro aspecto relevante é considerar as diversas formas que as doenças são conceituadas; se vistas como consequência de conduta moral ou da condição social do indivíduo; se e o quanto tal concepção interfere na subjetivação da condição do adoecido, pois é recorrente a associação das doenças com temas de cunho moral, estigmas, tabus e exclusão. A esse respeito, as abordagens de Luiz Fernando Dias Duarte ⁴ (1998; 1994) constituem propostas de compreensão das experiências de adoecimento a partir da perspectiva de causa-efeito “físico-moral”, reforçando a ideia de construção subjetiva em torno da saúde e da doença.

Cabe mencionar que a própria conceituação de saúde e doença tem incitado importante debate, principalmente nas Ciências Sociais, com os estudos de Toniol (2017); Csordas (2008) e Duarte (1994), uma vez que as sensações subjetivas e coletivas, portanto culturais, de “estar doente” e se “sentir doente” são desafiadoras, no que concerne à compreensão mediante novos

⁴DUARTE, Luiz F. D.; LEAL, O. (Org.). Doença, sofrimento e Perturbação. Perspectivas Etnográficas. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1998 e DUARTE, L.F. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P.C., MINAYO, M. (Org). Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

estudos antropológicos. É preciso responder à interrogação acerca da forma como as representações dos grupos contribuem com esse ser/estar. Indivíduos podem se definir como doentes, se sentir dessa forma, mas não apresentar qualquer indício biológico que confirme sua patologia. Pode também ocorrer sua definição médica, como doentes, sem a percepção de serem portadores de nenhuma doença, reportando às observações realizadas por Mauss (2003) quanto às sugestões coletivas da ideia de morte.

Assim, a saúde ou a doença não podem ser reduzidas apenas ao olhar epidemiológico, mas percebidas culturalmente, por meio dos significados atribuídos pelos indivíduos às condições de seus próprios corpos. É perceber a maneira que se reelaboram simbolicamente - com e diante de seus grupos - em situações de sofrimento hospitalar; e a esse respeito, Le Breton (2011) afirma *“as representações sociais atribuem ao corpo uma posição determinada no seio do simbolismo social da sociedade(...) Este saber aplicado é imediatamente cultural”* (p.17).

METODOLOGIA

Os estudos clássicos da Escola Sociológica Francesa a respeito das categorias de pensamento, de Émile Durkheim (1996) a Claude Lévi-Strauss (2008), marcaram o início da utilização das narrativas pelas Ciências Sociais como um novo domínio de conhecimento no campo. O pensamento antropológico contemporâneo também reconheceu, em maior ou menor grau, a importância das narrativas orais, faladas ou cantadas e os relatos míticos, ficcionais ou históricos como formas diferenciadas de compreensão de mundo pelas diversas culturas humanas.

No entanto, apesar desse novo caminho, as narrativas engrossaram a lista dos dilemas tensos presentes na Antropologia entre a primazia da diversidade ou da universalidade. Os debates giram em torno de duas buscas básicas: uma em encontrar, entre as infinitas histórias, aquela que sintetizaria a experiência humana; e outra, em outro oposto, na busca pelo sentido em todas as histórias e experiências descritas, além da literalidade, dos fatos (MALUF, 1999, p.70).

Independentemente da forma em que estejam representadas, é inegável a relevância das narrativas para compreender o universo humano de construção do mundo, ainda que particular, sob profunda influência do coletivo. Esse enfoque individual-coletivo é acentuado, no caso da

minha pesquisa, para as situações de adoecimento cuja circunstância não só ampliam como interseccionam essas duas dimensões.

A fim de compreender a atuação de um serviço como o da capelania, focado na mediação do sagrado ou transcendente em experiências de dor e sofrimento, em contexto hospitalar; sua articulação com o espaço público e como se posiciona diante das questões emergentes e inevitáveis que o ambiente supõe, esta pesquisa utilizou metodologia qualitativa, com caráter descritivo, realizando a coleta e a análise de narrativas de entrevistas com quatro capelães, das denominações metodista, luterana, presbiteriana e católica, e com o diretor médico de um hospital municipal no Estado do Rio de Janeiro⁵. Também foi realizada pesquisa documental de leis federais e regulamentos que normatizam a atuação das capelarias hospitalares; coleta de informações nos sites eletrônicos das entidades que organizam e certificam o exercício do ofício de capelães; matérias jornalísticas que enfatizam a capelania hospitalar e pesquisa bibliográfica de artigos científicos e dissertações nas áreas de Teologia e de Ciências da Religião, além de revisão bibliográfica do tema nas Ciências Sociais.

No que diz respeito às entidades mencionadas, cabe ressaltar que busquei aprofundar as questões pertinentes à sua atuação e organização com o envio de um questionário. Porém, após insistentes contatos, até o término dessa pesquisa não obtive a devolução das perguntas, razão pela qual as entrevistas se limitaram aos capelães e ao diretor do hospital.

Com a pretensão de apreender dimensões da realidade que não são quantificáveis, como o universo de significados atribuídos às dimensões de dor e sofrimento, bem como os novos sentidos originados por essas dimensões, a condução da pesquisa deve atentar tanto para as limitações como para as possibilidades que a metodologia insinua: buscar nas situações presenciadas um aprofundado recorte da realidade; e ainda assim, ser capaz de produzir novas significações teóricas. No entanto, é pertinente perceber a limitação do pesquisador enquanto “leitor” do que é confessável e dito, daquilo que é silenciado e interdito. Conforme Veena Das (2011), a tarefa de escutar e pensar a dor do outro impõe constantes negociações com o interlocutor, uma vez que os lugares são postos em inevitável movimento.

Fonseca (2018) enfatiza a importância da percepção de que a construção de “posicionamentos” em relação ao outro sempre implicará em uma contínua delimitação e redefinição nas interações formadas no par eu-outro.

⁵Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro sob o Processo nº23083.037047/2020-11 em 10 de novembro de 2020.

Para a autora, é justamente nessa postura que reside a possibilidade de reconciliar as divergências e anular as diferenças presentes nessas interações. Ela sugere utilizar uma “etnografia responsiva”, como uma maneira de solucionar uma das grandes preocupações do etnógrafo em campo:

Ser ‘responsivo’ teria vizinhança com noções caras a discussões recentes sobre a experiência do etnógrafo no campo. Penso, em particular, nas noções de ‘ser afetado’ e ‘devir’ citados por Goldman para evocar ‘o movimento através do qual um sujeito sai de sua própria condição por meio de uma relação de afetos que consegue estabelecer com uma condição outra’ (FONSECA, 2018, p.112).

É nessa direção de “escuta” que a pesquisa se encaminha compreendendo que as narrativas de vida são uma maneira pela qual o indivíduo interpreta sua experiência individual e coletiva, para produzir sentido e significado específicos. Assim, deve-se atentar para o que Fonseca enfatiza: “a valorização de que dizem os sujeitos em estudo” (FONSECA, 2018, p.98).

Esse discurso é o que Foucault (2013) considera como além de um simples encadeamento lógico de frases e palavras, que pode ser conceituado enquanto rede de signos que se conecta a outros tantos discursos – ou a outras tantas redes de discursos –, em um sistema aberto que tanto registra quanto reproduz e estabelece os valores de determinada sociedade, perpetuando-os. O discurso, portanto, é um importante instrumento de organização funcional que busca estruturar determinado imaginário social.

Marcel Mauss (2003) também se refere a uma ordem simbólica da linguagem, ao argumentar que a experiência do sofrimento reflete a relação do indivíduo com seu mundo social e que sua expressão supõe códigos culturais que sancionam a manifestação de sentimentos. Estes, ao serem vivenciados e evidenciados, mediante formas instituídas tornam-se socialmente inteligíveis quando “fazem sentido para o outro”, constituindo uma forma de comunicação.

Para elaborar esta dissertação, o ponto de partida é a discussão sobre como são compreendidas as dimensões de *dor*, *sofrimento*, *doença* e *morte* a partir dos contextos sociais em que são expressas, tal como é tratado pelas Ciências Sociais, principalmente pela Antropologia das Emoções, que enfatiza a análise da expressão de sentimentos.

A inserção dessa perspectiva, em especial, foi sugerida pela Dra. Patrícia Birman na ocasião da apresentação da pesquisa na VII Jornada Discente do PPGCS da UFRRJ em setembro de 2019, quando foi aprofundada a discussão sobre de que maneira a expressão de

dor e sofrimento é encarada no ambiente hospitalar. Tal debate pode contribuir sobremaneira para uma compreensão da experiência de adoecimento nesse contexto específico. Esse é o foco do primeiro capítulo dessa dissertação, intitulado “*Em que contexto social o corpo dói?*”, que indica a ênfase na importância do ambiente coletivo para as expressões das emoções humanas, com subcapítulos que exploram a relação do ser humano com a dor, a doença, o dualismo dessa categoria e finaliza abordando o ser humano e sua relação com a morte. Essas reflexões indicam outros posicionamentos, apresentados no segundo capítulo, denominado “*Quando o corpo dói?*”, que contém uma análise do modo como as Ciências Sociais abordam as crises biográficas nos dois primeiros subcapítulos. A perspectiva de Peter Berger é de utilidade, acerca dos momentos de transição, que representam no percurso de vida a exigência de desempenho de diferentes papéis sociais ou mudança de estatuto social. O terceiro subcapítulo, “*Mais que um corpo*”, tem como foco o debate sobre a importância da religião ou espiritualidade para o indivíduo na compreensão do mundo, e sua íntima relação com o cuidado dos doentes, pobres e excluídos que permaneceu muito estreita mesmo após o surgimento dos hospitais. Também aborda como essa interdependência permitiu e justificou a instituição da capelania condução do suporte espiritual no contexto hospitalar.

O terceiro capítulo, com o título “*Capelania hospitalar: uma aproximação entre as demandas do religioso e às exigências da laicidade*”, trata da maneira como a organização e a atuação da capelania se apresentam em contexto hospitalar, um ambiente normativamente laico, mas carregado de contradições, acordos e negociações entre os sujeitos, como em qualquer outro ambiente no qual se desenrola a vida social e suas subjetividades.

O quarto capítulo aborda a capelania hospitalar, motivo desta pesquisa, apresentando o título “*Capelania hospitalar: Um ponto de unidade cristã*”. Além da reflexão que envolve sua atuação em um espaço público, a despeito da noção de laicidade do Estado, são abordadas outras questões relevantes que surgiram a partir da análise dos discursos dos entrevistados: uma diz respeito ao papel ocupado pela mulher que, excluída de autoridade religiosa, tem sua atuação naquele ambiente como uma extensão do domínio do privado, de acordo com a noção de capital religioso presente em Bourdieu (2006). Outra questão é a ausência de representantes das religiões de matrizes africanas na composição da capelania hospitalar, pelo ponto de vista do racismo religioso como propõe Sueli Carneiro (2005).

Ao considerar a dramaticidade que envolve as “situações-limites” como a dor e o sofrimento, entendo que a condução do processo de pesquisa deverá ser realizada,

essencialmente, de forma ética, com extremo cuidado e respeito aos envolvidos; e aqui, parafrazeando, Rachel Aisengart Menezes (2004), aliando “(...) cuidado com a delicadeza (...)”.

Capítulo I – Em que contexto o corpo dói?

Emoções como dor e sofrimento, enquanto objetos de estudo das Ciências Sociais, são categorias que apresentam aspectos de ambiguidade de maneira presente e provocadora.

Autores como Durkheim (2007), Mauss (1921) e Simmel (1971) deram início às indagações sobre a expressão desses sentimentos enfatizando, sobretudo, a maneira com que as subjetividades são fortemente influenciadas pelos contextos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos, e também como são tênues e, por vezes interseccionais, os limites e fronteiras entre as esferas do individual e do coletivo.

Sob esse prisma, Coelho e Rezende na introdução do livro *Cultura e Sentimentos: ensaios em Antropologia das Emoções* (2011), mencionam como as emoções são representadas, a um só tempo, como fenômeno pertencente à esfera do individual e à esfera do natural; ora associadas à experiência idiossincrática ora entendidas como fato universal, da ordem da “natureza humana”, o que contribuiu para situá-las no polo “excluído” das duas oposições fundadoras das ciências sociais: indivíduo-sociedade e natureza-cultura (2011, p.7).

Para as autoras, uma busca de conciliar essas diferentes dimensões para uma compreensão das distintas configurações sociais da subjetividade do sujeito que sofre, foi realizada tanto por Durkheim (2007) como por Georg Simmel (1971). No entanto, apesar dos esforços desses autores em demarcar a especificidade da Sociologia diante da Psicologia, reforçaram a ambiguidade das emoções, ora associando-as ao psicológico ora como experiência resultado das inter-relações sociais (2011, p.7).

Na perspectiva durkheimiana, essa ambiguidade é expressa em *As regras do método sociológico* (2007) ao definir “fato social” como “maneiras de agir, de pensar e de sentir que apresentam a propriedade marcante de existir fora das consciências individuais”, e a natureza social dessas “maneiras” só se faria sentir por sua capacidade de coagir a vontade individual, pois seriam “dotadas de um poder de coerção em virtude do qual só lhe impõem” (2007, p.2).

Em sua outra obra *As formas elementares da vida religiosa* (Durkheim, 1996) a distinção entre individual e social aparece nuançada quando busca compreender a busca do indivíduo em conceber o ideal, expressa no “estado de efervescência” ligado ao pensamento religioso:

Vimos, com efeito, que se a vida coletiva, quando atinge um certo grau de intensidade, desperta o pensamento religioso, é porque determina um estado de efervescência que muda as condições da atividade psíquica. As energias vitais são

superexcitadas, as paixões ficam mais intensas, as sensações mais fortes; há algumas inclusive que só se produzem nesse momento (1996, p. 466).

Ao enfatizar a importância da esfera religiosa, a perspectiva durkheimiana aponta um promissor caminho para a inserção da dimensão simbólica na compreensão da vida social, que seria efetivada como categoria analítica por Marcel Mauss, em 1921, em “*A expressão obrigatória dos sentimentos*”.

O autor, a partir do estudo do ritual oral dos cultos funerários australianos, demonstra que, além do choro, uma série de outras expressões de sentimentos como de dor, cólera e medo, resultantes de uma ação individual, são fortemente moldadas por uma exigência coletiva e configuram uma linguagem simbólica imediatamente reconhecida pelo grupo. Para Mauss, tais manifestações são fenômenos sociais, caracteristicamente não espontâneos e obrigatórios, transformam-se numa espécie de comunicação relacional com o outro como “*uma frase ou palavra*” (1921, p.153).

1.1 O ser humano e a dor

A utilização da categoria analítica *dor* pelas Ciências Sociais como forma de compreender as interrelações sempre tensas entre indivíduo social e sociedade encontra, segundo Koury (1999), três vias possíveis: compreender a dor como elemento interativo que orienta as relações sociais espaço-temporais de um lugar como um hospital, por exemplo; a dor medida a partir da ideia de sofrimento social vivenciado por uma população exposta a situações de risco determinadas nas quais emergem relações sociais específicas da crise ou tragédia; ou compreender a dor e o sofrimento a partir dos estudos de suas expressões individualizadas a fim de entender as configurações sociais em que se situam essas subjetividades (KOURY, 1999, p.75).

É nessa terceira via que os estudos de Marcel Mauss têm ênfase, uma vez que a descoberta do simbólico como construção teórica e metodológica foi fundamental para a Antropologia, na qual as discussões a respeito de objetos de investigação do social ganhavam amparo em definições e usos socialmente estabelecidos em um espaço-tempo específico. Dessa forma, segundo Koury (1999, p.77), Mauss (1979) *A expressão obrigatória dos sentimentos* inscreve o simbólico como elemento de configuração do social, e permite que, ao invés de compreendê-lo como um estruturador de si regido por padrões universais, seja observado como produto de sociabilidades construídas por uma razão socialmente expressa.

Mauss, no texto citado, ao reconhecer a dor como uma categoria de análise suscetível de compreensão em um contexto cultural determinado, admite tanto seu caráter variável como sua natureza coletiva.

Ao exemplificar como as “cantadoras de voceros” australianas expressam o luto, Mauss (1979) propicia uma associação com as carpideiras nordestinas que traduzem socialmente a dor do grupo, como figuras autorizadas socialmente pela manifestação desmedida da perda (grifo meu). Tais práticas, na abordagem de Mauss, configuram-se como rituais que reforçam os significados culturais da dor, potencialmente integrativos e organizativos, nos quais a expressão dos sentimentos é compartilhada pela coletividade. A manifestação das emoções é necessária, não apenas como uma expressão de si, mas para que seja reconhecido pelo outro (1979, p.152).

A marcante impregnação do social nas reações individuais é retomada pelo autor em *O efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade* (2003b), no qual analisa como o corpo físico é influenciado por uma moralidade que cerca e encerra suas representações, estabelecendo uma conexão ininterrupta com o que é socialmente estabelecido. As exigências coletivas estendem seus limites até ao nefasto, quando o “*sujeito que morre não se crê ou não se sabe doente, e apenas por causas coletivas precisas julga-se em estado próximo da morte*” em situações de rompimento de tabus cuja obediência sustenta esse indivíduo socialmente (2003b, p.350).

Segundo Peres *et al* (2011), a ambivalência das emoções também se refletiu na obra de Georg Simmel - *O problema da sociologia* (1971) ao propor excluir a dimensão psíquica do escopo da análise sociológica, quando descreveu a interação social por intermédio do par forma-conteúdo, sendo este último o interesse, o propósito ou o motivo, enquanto que a forma corresponderia a um “modo de interação”, por meio do qual o conteúdo adquire “realidade social”.

Simmel, ao afirmar que não são os sentimentos, mas as formas de interação engendradas por eles os objetos de estudo, utiliza as categorias “união” e “discórdia” para compreender essas sociabilidades. O mundo social pela perspectiva simmeliana é configurado por uma rede de relações recíprocas em um encadeamento de ações que se relacionam, e se sustentam, umas às outras. Dessa forma, forma e conteúdos são indissociáveis e distintos apenas conceitualmente (p.97).

Em sua obra *Fidelidade e Gratidão*, Simmel, a partir de Durkheim, reinsere esse aspecto psicológico e emocional dos processos de interação em sua análise desses sentimentos,

definindo-os como essenciais para a coesão e a estabilidade da vida social. Para ele, a gratidão seria o sentimento que estimula a reciprocidade e funciona como a “memória moral da humanidade”, enquanto que a fidelidade é descrita como fator afetivo de preservação das unidades sociais, já que é um sentimento “socialmente orientado” (SIMMEL *apud* COELHO e REZENDE, 2011, p.9).

Esse movimento de exclusão-aceitação das emoções como um objeto possível de análise foi um dos fundamentos da Sociologia enquanto campo de saber, ora admitindo sua ambiguidade em suas reflexões sobre as formas de articularem *indivíduo* e *sociedade* e ora excluindo o indivíduo da centralidade dessas reflexões (KOURY, 1999, p.9).

No entanto, a Antropologia pode suavizar a tensão causada por essa ambiguidade mediante referência aos autores das principais tradições de pensamento antropológico: a francesa, a britânica e a norte-americana, tendo nas obras de Mauss os sentimentos reconhecidos como uma categoria válida de análise.

A perspectiva francesa tem seu início marcado no texto publicado originalmente em 1921 por Marcel Mauss, ao analisar um conjunto de ritos funerários australianos. Seu tema central retoma a preocupação fundamental de Durkheim: o poder de coerção da sociedade sobre o indivíduo, formulado em termos da relação entre obrigatoriedade e espontaneidade (COELHO e REZENDE, 2011, p.10).

A hipótese de Mauss é de que as expressões orais dos sentimentos, longe de serem fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos, constituem “*fenômenos sociais marcados, eminentemente, pelo signo da não espontaneidade e da mais perfeita obrigação*” (1979, p.147).

O estudo etnográfico desses rituais atestaria a natureza coletiva dos sentimentos, suscitados em momentos específicos que envolvem toda a coletividade ou grupos socialmente delimitados, e parecem fazer a dor recrudescer ou atenuar-se. O autor reforça que, ainda que resultado de uma ação coercitiva, a natureza coletiva da expressão do sentimento não exclui sua sinceridade, ao contrário, seria justamente seu caráter coletivo que intensificaria a vivência emocional. Em seus termos, “*tudo isso é, ao mesmo tempo, social e obrigatório, e, no entanto, violento e natural: afetação e expressão de dor andam juntas*” (MAUSS, 1979, p.152).

Dessa forma, a expressão dos sentimentos aparece como uma linguagem à qual o indivíduo recorre para falar sobre o que sente para os outros e, no mesmo movimento, também para si.

Mas todas as expressões coletivas, simultâneas, de valor moral e de força obrigatória dos sentimentos dos indivíduos e do grupo, são mais do que meras manifestações, são sinais de expressões entendidas, quer dizer, são linguagem. Os gritos são como frases e palavras. É preciso emití-los, mas é preciso só porque todo o grupo os entende. É mais que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica (MAUSS, 1979, p.153).

Quanto à antropologia funcionalista britânica, o enfoque sobre as emoções teve início com a análise de Radcliffe-Brown (1973), em “*Os parentescos por brincadeira*”, sobre a jocosidade nas relações de parentesco. Nesse estudo, os sentimentos desempenham importante função social ainda que tenham, para o autor, um status ambíguo. Por outro lado, o afeto aparece como oposto ao dever nas relações familiares, ficando o pai e seus irmãos associados à autoridade e à disciplina, enquanto a mãe e seus irmãos seriam responsáveis pelo cuidado afetivo.

O parentesco por brincadeira, sob certos aspectos, se apõe frontalmente à relação contratual. Em vez de deveres específicos a serem cumpridos, há desrespeito privilegiado, liberdades ou mesmo licitude, e a única obrigação é não se sentir ofendido ante o desrespeito desde que ele se mantenha dentro de certos limites definidos pelo costume, e não ultrapasse esses limites. Qualquer falta na relação é como uma ruptura das regras de boas maneiras (RADCLIFFE-BROWN, 1973, p.130).

Assim, este tipo de manifestação de sentimentos que parece estar fora do âmbito do dever e das obrigações sociais, permanecendo equacionados ao individual e ao não regrado parece ser mais prevalente nas relações entre tios e sobrinhos, avós e netos, sogras e genros. A não ofensa torna-se uma obrigação nessas relações de parentesco por aliança, nas quais os sentimentos de amizade e hostilidade são equilibrados pelo desrespeito ou pela jocosidade, o que garantiria a ordem social. Sob influência durkheimiana, Radcliffe-Brown argumenta que os sentimentos não só desempenham funções sociais significativas, como também se originam de certas situações estruturais, distanciando-se da visão de uma origem puramente individual das emoções (2011, p.11).

Já no contexto norte-americano, a Antropologia culturalista, por sua vez, foca as emoções como elementos padronizados pela cultura, e a conceituação de configurações de cultura de Ruth Benedict (1970) foi marcante durante esse período, em sua análise das reações emocionais dos grupos indígenas norte-americanos Pueblo e Zuni. Para a autora, os Pueblo

enfatazariam a contenção e a sobriedade, enquanto os Zuni eram marcados pelo exagero nas reações emocionais, em situações sociais variadas, tomando-as como principal fator distintivo entre as culturas.

A autora parte da noção de que haveria um princípio de acordo com o qual os elementos culturais estariam organizados em padrões coerentes e variáveis entre os grupos sociais, ou seja, as configurações de cultura “condicionam as reações emocionais e cognitivas de seus portadores, de forma que estas se tornam incomensuráveis” (1970, p.316).

O relativismo de Benedict só é limitado pela noção de que o indivíduo possui “disposições inatas”, que podem ou não ser acentuadas pela cultura na qual ele nasce. Com essa ideia, percebe-se uma concepção mais essencializada das emoções, que pertenceriam à natureza de cada indivíduo, mas seriam moldadas – acentuadas ou afastadas – culturalmente. Em outras palavras, embora sua origem esteja fora da cultura – em disposições inatas ao indivíduo -, as emoções são, ainda assim, elementos padronizáveis que ganham matizes distintos, de acordo com cada contexto cultural (COELHO e REZENDE, 2011, p.12).

Segundo Coelho e Rezende (2011), a limitação formal das emoções como um campo específico para o estudo antropológico, data da década de 1980 nos Estados Unidos, com as publicações de dois mapeamentos sobre o interesse desse campo de pesquisa no cenário americano: o primeiro, realizado pelos autores Catherine Lutz e Geoffrey M. White em 1986; e o outro, a primeira autora em parceria com Lila Abu-Lughod em 1990.

Segundo as autoras, os mapeamentos realizados demonstraram dois momentos importantes que marcaram os estudos sobre as emoções. O primeiro foi a constatação da ampla utilização da abordagem interpretativa na análise dos aspectos universais da experiência emocional ou naqueles preocupados com sua diversidade histórico-cultural; e o segundo foi a identificação das quatro abordagens utilizadas pela Antropologia das Emoções, para lidar com a tensão indivíduo/sociedade ou natureza/cultura. Os estudos sobre as emoções oscilavam então entre as perspectivas essencialista, relativista, historicista ou contextualista (COELHO e REZENDE, 2011, p.13-15).

É precisamente a partir dessa última perspectiva que esta pesquisa enfatiza a metodologia de análise das narrativas. Tomo o conceito foucaultiano de discurso para situar emoções como dor e sofrimento em contextos sociais específicos, como o hospital. Assim, como Lutz e Abu-Lughod (apud Coelho e Rezende, 2011) apontam, considero as emoções como parte da interação social, que produz múltiplos, contínuos e fluidos sentidos.

Nesse ponto cabem as observações de Duarte em *Doença, sofrimento e perturbação* (1998), que aponta a Antropologia das Emoções como importante via para construir o diálogo entre as diferentes perspectivas sobre a experiência de situações dolorosas, por aproximar aspectos físicos e morais dos sentimentos (1998, p.21).

1.2 O ser humano e a doença

Pensar o corpo é outra maneira de pensar o mundo e o vínculo social; uma perturbação introduzida na configuração do corpo é uma perturbação introduzida na coerência do mundo (LE BRETON, 1995, p.65).

Como demonstram os estudos antropológicos, as primeiras representações sociais sobre saúde e doença foram de cunho mágico, e o desajuste da saúde foi tido como resultado de influências de entidades sobrenaturais e externas contra as quais a vítima pouco podia fazer. O adoecer era concebido como resultado de transgressões de natureza individual e coletiva que necessitavam da intervenção e intermediação de sacerdotes, feiticeiros e xamãs, para reestabelecer as relações de cumplicidade com as divindades. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que envolvia deuses e espíritos bons e maus que precisavam ser apaziguados e agradados. O antropólogo Evans-Pritchard (2005), em seus estudos entre os Azande, no fim da década de 1920, oferece exemplos da maneira como o conceito de bruxaria atuava, conduzindo e formatando as relações cotidianas daquele grupo. O sistema de valores, como o de moral, de comportamento social, religião e linguagem é compreendido pelos Azande por intermédio da bruxaria, como explicação dos fracassos individuais e coletivos; respondendo plausivelmente não a “como aconteceu”, mas “o porquê aconteceu”.

O autor menciona a onipresença da bruxaria na vida diária Azande na determinação tanto das relações sociais estabelecidas como das relações cotidianas, servindo de explicação para todo e qualquer infortúnio e fracasso da vida social: “[...] os fatos não se explicam por si mesmos, ou fazem-no apenas parcialmente. Eles só podem ser integralmente explicados levando-se em consideração a bruxaria” (2005, p.54).

Os Azande tratam a bruxaria como fato natural, já que ela está entranhada nas relações sociais. No entanto, eles não se isentam de se enfurecer com ela, pois na lógica zande a bruxaria é resultado da maldade e inveja de um bruxo. Apesar de integrar o mundo ordinário, a bruxaria, enquanto explicação, dialoga com os eventos sociais, atribuindo um valor moral, razão de se tornar alvo de sua ação. Como resultado, causa sensações de raiva, rancor e vingança. Porém,

apesar de considerarem a bruxaria como instrumento causal, os Azande não descartam o caráter empírico na causa e efeito, mas os identificam como causas secundárias dos eventos. A noção da metáfora da “segunda lança” é relevante, como um segundo evento que apenas reforça as condições do aparecimento da fatalidade quando o primeiro movimento já aconteceu – a bruxaria. Eles reconhecem dessa forma a pluralidade de causas em um evento, associando-o também à incompetência, quebra de um tabu ou não cumprimento de uma regra moral: “[...] o zande aceita uma explicação mística das causas dos infortúnios, doenças e mortes, mas recusa essa explicação se ela se choca com as exigências sociais expressas na lei e na moral” (2005, p.57).

Histórica e culturalmente, as doenças também foram e o são ainda, marcadas por distintas significações culturais. Suas representações se revestiram de um caráter religioso e foram encaradas como maldições ou castigos divinos que despertaram os sentimentos de culpa, solidão e medo, superstições e mistérios. Além disso, envolveram preconceitos morais que causaram a exclusão social como aconteceu com os portadores de sífilis, com seu caráter venéreo, na primeira metade do século XX; com a epidemia de febre amarela no Brasil no século XVII, encarada como prova da “ira de Deus”; e com o câncer, abordado por Susan Sontag em seu livro *Doença como metáfora*, como uma doença intratável, misteriosa e até moralmente contagiosa (1988, p.1). O mesmo ocorreu na epidemia da Aids, em meados da década de 80, por ser identificada inicialmente em homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas. A homossexualidade foi representada socialmente como uma patologização, inclusive constando até 1983 na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde - CID 10 (SEVALHO, 1993, p.352).

A respeito da tuberculose, em *A história social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*, Cláudio Bertolli (2001), ao analisar a doença no Brasil até meados do século XX, apontou o preconceito construído em torno da doença e demonstra como o medo de adoecer gerou trajetórias próprias de uma época: de uma doença romantizada a uma doença estigmatizante.

O autor menciona que, em fins do século XVIII e início do XIX, a tuberculose era vista de forma lírica ligada a sensibilidade, requinte e delicadeza de personagens figurativos em obras artísticas, associada a uma doença “mítica e individual” das camadas mais ricas da sociedade. Tal qualificação acarretou que sua presença em cortiços fosse ignorada, pois admiti-la como uma doença dos pobres concedia essas mesmas características a uma classe social distinta. A doença foi de tal forma romantizada, que os poetas Casimiro de Abreu e Rachel de Queiroz (com apenas 16 anos) chegaram a desejar a tuberculose, tendo em vista os talentos intelectuais

e interessantes que a doença supostamente proporcionava. Casimiro de Abreu, cansado do que ele chamou de “*monotonia da boa saúde*”, numa carta em 1858, manifesta o desejo de contrair a doença:

Queria a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio dos perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado (MONTENEGRO, 1971, p.27).

Apenas após a perspectiva bacteriologizante desenvolvida em meados do século XIX, com a exaltação do corpo saudável, a tuberculose ou peste branca passou a ser distinguida como uma doença da classe operária e dos pobres; e dissociada da esfera artística a tuberculose passou de “mal romântico” a “mal social”, o que acabou convergindo para a estigmatização social do doente.

Se a primeira representação sobre a saúde e a doença foi mágica, a segunda concepção estabelecida por Hipócrates (século VI a.C.) é identificada como “holística”. Nesse modelo, a doença participava das crenças religiosas como doença-maldição ou doença-punição, sendo vista como fruto da ira divina que independia do comportamento humano. A perspectiva humoral, originada na noção de equilíbrio entre os elementos água, ar, fogo e terra e os humores que compõem o organismo humano, está apoiada em dois postulados básicos: o corpo humano é formado por um número variável de líquidos; a saúde é o equilíbrio entre os humores enquanto a doença é o seu desequilíbrio ou o predomínio de um dos humores sobre os demais (SEVALHO, 1993, p.353).

O autor menciona que, na Idade Média, num período profundamente marcado pelo catolicismo, as representações de saúde e doença retomaram um caráter fundamentalmente religioso. Do século XII ao XIV, a população atemorizada pela ameaça das pestes promovia rituais em cemitérios, de modo que as pinturas e as poesias mencionavam incessantemente a morte, a putrefação e o mau cheiro dos cadáveres. Enquanto o mundo islâmico seguia os ensinamentos de Hipócrates e Galeno, a religiosidade dominava a cultura no mundo cristão (1993, p.353).

Durante o século XIV, quando uma epidemia de peste negra ou morte negra aniquilou quase dois terços da população europeia, fiéis expiavam seus pecados se autoflagelando pelas ruas das cidades. Foi nesse período que surgiu na Itália a quarentena como forma de controle social das doenças, inspirada na segregação dos leprosos descrita na Bíblia. Era necessário

distanciar o perigo eminente da doença, do sofrimento e do medo da morte, assim o mundo cristão retratava dramaticamente o temor que a doença imprimia (SEVALHO, 1993, p.354).

De acordo com Foucault, ao abordar o nascimento da medicina social, em *Microfísica do poder* (1984), até meados do século XVII o modelo de enfrentamento de doenças, especialmente da lepra, era o exílio e exclusão dos doentes como meio de purificação do espaço urbano, o objetivo não era relacionado à sua cura, mas à não contaminação do outro. Já o aparecimento da peste dá início a outro esquema de controle social: o internamento e não a exclusão, que isola e individualiza. É o modelo militar de inspeção e vigia dos doentes que vigora, e não mais o religioso (p.88-89).

Em *O nascimento do hospital*, Foucault (1984) menciona que, até o século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência, separação e exclusão dos pobres, doentes, loucos, prostitutas e outras parcelas vulneráveis da população, onde se sobrepunham duas funções essenciais: assistir ao pobre que está morrendo e servir de local para assegurar a salvação da alma dos religiosos e leigos que praticavam a caridade. A permanência de doentes era motivada sobretudo pela preocupação em proteger os outros do perigo que eles encarnavam. Os hospitais eram locais de transição entre a vida e a morte, locais de salvação espiritual que não de cura (p.101-102). Para o autor, a história dos cuidados no Ocidente, durante a Idade Média, possui duas características distintas e não concomitantes: a prática médica e a hospitalar. O hospital, enquanto instituição essencial para a vida urbana, não era um local de prática médica, e a medicina não era uma prática hospitalar (p.101).

Durante os séculos XVI e XVII, no contexto do Renascimento, foi o método de Descartes que definiu as regras sobre o conhecimento: a única verdade aceita era a empírica; era demandado examinar cada dificuldade em tantas partes quanto possíveis e necessárias para solucioná-la; conduzir o pensamento de forma ordenada e gradual, partindo do simples ao mais complexo, e revisar exaustivamente os diversos componentes de um argumento. Esse método rigoroso de investigação deu origem ao modelo de medicina ocidental ou biomédica predominante até a atualidade (BARROS, 2002, p.67).

Sevalho (1993) considera que, no modelo biomédico de explicação e tratamento da doença, o corpo passa a ser analisado de forma fragmentada, em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico. O corpo passa a ser percebido como uma máquina. As doenças, por sua vez, começam a ser relacionadas às situações ambientais; suas causas eram um fator externo ao organismo e o ser humano, o receptáculo da doença. Destas

elaborações teóricas sobre o contágio, firmou-se a teoria dos miasmas⁶, que foi a primeira proposta de explicação científica do surgimento de epidemias e sua relação com as condições do ambiente (aos excrementos humanos depositados na terra e à putrefação); e as doenças transmissíveis, enquanto expressões de massa, foram associadas ao contágio. Até o final do século XIX, as intervenções sobre as doenças alternavam-se entre a exclusividade do contágio e a teoria miasmática (1993, p.358).

Assim, no século XVIII, locais de amontoamentos e os confinamentos humanos como cemitérios, prisões, hospitais e navios se tornaram importantes focos das ações terapêuticas desodorizantes, como exemplifica Foucault (1984), em *O nascimento da medicina social*, a respeito do "Cemitério dos Inocentes" em Paris. O local era superlotado por cadáveres empilhados uns sobre os outros, que chegava a transbordar por sobre seus muros, sendo alvo da ação higienista devido ao pânico urbano que causava (1984, p.87). Houve, porém, a percepção olfativa das ações saneadoras, que gradualmente, passaram dos espaços públicos ao ambiente privado (familiar) até atingirem literalmente a desodorização individual, primeiro do "outro" e depois do próprio dono do sentido olfativo. Uma das estratégias encontradas foi ressaltar a importância de camas individuais e a utilização de perfumes, já que o contínuo asseio corporal ainda não era habitual e muito controverso. Uma vez que camas e perfumes eram itens inacessíveis aos pobres, surge no imaginário coletivo o "fedor do pobre", de modo que a medicina social do século XIX passa a combater o cheiro da pobreza, da imundície dos pobres; e essa distinção entre os cheiros – do rico e do pobre – permitiu a inclusão das questões sociais na implementação de ações sobre a saúde e a doença (CORBIN *apud* SEVALHO, 1993, p.359).

Segundo Foucault (1984) em *O nascimento da medicina social*, associar a questão da pobreza ao perigo médico não foi realizado durante o século XVIII por razões de ordem da organização urbana, uma vez que eram os pobres os responsáveis por atividades fundamentais na cidade como o transporte de água, eliminação de dejetos, recolhimento de lixo e outras funções de manutenção urbana. Apenas em meados do séc. XIX, os pobres aparecem como um perigo social: por um lado, por se tornarem fontes em potencial de revoltas populares e por questões sanitárias e políticas, constituindo empecilhos para a reorganização dos espaços pobres e ricos na cidade. Os pobres, ao serem associados diretamente aos focos de doenças, epidemias e insalubridade, estimularam o desenvolvimento, segundo abordagem foucaultiana, de uma medicina urbana focada essencialmente na ideia de controle social (p.94-95).

⁶Os miasmas seriam gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica que produzem doenças quando absorvidos pelos seres vivos.

No entanto, o esquema médico de reação às doenças com ênfase na higiene pública ainda obedecia, segundo as observações de Foucault, à lógica da quarentena. A diferença reside no fato de que, no novo modelo, está intimamente imbricada a ideia de salubridade, que se preocupa com a técnica de controle e modificação dos meios que podem favorecer ou prejudicar a saúde (1984, p.89-93).

Com a descoberta dos microrganismos (teoria microbiana) como causa das doenças (séc. XIX), a teoria dos miasmas perdeu força explicativa e abriu espaço para a primeira revolução sanitária, incentivando as pesquisas sobre as relações entre organização social, pobreza e frequência das doenças. A teoria microbiana propunha que cada doença teria por agente causal um organismo específico, que poderia ser identificado, isolado e ter suas características estudadas (SEVALHO, 1993, p.361).

No contexto contemporâneo, um novo modelo de cuidado ao indivíduo doente é implementado com a redefinição do conceito de saúde, em 1999, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Saúde é entendida então como “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, o que substitui a figura do indivíduo antes fragmentado na visão microbiana por um indivíduo-paciente percebido como “um todo biopsicossocial-espiritual” (MENEZES, 2003, p.141).

Duarte (1998) reflete sobre a forma dicotômica de apreensão do indivíduo no contexto moderno por diferentes campos de saber. Para o autor, a tensão que se apresenta entre a medicina - que se ocupa do que é “corporal” - e o conhecimento do senso comum, aliado especialmente ao saber psiquiátrico - do que é “emocional” - tende a endurecer ainda mais os limites de entendimento sobre a dor e o sofrimento, e reflete o impasse teórico também para as análises antropológicas (p.16-17).

O autor afirma que defender a adoção do conceito de “perturbações físico-morais” para fenômenos humanos comumente denominados como “doenças mentais”, “distúrbios psicossociais” e outras definições fragmentadoras, possibilitou conciliar o caráter de vínculo entre a corporalidade e as esferas da vida social ao aspecto espiritual (1998, p.22).

Duarte (1998) menciona que a imprecisão em definir categorias como adoecimento e sofrimento, cujos contornos simbólicos apresentam-se continuamente esmaecidos, dificulta a compreensão do corpo doente pela Antropologia. Desse modo, propõe que a delimitação conceitual desses fenômenos seja construída em diálogo com os diversos pontos de vista, levando em conta as distintas formas culturais de se lidar com as dimensões humanas de dor,

nas quais aparecem inegáveis interseções com outros campos da vida social, como a religiosa por exemplo.

A esse respeito Menezes (2003), através do modelo de cuidados paliativos do atendimento hospitalar, aborda as propostas recentes de construção de modelos de morte e do morrer como busca de uma espécie de resgate neorromântico do indivíduo, em resposta à fragmentação do mundo e do corpo. Além disso, levanta a hipótese de uma “ressacralização” do mundo, da vida, do corpo e da pessoa através desse novo processo de morte: a “boa morte” (2003, p.132). A autora propõe uma profunda reflexão sobre procedimentos mais humanizadores no momento da morte, em contraponto à morte fria no hospital conduzida pelo onipresente controle médico.

1.3 O dualismo da doença: um fenômeno público e privado

A partir dos anos 1990, historiadores, sociólogos e antropólogos tomaram saúde e doença como objeto de pesquisa com o interesse pelas narrativas em primeira pessoa. Essas duas dimensões são constituídas por conceitos variáveis e vivências diversamente interpretadas; suas análises foram centradas nos sentidos atribuídos à experiência da doença pelos indivíduos; pelo caráter ambíguo da saúde-doença nos campos público-privado e na subjetividade para percepção da identidade.

No que se refere à doença particularmente, o etnólogo e antropólogo francês Marc Augé (1984) afirma que “*o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas*”, o que explicita o aspecto dual e ambíguo da experiência do adoecimento.

Em *Antropologia do Corpo e Modernidade* (2011), Le Breton também enfatizou esse dualismo:

Viver consiste em reduzir continuamente o mundo a seu corpo, a partir do simbólico que ele encarna. A existência do homem é corporal. E o tratamento social e cultural de que o corpo é objeto, as imagens que lhe expõem a espessura escondida, os valores que o distinguem, falam-nos também da pessoa e das variações que sua definição e seus modos de existência conhecem, de uma estrutura social a outra (2011, p.8).

Le Breton afirma que nas sociedades tradicionais essa “espessura” do corpo não se distingue da noção da pessoa: ao corpo é conferido valor e sentido a partir das mesmas “matérias-primas (...) que dão consistência ao cosmo, à natureza” (2011, p.9).

Ao contrário destas, em sociedades modernas, “corpo” é lugar de cesura, representa uma cisão entre o sujeito e o cosmos constituindo-se o “fator de individuação” em coletividades, como foi admitido por Durkheim na divisão social. (2011, p.9).

Segundo o autor, o corpo é o signo do indivíduo, o lugar de sua diferenciação, de sua distinção e paradoxalmente dissociado dele, típico do dualismo opondo indivíduo e sociedade que marca as sociedades ocidentais. Essa fragmentação do ser humano é justamente onde a medicina clínica se ampara em sua preocupação sobre apenas os processos orgânicos que se processam nele e ignora as preocupações do homem doente e sua história pessoal. Esse distanciamento holístico é apresentado na fala do anatomista Zenão diante do cadáver do filho de seu precedente: *“No quarto impregnado de vinagre onde dissecamos esse morto, que não era o filho nem o amigo, mas somente um belo exemplar da máquina humana (...)”* (2011, p.11-13).

Luiz Fernando Dias Duarte (1994) aborda as percepções corporais que o sujeito constrói sobre suas “perturbações”, indicando que são baseadas em um crivo moral específico que o contexto impõe.

A relação doença/subjetividade também tem sido alvo de investigações de cientistas sociais, especialmente no que diz respeito em como um indivíduo experiencia a perda do “eu self” numa situação de adoecimento. O pesquisador Michael Bury (1982) destaca-se por demonstrar como uma doença duradoura (crônica) leva a uma reconsideração da biografia e do conceito de si em uma busca, nem sempre bem-sucedida, de recuperar o controle de sua vida (HERZLICH, 2004, p.387).

Goffman (1974), por sua vez, em seu estudo sobre as instituições totais, mencionou a “mortificação do self” em pacientes de um hospital psiquiátrico como o processo em que os indivíduos perdem a privacidade e a autonomia, e passam a ser totalmente controlados pela organização em que estão inseridos.

Em aproximação da ideia de corpos como resultados e coprodutores de representação social, a abordagem maussiana em *As técnicas do corpo* (2003a) faz pertinentes observações. Através da análise das distintas formas de gestualidades corporais como maneiras de andar, movimentar as mãos, de dormir, alimentar-se, dentre outras, o autor demonstra como o corpo é adaptado socialmente para usos específicos. Ele afirma que *“o corpo é o primeiro e mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo”*. Tais ações são para o autor, mais que atos mecânicos, físicos ou físico-químicos, mas representações

assentadas pela tradição: são atos tradicionais e eficazes (p.407). O corpo e suas gestualidades e usos apresentam-se como um lugar social onde se inscrevem ações simbólicas, classificatórias e específicas quanto ao sexo, idade, habilidade e modos de vida.

Mauss enumera uma série de movimentos ou atos corporais, denominados como *técnicas*, desenvolvidos desde a infância à velhice como resultado de ação coletiva, mesmo admitindo uma certa importância ao aspecto biopsicológico. Ressalta que “é graças à sociedade que há segurança e presteza nos movimentos, domínio do consciente sobre a emoção e o inconsciente” (p.421).

1.4 O ser humano e a morte

Cumpriu sua sentença. Encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo, morre (SUASSUNA em O Auto da Compadecida, 1955).

Tal como o evento da doença, a morte contém distintas significações. Seu apelo coletivo ao acionar códigos morais foi registrado por Mauss em “*O efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade*” entre os Maori, que “*sabem e creem que vão morrer*” baseados na ruptura de “*forças e coisas sagradas cuja presença normalmente o sustenta*” (2003b, p.349-350).

O antropólogo José Carlos Rodrigues, em *O tabu da morte* (2006), ao discorrer sobre as diferentes formas de construção social sobre a finitude humana, demonstra que *a morte é um produto da história*. A mesma perspectiva de construção histórica da morte é encontrada também nos estudos do historiador francês Phillipe Ariès. O autor do livro *História da Morte no Ocidente* (2003) aborda as diferentes formas como a morte foi tratada da Idade Média ao século XX. Menciona que durante o medievo a morte era encarada como uma mera extensão da existência e não como uma ruptura definitiva; um fenômeno comum que causava uma dor tolerável com ritos de despedida que envolviam toda a comunidade. No entanto, com o desenvolvimento do sentimento de individualidade, no século XV, conceitos como a imortalidade e a salvação começam a ser questionados, e a sociedade que antes tolerava a iminência da morte passa a temê-la. As ações individuais são tratadas como essenciais para a garantia do céu ou para a infelicidade do inferno.

Nos séculos seguintes, a morte é encarada de formas radicalmente diferentes: entre os séculos XVI e XVII, a morte é romantizada apesar de temida. A despedida é uma encenação

de profunda tristeza e também um fenômeno comunitário. Então a experiência do luto passa a fazer fronteira com a loucura. Já no século XIX, a morte é um acontecimento detestado pois rompe, e interfere, com o andamento do cotidiano. Passa a ser da família, da medicina e do poder público a responsabilidade pelas práticas fúnebres. Aí é quando se desenvolve o embelezamento do morto como símbolo da ausência do sofrimento, dissimulando o medo da própria morte (ARIÈS, 2003).

O sociólogo José de Souza Martins, em *A morte e os mortos na sociedade brasileira* (1983), indica que o século XX traz outra transformação da morte: é tratada agora com aparente indiferença, pois deixa de ser parte constituinte da vida normal e do ciclo pessoal para se tornar ocultada do dia-a-dia. O luto é privatizado, relegado às práticas individuais com a finalidade de poupar a coletividade. A neutralização dos ritos funerários e a ocultação da morte como demonstração da incapacidade social de se lidar com ela explicam ainda a transferência do ato de morrer para o hospital, onde a prática médica despersonaliza o doente. Ao mesmo tempo, a morte hospitalizada, protege a família da morte, o doente das pressões emocionais dessa família e a sociedade da publicidade da morte. Esta passa a ser uma espécie de responsabilidade técnica passível de ser controlada. O homem deixa de ser imortal para ser amortal⁷, com um novo olhar sobre seu fim (ARIÈS, 2003).

Já Martins (1983), refletindo sobre a forma de lidar com a finitude na sociedade moderna, afirma que esta passa a ser caracterizada por três fenômenos: a ocultação da morte; a institucionalização da morte transferida para hospitais e a extinção do luto. O autor chama esse processo de alienação da morte, uma vez que banida da sociedade, seu contraponto imediato – a vida – também tem empobrecida sua importância.

A despeito da forma moderna, a Tribo Toraja nas Ilhas de Sulawesi, na Indonésia, retrata a forma dualística de encarar a morte nos dias atuais. Segundo o artigo jornalístico de Sahar Zand (2017) para a BBC News Brasil “*O vovô está dormindo: o povo que vive com parentes mortos em casa*”, através do rito *ma'nene* mantém-se uma coextensão da vida mesmo após o sepultamento do corpo, pois não há um conceito definitivo de morte.

Segundo Zand, os corpos dos mortos permanecem em casa por meses ou anos até que sejam sepultados; sendo preservados, tradicionalmente, através do embalsamento com a fricção de folhas e ervas especiais no corpo até que a utilização do formol veio, nos dias atuais,

⁷ Em inglês, amortal («negação da morte») significa aquele cuja vida durará para sempre (do ponto de vista estritamente biológico e através da manipulação fisiológica), desde que não seja vítima de um traumatismo fatal. Estes neologismos surgem na língua inglesa ao longo da última década em resultado dos avanços ocorridos nas áreas da medicina e da biotecnologia. <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt> consultado em 23/04/20

substituir essa prática. Até o sepultamento, os familiares tratam o morto como se estivesse apenas doente. Isso inclui levar bebida, comida e cigarros duas vezes por dia para ele (o morto). Além disso, seus corpos são limpos, as roupas trocadas regularmente e têm um recipiente no canto do cômodo para “suas necessidades”. Eles nunca são deixados sozinhos e sempre com luzes acesas quando anoitece.

A interação entre mortos e vivos tem um caráter tão normalizador, a ponto de haver visitas de parentes ao morto e telefonemas para saber como ele está, uma vez que os Toraja creem que o morto “pode ouvir e ainda está ao redor”.

Segundo Zand, os funerais na Tribo Toraja são eventos coletivos que incluem uma grande procissão pelo vilarejo cujo trajeto serve para facilitar que a alma do morto finalmente deixe a Terra e inicie sua jornada longa e difícil até a Pooya – estágio final da vida após a morte, onde a alma reencarna. Como acreditam que são os búfalos que carregam a alma até o local final, os Toraja economizam o máximo que podem durante a vida, para que no evento do sepultamento possam sacrificar o maior número de animais possível.

O artigo registra que os corpos raramente são sepultados debaixo da terra, eles são colocados em túmulos da família, dentro ou próximos a cavernas onde recebem presentes dos familiares como dinheiro ou cigarros. Porém, o sepultamento não significa um fim na interação social. A relação física entre os vivos e os mortos continua pelos anos seguintes através do ritual *ma'nene* ou purificação dos corpos. A cada dois anos, os caixões são retirados dos túmulos e abertos para um grande encontro com os mortos, que recebem roupas limpas, cigarros e comida. Na ocasião, os mortos posam para fotografias com os familiares, numa literal retratação de sua continuidade do convívio com os vivos.

Capítulo II - Quando o corpo dói?

A íntima relação que foi demonstrada pelos autores citados e o transcendente na construção de significação de mundo, tanto subjetivo quanto social, pelo indivíduo supõem argumentar que durante circunstâncias que alteram esse percurso, a biografia do indivíduo passa a ser ameaçada diante desse evento, pois a própria ordenação de mundo encontra-se desorganizada.

Os sociólogos Peter Berger e Thomas Luckmann (2004), em *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento* (1966) se dedicaram às reflexões sobre as mudanças abruptas nos percursos dos indivíduos que só se reintegrariam suas realidades subjetivas com a conversão religiosa.

O crescente interesse das Ciências Sociais pelas subjetividades individuais, especialmente aquelas expressas em biografias e autobiografias é notadamente marcado por um conjunto vasto de dualidades baseado na dialética estrutura/indivíduo. Essas abordagens privilegiam ora a manutenção, no indivíduo, de componentes sociais referentes ao grupo a que pertence, ora se constituem pela busca do que é extremamente único e pessoal baseado em suas representações da memória, internalizadas a partir da sociedade.

No entanto, os debates em torno da própria noção de “biografias”, tomadas comumente como sinônimos de histórias de vida, história oral, narrativas e trajetórias, demonstram o caráter ambivalente e polissêmico do conceito, deixando claras as flutuações de ênfase conforme as áreas específicas de conhecimento e as preocupações da análise. Além disso, a importância das biografias foi acionada de diversas formas, tanto por historiadores como por cientistas sociais, que centraram suas críticas em torno de sua validade enquanto categoria de estudo, a ponto de defenderem a ideia de “excomunhão da biografia” em prol de uma renovação da história tradicional (REIS & BARREIRA, 2018, p.43).

2.1A biografia como uma categoria de estudo da Sociologia e Antropologia

Segundo Reis & Barreira, na década de 1980, as pesquisas históricas voltaram a focar nas análises qualitativas e experiências subjetivas, a fim de compreender a agência dos indivíduos no contexto das transformações sociais. Essa perspectiva influenciou fortemente as Ciências Sociais que utilizaram o estudo das trajetórias e biografias, como marcadores

subjetivos de referência a contextos específicos como profissões, transformações políticas, ideologias, classes sociais, e outros.

A apropriação dessas perspectivas pela Sociologia e pela Antropologia retoma a relevância dos processos interpretativos, apoiando-se nas abordagens propostas pela Escola de Chicago e pela tradição alemã, a partir das teorias de Simmel (1964) sobre as formas de socialização e a de Alfred Schütz (1979) sobre a relevância das narrativas.

Segundo a abordagem simmeliana, é possível compreender, em diferentes níveis, as formas de socialização e sociabilidades, das subordinações, subjetividades e conflitos emergentes mesmo em condições de pluralidade social. Já a *teoria da relevância* de Schütz, esta sublinha que, em estudos de biografias,

Qualquer narrativa é uma interpretação realizada a partir de uma situação biográfica específica, uma vez que uma biografia é uma descrição de processos e experiências vinculadas pelo próprio indivíduo (SCHÜTZ, 1979, p.73).

Sob o enfoque interpretativo da narrativa e da noção de choque biográfico proposto por Schütz, os sociólogos Peter Berger e Thomas Luckmann(2004), em *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento (1966)*, buscaram compreender como as realidades históricas e cotidianas são construídas por atores individuais e coletivos. Eles também pretenderam precisar os casos em que mudanças bruscas nos percursos dos indivíduos atuavam como desintegradoras das realidades interiorizadas e exigiam conversões (no sentido religioso).

Neste contexto, é importante ressaltar a valiosa contribuição do filósofo e sociólogo Alfred Schütz (1979) quanto às reflexões sobre a narrativa biográfica, enquanto experiência subjetiva do indivíduo na significação do mundo social. Para ele, a vida de um indivíduo é o resultado de seu trânsito em diferentes realidades ou mundos – o do trabalho, o do cotidiano, o da fantasia, o do jogo, o religioso, entre outros, que proporciona múltiplas experiências. O que incita ou desestimula um indivíduo alternar esses mundos é o “choque”, definido pelo autor como “... nada mais que uma modificação radical da tensão de nossa consciência, fundada num tipo diferente de atenção à vida” (SCHÜTZ, 1979, p.252).

Para o autor, o indivíduo só abandona sua atitude, em relação à realidade que lhe parece natural, quando vivencia um choque específico que o impele a romper com essa “*província*

*finita*⁸ de significados e lhe permite reacentuar uma outra realidade. Schütz sublinha também que a substituição de uma “província” por outra não é realizada através de uma transformação, mas de um “salto”, no sentido kierkegaardiano, impulsionado pela experiência subjetiva do choque. Estes fenômenos – choque e salto são os responsáveis, segundo o autor, por uma irrupção transcendente de ressignificação do mundo cotidiano (SCHÜTZ, 1979, p.252).

Logo, o lugar atribuído aos indivíduos e às narrativas de suas experiências singulares ganha um amplo espaço sob a perspectiva desse interacionismo simbólico, não somente favorável à apreensão dos dados biográficos, mas os considerando necessários para dar conta das dinâmicas examinadas para a busca de sentido aferido pelos indivíduos à sua história pessoal.

Porém, outra abordagem sociológica que evidencia o sujeito social como centro das análises, é a perspectiva teórica sustentada por Pierre Bourdieu (1986) sobre o entendimento das trajetórias individuais e de grupos; porém difere diametralmente quanto à apreensão do conceito de biografia. Ele é o principal autor que explicitamente critica o método “história de vida” para a construção do conhecimento antropológico, por conta da ilusão de unidade e continuidade que produz sugere, em seu artigo “A ilusão biográfica” (2006), que a Sociologia aborde os sujeitos a partir da noção de trajetória que se dá a partir de vias delimitadas.

Para Bourdieu, a biografia não consiste numa sequência cronológica e lógica dos acontecimentos e ocorrências da vida de uma pessoa; os eventos biográficos não seguem uma linearidade progressiva e de causalidade que dê sentido aos acontecimentos narrados por uma pessoa. A coesão e a coerência, assim como a cadeia de inter-relações, só são realizadas a posteriori pelo indivíduo ou pelo pesquisador no momento em que produz um relato oral, uma narrativa (MONTAGNER, 2007, p.252).

Bourdieu (1986) entende que a busca de uma causalidade harmônica das histórias de vida individuais, tanto pelos indivíduos quanto da ciência social, advém da necessidade de atribuir um sentido coerente às ações humanas; sentido esse, essencial para conferir uma razão lógica para a existência. O sociólogo afirma que essa busca não passa de uma “ilusão biográfica” pois é impossível dar sentido a um todo que escapa ao próprio sujeito, histórico, determinado socialmente, imerso em um universo social fora de seu controle. Nesse caso, o que se pode realizar é a objetivação do *habitus*⁹, e percebê-lo como resultado estável, mas não

⁸Schütz (1979) caracteriza cada província por uma forma específica de: tensão de consciência (desde o alerta total com relação à realidade da vida cotidiana até o sono no mundo dos sonhos), de vivenciar a si próprio, de perspectiva de tempo e, finalmente, por uma forma específica de socialização.

⁹Segundo Bourdieu (1998) *habitus* é um sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto de práticas e ideologias características de um grupo de agentes.

imutável desse processo de interiorização do social e de incorporação, na pele, de uma persona social.

Montagner (2007), a respeito do conceito de persona social bourdieusiano, cita que todo aparato social de formação de uma identidade se sedimenta sobre a relação entre um corpo e um símbolo que o identifica para tornar concreto um todo biográfico que, na realidade, não existe. O que é possível realizar é o acompanhamento das mudanças sucessivas pelas quais um indivíduo passa durante seu movimento na sociedade e perceber como se assenta em um *habitus* relacionado à sua história. Bourdieu aponta a noção de trajetória em contraponto à ideia de história de vida. A trajetória é, para ele, a objetivação das relações entre os agentes e as forças presentes no campo; e é através dessa perspectiva que é possível compreender a maneira singular como um indivíduo percorre o espaço social, onde se exprimem as disposições do *habitus* e reconstitui a série das posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um grupo de agentes em espaços sucessivos (BOURDIEU, 1996). Então, os fatos biográficos de um indivíduo são resultado de colocações e deslocamentos dentro dos diferentes campos de força, nos quais ele busca legitimidade num fluxo constante de negociação (MONTAGNER, 2007, p.256-257).

Em analogia às concepções sociológicas de mundos ou províncias de Schütz e aos campos de força de Bourdieu, Igor Kopytoff (1986) propõe, numa perspectiva antropológica, a noção de esferas de troca para as reflexões sobre as biografias.

Kopytoff em *A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo* (1986) afirma que construir uma biografia é basear-se em um número de histórias verdadeiras, porém, a variedade de possibilidades biográficas oferecidas pela sociedade concretiza-se nas histórias de vida dos indivíduos a partir de modelos desejáveis ou biografias idealizadas. Dessa forma, cada biografia segue concepções prévias sobre o que deve ser focalizado: dentre as várias biografias que o indivíduo possui – psicológica, profissional, política, familiar, econômica, assim por diante – é sempre selecionando alguns aspectos da história de vida e descartando outros (1986, p.93-94).

O autor utiliza as reflexões sobre os Tiv da Nigéria realizadas por Bohannan para sustentar que a biografia dos indivíduos é condicionada mais por regras culturais do que por idiossincrasias. Segundo o autor, os Tiv se organizam socialmente a partir das esferas de troca dos bens e estendem esse modelo para hierarquizar também seus indivíduos; tais esferas – a dos itens de subsistência, a dos itens de prestígio e a dos direitos, com um caráter moralizador,

governam as formas de intercâmbio dos itens, mas valoram concomitantemente os indivíduos de acordo com as trocas que realizam (KOPYTOFF, 1986, p.97-98).

Kopytoff estende essa lógica de troca a fim de compreender as diferentes maneiras de construção de identidades sociais em sociedades “de pequena escala” e nas complexas, e de que forma os indivíduos a negociam. Para ele,

Em qualquer sociedade, o indivíduo frequentemente se vê imprensado entre a estrutura cultural da mercantilização e suas próprias tentativas pessoais de colocar uma ordem valorativa no universo das coisas. Parte desse choque entre cultura e o indivíduo é inevitável, pelo menos no nível cognitivo. O mundo das coisas se presta a um número infindável de classificações, baseadas em características naturais e percepções idiossincráticas. A mente individual pode brincar com todas elas, construindo uma cadeia infinita de classes e universos distintos de valores comuns, e modificando esferas de troca (1986, p. 104).

No entanto, enquanto nas sociedades de pequena escala as identidades sociais de uma pessoa são relativamente estáveis e culturalmente condicionadas, hierarquizando um indivíduo em um determinado status, em uma sociedade complexa as identidades sociais são numerosas e conflituosas e não há uma hierarquia clara de biografia que estabeleça a dominação de uma identidade pela outra.

Para Kopytoff, o *drama da biografia* se situa nos conflitos que se originam entre a idiossincrasia e a imposição social das identidades sociais ou na interação de atores com papéis definidos dentro de um sistema social bem estruturado. Ambas as sociedades exemplificadas solucionam esse drama de formas distintas: em sociedades de pequena escala, o indivíduo que não se enquadra em determinados setores é singularizado na forma de uma identidade especial: pode ser sacralizada ou classificada como perigosa, ou ambigualmente nas duas formas; ou ainda, ser excluído. No caso das sociedades complexas, o drama das identidades reside “*nos choques, da impossibilidade de escolher entre elas, da ausência de pistas fornecidas pela cultura e pela sociedade para ajudar nessas escolhas*” (1986, p.120), aproximando sua abordagem da ideia de imposição hierárquica de categorias proposta por Dumont.

2.2 Alguns caminhos teóricos para a análise das crises biográficas

Encontrar um consenso a respeito do conceito de biografia, assim como uma forma claramente delimitada de seu uso enquanto categoria de análise, é uma tarefa infrutífera, é certo que apresentar uma discussão sobre “crise” na biografia também é difícil.

Ana Caetano, em *O léxico das crises biográficas* (2018), apresenta uma proposta de reunir as diversas formas como o conceito de crise foi tratado pela Sociologia, uma disciplina que tem como um dos eixos centrais as análises sobre a reprodução e manutenção da ordem social, especialmente as propostas por Durkheim e Bourdieu. Esses autores, apesar de reconhecerem o papel das rupturas, priorizaram os processos de padronização da vida social.

Durkheim, em *A divisão do trabalho social* (1999), admite a anomia como fator de desorganização social que gera instabilidade. Bourdieu (1998), por sua vez, em *Meditações Pascalianas*, também afirma que mudanças no espaço social geram crises que comprometem a relação entre *habitus* e o contexto da ação.

O enfoque sociológico é amplo, quanto aos conceitos utilizados para situações de crise biográfica: ruptura, disrupção, transição, momentos de viragem, momentos decisivos, evento crítico, bifurcação, inflexão, trauma, acidente, epifania, entre outros (CAETANO, 2018, p.90).

Segundo Caetano, o conceito de ponto de viragem foi formulado por Andrew Abbott (2001) e mais adiante recuperado na França sob a designação de bifurcação, referindo-se a uma mudança curta com consequências na orientação do trajeto de vida. Já o conceito de momentos decisivos, amparado pela abordagem de Anthony Giddens (2001), diz respeito a ocorrências, simultaneamente consequentes e problemáticas, que alteram o cotidiano e conduzem o indivíduo a fazer escolhas que influenciarão sua trajetória a tal ponto que requererão uma reconstrução identitária (2018, p.91-92).

No caso de rupturas que afetam os quadros rotineiros de ação do indivíduo, mas que se apresentam de forma a produzir a manutenção ou mudança social, alterando o estatuto social institucionalmente enquadrado, há a definição de momentos de rupturas ou disrupções. Essa noção foi popularizada na Sociologia quando Michael Bury (1982) analisou os impactos de doenças crônicas em biografias individuais.

Quanto ao conceito de momentos de transição associados às crises biográficas, são aqueles que, no percurso de vida, representam a passagem de uma condição a outra, em termos de fase de vida, desempenho de papéis sociais ou mudança de estatuto social. As crises que decorrem dessa transição são o que Peter Berger e Luckmann (2004) designam de processos de ressocialização, uma vez que exigem uma reinterpretação do passado com o objetivo de manter a coerência diante da situação presente.

Em *Perspectivas sociológicas* (1986), Berger retorna a discussão sobre a biografia percebendo-a como um fenômeno sempre resultante de constantes interpretações, em um processo de eleição quanto à importância de certos acontecimentos na vida do indivíduo. Para

ele, ainda que a narrativa biográfica seja realizada com base em fatos puramente cronológicos, apenas determinados fatos serão incluídos de modo que a decisão entre um acontecimento e outro depende do quadro de referência pessoal (1986, p.65-66).

Segundo o sociólogo, no processo contínuo de reinterpretação dos fatos da história de vida deve-se supor o passado como um fenômeno maleável e flexível e não imutável e invariável. Assim, à medida que a memória reinterpreta e reexplica o que aconteceu, surgem “tantas vidas quanto pontos de vista”. Esse movimento é definido por Berger como “fenômenos de alternância”, uma ação real para o indivíduo que precisa ordenar e dar sentido aos fatos da própria vida (1976, p.65-68).

De acordo com o autor, a maior parte desse processo de criação de sentido ocorre de maneira fortuita e “em semiconsciência”, porém há casos em que é realizada de maneira deliberada, “plenamente consciente e intelectualmente integrada”. Essas situações são aquelas em que a reinterpretação da biografia constitui um dos aspectos de conversão a um novo *Weltanschauung*¹⁰ (cosmovisão) religioso ou ideológico, para situar a biografia pessoal num sistema de significado universal.

Essa experiência da conversão a um sistema de significados é essencial para reordenar, dar finalidade e inteligibilidade aos dados biográficos dispersos do indivíduo. No entanto, não significa que essa conversão seja definitiva. Assim o autor utiliza a ideia de uma sucessão infinita de espelhos para exemplificar o fenômeno da alternância, em que cada reflexo é uma conversão em potencial, o que gera, ao mesmo tempo uma possibilidade satisfatória e um terror metafísico causado justamente pelos intermináveis “horizontes de possível eu” (BERGER, 1976, p.77).

Peter Berger, em sua outra obra *O Dossel Sagrado* (1985), retoma a discussão sobre o papel da religião no ordenamento do cotidiano para o indivíduo frente aos seus dilemas, sejam eles de ordem física, emocional ou psíquica.

De acordo com essa abordagem, Geertz (2008) enfatiza o papel da religião como elemento significador do mundo social por intermédio de símbolos, que tornam suportáveis as circunstâncias de sofrimento.

¹⁰Significa a orientação cognitiva fundamental de um indivíduo ou de toda uma sociedade. Essa orientação abrange tanto sua filosofia natural quanto os seus valores fundamentais, existenciais e normativos. E também seus postulados ou temas, emoções, e sua ética. Outro sentido do termo é o de uma imagem do mundo imposta ao povo de uma nação ou comunidade, isto é, uma ideologia. O termo é um calco linguístico da palavra de origem alemã que significa literalmente *visão de mundo* ou *cosmovisão*. Essa palavra alemã é adotada regularmente em diversas línguas para expressar esses significados. Suas origens etimológicas remetem ao século XVIII. Ela é um conceito fundamental na filosofia e epistemologia alemã e se refere à uma *percepção de mundo ampla*. Adicionalmente, ela se refere ao quadro de ideias e crenças pelas quais um indivíduo interpreta o mundo e interage com ele. <https://educalingo.com>

Dessa forma, a partir das perspectivas de Berger – a de crises biográficas; a de reinterpretção do passado a fim de dar inteligibilidade à situação vivenciada e a da religião como capaz de conferir significado aos indivíduos em situações-limite como as de sofrimento, dor ou inevitabilidade da morte, uma das vertentes da minha pesquisa se propõe a compreender como essas duas dimensões – indivíduo em experiência da doença e a espiritualidade dialogam e em que medida se interpenetram para uma reelaboração simbólica do indivíduo, no contexto hospitalar.

2.3 Mais do que um corpo

Ao longo do processo de consolidação da Antropologia como campo de saber, a religião sempre ocupou um lugar de destaque em seus estudos. Foi evidenciado por autores como Durkheim (1996), Mauss (2003), Bourdieu (2007) e Peter Berger (1985), entre outros, tanto seu papel para dar sentido a fenômenos como saúde, doença, vida e morte como as inúmeras vezes em que alcançou a formação de conceitos morais e éticos.

2.3.10 ser humano e a religião

Não há terra santa ou terra sagrada em si mesma, mas o que torna uma terra sagrada é a maneira de andar nela (LELOUP & HENNEZEL, 1999, p.117)¹¹.

O pressuposto da religião como teia de significados e ordenador do mundo social é compartilhado por vários autores. Dentre eles, a abordagem durkheimiana (1996), que estende a todas as crenças religiosas, simples ou complexas, um mesmo caráter: a divisão do mundo entre dois domínios contrastantes – profano e sagrado – pelos quais os indivíduos classificam e representam a natureza das coisas, reais ou ideais. Essa classificação dualística é o que, para o autor, distingue o pensamento religioso. Lévi-Strauss também reconhece a ação simbólica da religião como elemento eficaz para funções sociais e políticas no corpo social.

¹¹Marie de Hennezel, psicóloga, clínica e psicanalista francesa, iniciou o debate sobre a importância dos cuidados paliativos, prestados a doentes terminais, na França em 1987; quando foi criada a primeira unidade de cuidados paliativos no antigo hospital universitário de Paris, hoje Institut Montsourris. "O importante era que os últimos momentos fossem vividos sem dor e com respeito pelas necessidades da pessoa, pela sua intimidade, pela sua vontade, as suas necessidades afetivas". Foi autora de livros como *O Amor Último, Diálogo Com a Morte e A Arte demorrer*. Este último em colaboração com Jean Yves Leloup, da Universidade Holística Internacional, escritor, teólogo e padre ortodoxo, filósofo, fundador do Instituto para o Encontro e Estudo das Civilizações e o Colégio Internacional de Terapeutas.

Pierre Bourdieu (2007), em convergência com tais afirmações, identifica a correspondência entre as estruturas sociais e as estruturas mentais, e considera a religião como um sistema de práticas e de representações baseadas na dicotomia natural-sobrenatural do cosmos, que contribui para a imposição (dissimulada) dos princípios de estruturação da percepção e do pensamento do mundo e, em particular do mundo social. Dessa forma, o fato religioso revela a síntese do *ethos* (caráter moral) de uma determinada comunidade através dos símbolos sagrados.

Outro sociólogo que atribui à religião o papel de conferir uma ordem significativa do mundo é Peter Berger (1985), que define a religião como um dos sistemas de elaboração simbólica fundamentais ao indivíduo na construção e tradução da realidade da vida cotidiana. Esse processo, intitulado de *cosmificação sagrada*, permite uma ordenação da realidade contra a ameaça desorganizadora da anomia¹² (no sentido durkheimiano), interconectando as realidades social e celeste num mesmo plano. Dessa forma, o indivíduo relaciona-se com o sagrado em busca de soluções para os enfrentamentos cotidianos, sejam eles de ordem física, emocional ou psíquica. Segundo o autor, a religião consiste na “*ousada tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo*” (1985, p.41).

Além da dimensão nomizadora, a abordagem bergeriana aponta a legitimação como uma segunda função exercida pela religião, que funda numa realidade transcendente a realidade do mundo socialmente construído. O autor alerta que, ao validar as instituições por intermédio da religião, a compreensão da relação dialética entre o indivíduo e seu mundo fica oculta, a ponto de o indivíduo não se reconhecer como coprodutor do mundo (1985, p.31).

No entanto, sem minimizar a importância legitimadora da religião, esta pesquisa ressalta a outra dimensão da função religiosa defendida por Berger: a de conferir significado para as crises biográficas em experiências marginais ou limites. Para o autor, diante da situação inexorável de finitude e de impermanência que marca a condição humana, a religião funciona como uma proteção sagrada do *nomos*¹³, e possibilita interpretações que satisfazem não apenas o campo teórico, mas também subjetivas de enfrentamento ao sofrimento e a inevitabilidade de morte. Assim, por meio da teodiceia religiosa, essas dimensões são situadas em referenciais de credibilidade, o que proporciona não necessariamente felicidade ou satisfação, mas um significado. No entanto, para manter-se atuante como força interior para o indivíduo, é preciso que essa relação permaneça plausível.

¹²O conceito de anomia foi cunhado pelo sociólogo francês Émile Durkheim para descrever ausência ou desintegração das normas sociais. O conceito surgiu com o objetivo de descrever as patologias sociais da sociedade ocidental moderna, racionalista e individualista.

¹³Em termos religiosos, nomos seria a ordem sagrada que se reafirma frente ao caos.

(...)Uma teodiceia plausível (que, é claro, requer uma estrutura de plausibilidade apropriada) permite ao indivíduo integrar as experiências anômicas de sua biografia no nomos socialmente estabelecido e o seu correlato subjetivo na sua própria consciência...É importante salientar que isto de modo algum significa necessariamente que o indivíduo esteja agora feliz ou mesmo satisfeito ao passar por tais experiências. Não é a felicidade que a teodiceia proporciona antes de tudo, mas significado (1985, p.70).

Segundo essa abordagem, Geertz (2008) enfatiza o papel da religião como elemento significador do mundo social. Em seu livro *A Interpretação das Culturas*, o autor define a religião como um sistema de símbolos que ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica que se refletem no cotidiano da experiência do indivíduo como fatos críveis. Para o autor, religião é:

Um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (2008, p.67).

A ideia de que a religião garante a interpretabilidade das situações que exigem, continuamente, condições plausíveis de subjetivação. Ainda que não se proponha eliminar a inevitabilidade da angústia, do mal ou do sofrimento, a religião as situa em um quadro referencial de sentido; e não se direciona, como menciona Geertz, a “*como evitar o sofrimento, mas como sofrer, como fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota frente ao mundo ou da impotente contemplação da agonia alheia algo tolerável, suportável, sofrível*” (2008, p.76).

Sanchis (2001) cita como Durkheim identificou esse sentimento de potência percebida no indivíduo que crê como a “*influência dinamogênica da religião*”:

A religião, com efeito, não é somente um sistema de ideias, é antes de tudo um sistema de forças. O homem que vive religiosamente não é somente um homem que se representa o mundo de tal ou tal maneira, mas que sabe o que outros ignoram; antes de tudo é um homem que sente em si um poder que ele não se conhece habitualmente, que ele não experimenta em si, fora do estado religioso (DURKHEIM apud SANCHIS, 2001, p.14).

No livro *Grande Sertão Veredas*, de Guimarães Rosa, um personagem retrata, com uma demonstração lúdica e poética, esse efeito potencializador,

Por isso é que se carece principalmente de religião: para se desendoidecer, desdoidar. Reza é que sara da loucura. No geral. Isso é que é a salvação-da-alma... Muita religião, seu moço! Eu cá, não perco ocasião de religião. Aproveito de todas. Bebo água de todo rio... Uma só, para mim é pouca, talvez não me chegue (...). Tudo me quieta, me suspende. Qualquer sombrinha me refresca (1994, p.15).

2.3.2 A religião e a prática médica

Se é evidenciada a inegável relação entre a conduta religiosa e a prática médica pelos registros históricos, o mesmo não ocorre em relação a um local específico no qual os doentes fossem aceitos para permanência e tratamento.

Segundo Lisboa (2002), apesar de não haver registros históricos sobre os hospitais na Antiguidade, há indicação documental do exercício da prática médica tanto na civilização assírio-babilônica (3000 a.C.) quanto no Código de Hamurabi (2250 anos a.C.), no qual consta a regulamentação tanto da atuação como dos castigos recebidos pela negligência médica (p.9). A autora menciona:

Heródoto referiu-se a um mercado para onde os doentes eram conduzidos para serem interpelados sobre o mal que os afligisse. Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido do mesmo mal ou sabiam de outros que o tivessem tido. Podiam, assim, propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa de sua moléstia (Campos, 1944, p.10, apud Lisboa, 2002, p.9).

Assim, eram as leis civis e religiosas que orientavam a hospitalidade, o auxílio aos enfermos e desamparados; por isso, os sacerdotes foram os primeiros a exercerem a “arte da cura” e os templos, os locais para onde se destinavam os doentes (LISBOA, 2002, p.11).

A partir do Cristianismo, a assistência às parcelas mais vulneráveis da população, além do cuidado dos viajantes e peregrinos, passa a ser uma prática sustentada pelos cristãos; conduta intensificada pelas normas imperiosas de uma vida monástica, com mosteiros e conventos servindo de modelo de cuidado, inclusive para ordens militares posteriores. Aliás, Bautista (2000) afirma que, a partir do século IX, surgiram as ordens hospitalares medievais, acrescentando que todas as primeiras ordens militares tiveram sua origem na fundação de um hospital para dar assistência aos peregrinos na Terra Santa. Surgiram, entre outros, os Hospitalares do Espírito Santo (1198) que no século XV dirigiam 1094 casas; os Crucíferos (1216) e os Cavaleiros de São Lázaro, que chegaram a administrar mais de 3000 leprosários (BAUTISTA, 2000, p.20).

Apesar de um breve período de proibição das autoridades municipais, nos três primeiros séculos e entre os séculos XIII e XVI, ao clero em desenvolver atividades de assistência aos pobres e excluídos e da prática médica aos doentes - quando a administração de hospitais passou a ser responsabilidade de autoridades municipais - as congregações religiosas de fato nunca aboliram as condutas de amparo a essas parcelas da população. Multiplicaram-se por toda a

Europa as confrarias hospitalares (comunidades leigas mistas que acabaram por se transformar em verdadeiras formas de vida religiosa hospitalar) as quais dedicaram-se aos desatendidos pelo poder público: os doentes mentais e os incuráveis (LISBOA, 2002, p.18).

Bautista (2000) salienta que somente dois séculos mais tarde foi reconhecido pela Declaração dos Direitos do Homem (1789) o direito de todo ser humano ser assistido em caso de enfermidade. Assim por considerarem “*humilhantes as obras de misericórdia da Igreja*”, os governos iluministas retiraram da Igreja e das ordens religiosas os bens que eram utilizados para atender os pobres e enfermos (BAUTISTA, 2000, p.22-25).

No entanto, para Foucault (1984) em *O nascimento do hospital*, a prática médica e a hospitalar foram dois momentos distintos na história dos cuidados aos doentes. Apesar de seu surgimento como instrumento terapêutico, em torno de 1780, a cura ainda não era um objetivo. Segundo ele, a medicina dos séculos XVII e XVIII ficou centrada em um saber que excluía a experiência do cuidado hospitalar e o médico desempenhava um papel essencialmente de “prognosticador”, que exigia a observação sistemática do doente e da doença, desde seus primeiros sinais para descobrir o momento em que apareceria a crise:

(...) A crise era o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Nesta luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença (1984, p. 102).

A não concomitância dessas práticas se estenderá, segundo o autor, até meados do século XVIII, quando se inicia a ênfase em anular os efeitos negativos do hospital, purificando-o tanto dos agentes nocivos como da desordem urbana que provocava e ameaçava a ordem econômica e social. A introdução de mecanismos disciplinares na reorganização do espaço hospitalar e a importância do acúmulo do saber médico transformam o hospital em um local não apenas de cura, mas de registro, acúmulo e formação de conhecimento (Foucault, 1984, p.110).

Após refletir sobre o papel de religiosos na condução das práticas de cuidado como ponto de incontestável importância, ao deslocar atuação de religiosos para um contexto como o hospitalar, é relevante abordar o modo como certas dimensões humanas, como a expressão de sentimentos, a dor e o sofrimento são tratadas nas Ciências Sociais, principalmente a partir do contexto em que estão inseridas.

2.3.3 Religião e espiritualidade

Abordar o papel da espiritualidade no campo da saúde não é uma novidade nos estudos das ciências humanas. A dimensão espiritual tem sido enfatizada nas recentes Antropologia da Saúde e Antropologia das Emoções quando se propõem compreender dimensões como saúde, doença, vida, morte e dor sob aspectos que vão além da biomedicina e epidemiologia, realçando seus aspectos culturais, especialmente quando tais dimensões estão encerradas em ambiente hospitalar. Sob esse prisma, é que a capelania hospitalar oferece um direcionamento para compreender a relação espiritualidade e o indivíduo que experiencia o adoecimento.

A estreita relação da espiritualidade com a saúde foi admitida e normatizada pela Organização Mundial de Saúde: de “*estado de ausência de doenças*” passou a “*um completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas ausência de afecções e enfermidades*”, e mesmo assumindo um caráter holístico ao invés de uma visão estática e mecânica, tem incitado importantes debates principalmente nas Ciências Sociais (BATISTELLA, 2007, p.57).

Outra discussão analítica que será debatida nesta pesquisa diz respeito aos dois termos que, pelo senso comum, são encarados como similares: a religiosidade e a espiritualidade. Segundo Hervieu-Léger (2008), o conceito de espiritualidade pode ser entendido como uma experiência individual que conduz a uma postura filosófica sobre os valores e sentido da vida – seu domínio existencial – e promove comportamentos e sentimentos que fornecem um significado para a vida, não atrelada a doutrinas ou dogmas religiosos. Já a religiosidade é um modo de o indivíduo expressar sua espiritualidade por meio da adoção de valores, crenças e práticas rituais que fornecem respostas às perguntas essenciais sobre vida e morte e envolve a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo. Esta diferenciação entre espiritualidade e religiosidade tem importante significado, uma vez que pessoas que não seguem uma religião podem ter na espiritualidade uma fonte importante de apoio que fortalece seus enfrentamentos sem que haja o intermédio ou dependência doutrinária para a crença. Como refere Hervieu-Léger, é um “*crer sem pertencer*” (2008, p.42).

Esse individualismo religioso típico da Modernidade é definido como “*nebulosa místico-esotérica*”, caracterizada por grupos ou redes que privilegiam a experiência pessoal na busca da própria verdade, e não uma verdade fora de si. Esse novo tipo de *crença sem pertença* busca um aperfeiçoamento, não moral do indivíduo, mas aquele para o alcance de elevação de si mesmo. É o sujeito crente que se resguarda ao direito de escolha, entre as diferentes tradições, a que melhor lhe convém (HERVIEU-LÉGER, 2008, p.143).

Para a autora, a despeito das afirmações sobre a secularização como um processo de encolhimento irremediável da esfera religiosa na Modernidade, menciona que paradoxalmente, esse mesmo movimento secular atua como o responsável pela disseminação do fenômeno de novas crenças. Hervieu-Léger aponta a possibilidade de crer em Deus de maneira não religiosa, pois é a lógica de seu desenvolvimento que dá o status de religioso a uma crença. Crenças essas que aparecem da liberdade com que os indivíduos constroem seu próprio sistema de fé, fora de qualquer referência a um corpo institucionalmente validado (2008, p.42).

Sua abordagem evidencia como causa desse processo a incapacidade social e cultural das instituições religiosas em impor e regular as crenças e as práticas em um universo caracterizado, cada vez mais, pela autonomia e individualização dos sujeitos. O indivíduo, fragmentado em diversos campos de atividades, com experiências desconexas umas das outras, incapaz de construir a unidade de sua vida pessoal, não se reconhece mais em códigos globais de sentido, se decidem por identificações mais maleáveis que confirmem suas crenças pessoais em comunidades unidas por afinidades sociais, culturais e espirituais de seus membros.

A respeito das controvérsias em relação ao conceito de “espiritualidade”: se algo inerente a qualquer religião ou se um fator idiossincrático, o padre capelão entrevistado menciona:

(...)Independentemente de ser religioso, todo ser humano tende para a espiritualidade. Independe se ele se encontra em uma fé católica, em uma fé cristã, em uma fé budista, em uma fé judaica (...), se ele vive sozinho, ele tem uma espiritualidade; ele tem uma força maior que o conduz.

Partindo da amplitude conceitual que a espiritualidade fornece, ela apresenta-se como uma potencialidade para a compreensão do indivíduo em contexto hospitalar, cuja experiência de adoecimento, do sofrimento e diante da iminência da morte, afeta sua organização simbólica de mundo.

Capítulo III – Capelania hospitalar: uma aproximação entre as demandas do religioso e às exigências da laicidade

O interesse pela relação entre a saúde e a espiritualidade tem sido cada vez mais visível entre os estudiosos das mais diversas áreas, cujos focos variam desde seu vínculo com a cura e tratamento das doenças aos modos como seus discursos se articulam, aproximam e se repelem, sobretudo no que diz respeito à sua presença no espaço público.

Este estudo visa provocar um debate desses aspectos, utilizando a atuação da capelania hospitalar em município do estado do RJ, cujas funções despertam *per si* interrogações que, apesar do amparo histórico que as envolvem se mantêm insuficientes para esclarecer algumas de suas contradições.

A proposta é perceber a capelania hospitalar como uma organização que preenche a lacuna deixada entre dois polos: o do religioso e o do secular. Essa perspectiva é oferecida por Camurça *et al* (2020) que propõem debater as tensões e dissonâncias na relação entre a religião e o espaço público no Brasil contemporâneo, criadas a partir de uma série de concessões por parte do Estado com o meio religioso.

Segundo os autores, é característico do sistema público/político brasileiro ceder às estratégias/intervenções de algumas religiões cristãs absorvendo-as em seu seio. Essas concessões por não apresentarem fronteiras institucionalmente bem demarcadas, apesar da existência de marcos legais e institucionais, terminaram por facilitar a legitimidade pública a símbolos religiosos de matriz cristã, em espaços por princípio, universais e seculares (CAMURÇA *et al*, 2020, p.977).

Para esta pesquisa, a porosidade, como citada pelos autores, encontra uma possibilidade analítica na atuação legitimada de autoridades religiosas com o estabelecimento de capelanias, em um ambiente como o hospital. A capelania significaria uma diminuição considerável nesse distanciamento, ao mesmo tempo em que se apresenta elegível para preencher essa lacuna, já que atende adequadamente, nos estritos termos, tanto às demandas do campo religioso como às exigências do Estado laico.

Para aprofundar a compreensão dessas questões que surgiram ao longo da construção de meu objeto de pesquisa, foram utilizadas, além da revisão bibliográfica; entrevistas com os capelães e o diretor médico do hospital em questão; a pesquisa documental em sites e matérias jornalísticas, e a consulta de outras fontes como artigos científicos e dissertações nas áreas de Teologia e de Ciências da Religião.

Esses estudos foram essenciais para a construção da temática, já que suas abordagens a contextualizam em contraponto aos diversos assuntos que a perpassam como, por exemplo, o estabelecimento do diálogo entre religião e saúde no contexto contemporâneo demonstrados por Alexandro Coutinho da Silva (2010) referindo-se à contribuição da capelania hospitalar junto aos pacientes com HIV/Aids; Vieira (2009) tratando das práticas pastorais no sistema batista de educação; Crivelari (2008) e sua abordagem sobre a consolidação da capelania no Exército Brasileiro, e Marcos Nunes da Silva (2007) cuja dissertação de mestrado demonstra a importância da atuação da capelania hospitalar na recuperação dos pacientes oncológicos.

De igual modo ocorre com as discussões sobre a inserção de religiosos no espaço público, cuja problemática inclui também o debate sobre a laicidade e a constância quase absoluta de católicos e protestantes em tais ambientes. Autores como Giumbelli e Toniol (2020; 2017, 2008) e Oro (2012) tratam tanto da aproximação do conceito de espiritualidade nas Ciências Sociais como as formas com que os atores se posicionam em disputa pelo espaço público. Outro eixo relevante que perpassa uma questão tão polêmica como a citada acima é a presença de símbolos religiosos católicos e a simbologia da cruz sem Cristo ou do Cristo sem cruz a partir das perspectivas apresentadas por Borges (2019); Barbosa (2016); Munhoz (2015) e Cipriani (2013), aprofundados no capítulo mais adiante.

Por outro lado, o recorte escolhido apresenta, em termos etnográficos, pouco material disponível, principalmente quando o enfoque é o viés antropológico, já que os estudos sobre as capelanias se concentram nas áreas das Ciências da Religião, Teologia e da Saúde – como os produzidos pela Enfermagem, tratando especialmente da conexão da religiosidade na recuperação da saúde; sobre a atuação da capelania vinculada a alguma denominação religiosa específica (na maioria quase absoluta daquelas protestantes e evangélicas), ou pela perspectiva das Ciências Sociais abordando o surgimento e atuação das capelanias militares (conhecidas também como capelanias castrenses). Por esse motivo, esta pesquisa ao tratar da capelania hospitalar precisou ampliar seu olhar às dimensões da expressão de sentimentos, buscando na Antropologia das Emoções um aporte teórico rico em perspectivas.

Especificamente sobre a abordagem trazida nesta pesquisa, fica evidenciada a escolha pela categoria da “ambiguidade” presente desde a construção dos conceitos de saúde e doença ao longo da história; sobre a expressão de sentimentos como a dor e o sofrimento; o lugar ocupado pelo indivíduo doente em sua experiência de adoecimento; e, finalmente, o papel que capelania exerce em um ambiente hospitalar. Ainda que não tenha sido proposital inicialmente o enfoque das ambiguidades nesses contextos, ficou claro como tal categoria – a ambiguidade

- supõe amplas possibilidades de compreensão escapando de definições extremadas e permitindo uma exploração mais provocadora, tanto pela dificuldade de classificação das categorias que tramitam constantemente entre os polos definidores, como por se posicionarem alternadamente, e por vezes interseccionalmente, entre as dimensões psicológica e social.

Para isso, convém antes discorrer sobre a origem e significado da palavra capelania. A palavra “capelania” deriva do latim *capella* e significa capa pequena. Porém, a origem do termo capelania remonta ao século IV d.C com a história de Martinho de Tours, soldado romano, contemporâneo de Constantino. Vieira (2009) relata

Conta-se que era uma noite muito fria, “fria de rachar” no inverno de 338, Martinho cavalgava para sua casa quando avistou um mendigo. Motivado de compaixão, rasgou sua capa em duas partes e deu a metade para aquele homem que parecia não suportar mais a baixa temperatura. Naquela mesma noite, teve um sonho. No sonho, Jesus Cristo aparecia com a metade da capa que dera ao mendigo. Quando contou o sonho para outras pessoas, ele chamou a metade daquela capa de capa pequena ou “capela”. Essa capa foi preservada, e no sétimo século foi guardada em um oratório que, por isso, passou a chamar-se *capella*. Com o passar do tempo esse termo passou a designar qualquer oratório e o encarregado por estes passou a ser chamado *capellanus* – capelão (2009, p.41-42).

A circunstância sobrenatural mencionada estimulou, segundo Silva (2010), o surgimento da capelania ocorre no século XVIII, época em que a relíquia servia ao propósito de proteção militar.

Na França costumava-se levar uma relíquia de capela ou oratório de São Martin de Tours, preservada pelo rei da França, para o acampamento militar, em tempos de guerra. A relíquia era posta numa tenda especial que levava o nome de capela. Um sacerdote era mantido para o ofício religioso e aconselhamento. A ideia progrediu e mesmo em tempo de paz, a capela continuava no reino, sempre com um sacerdote que era o conselheiro. O costume passou a ser observado também em Roma. Em 1789, esse ofício foi abolido na França, mas restabelecido em 1857, pelo Papa Pio IX. A esta altura, o sacerdote que tomava conta da capela, que era chamado capelão, passava a ser o líder espiritual do Soberano Rei e de seus representantes. O serviço costumava estender-se também a outras instituições: Parlamento, Colégios, Cemitérios e Prisões (SILVA,2010, p.22).

Dessa forma, *capella* passou a designar, em termos gerais, pequenos templos e sua associação aos sacerdotes incumbidos de serviços religiosos - em unidades militares, hospitais e escolas - ocasionou que fossem denominados como “capelão”.

Apenas no século XIX quando foram iniciadas as discussões sobre a importância da psicologia pastoral¹⁴, nos EUA e Inglaterra, a capelania hospitalar ganha relevância. Um dos seus defensores foi o pastor congregacional Washington Gladden que propunha uma cooperação entre o clero e a classe médica. Porém, a institucionalização da capelania em um hospital foi inaugurada pelo pastor Anton Boiser que, ao assumir um hospital para doentes mentais, levou estudantes de teologia para treinamento pastoral clínico (SILVA, 2010, p.23-25).

Ao mesmo tempo na Inglaterra, o pastor metodista Leslie Weatherhead após retornar da Índia, onde atuou como capelão do exército, profundamente influenciado pelo médico psicoterapeuta que acreditava na natureza psicossomática de boa parte das doenças conhecidas como físicas, criou seminários de debates envolvendo psicologia, medicina e psicanálise na recuperação de indivíduos doentes (SILVA, 2007, p.37).

De acordo com a dissertação de mestrado de Crivelari (2008), no tocante à origem da atividade no Brasil, o ofício de capelão teve seu início na área militar, por volta de 1850, quando o Governo Imperial aprovou o Regulamento da Repartição Eclesiástica do Exército. O documento efetivou 4 tipos de capelães: os da Ativa, os Agregados, os Avulsos e os Reformados que tiveram grande atuação na Guerra da Tríplice Aliança. Destacaram-se Frei Fidelis D'Avola, Frei Salvador de Nápoles e outros, evidenciando que o ofício de capelania era exercido exclusivamente por sacerdotes católicos. Com o fim da Guerra contra o Paraguai, o serviço religioso do exército ou Repartição Eclesiástica do Exército passa a ser chamado de Corpo Eclesiástico do Exército através do Decreto nº 5.679, de 27 de junho de 1874. Composto por um capelão-mor, com a graduação de coronel, um capelão tenente-coronel, um capelão major, dezesseis capelães capitães e sessenta capitães tenentes, as atividades desenvolvidas pelos capelães militares – também chamada de capelania castrense -, envolviam além dos trabalhos propriamente militares, catequização de indígenas, presidiários e de militares que trabalhavam nas fronteiras (CRIVELARI, 2008).

Segundo o autor, com a proclamação da república, em 1891, o movimento dos positivistas promoveu a separação da Igreja e Estado, extinguindo o Corpo Eclesiástico do Exército catorze meses depois. No entanto, o serviço de capelania foi restabelecido por meio do Decreto nº 5.573, de 26 de maio de 1944, desta vez com o nome de Serviço de Assistência Religiosa para assegurar a presença de capelães na Força Expedicionária Brasileira (FEB) na

¹⁴Ciência auxiliar da teologia pastoral para a assistência espiritual e prática.palavraeteologia.blogspot.com

Segunda Guerra Mundial; na mesma ocasião foi criada também a Capelania Evangélica, para que representantes desta confissão religiosa tivessem espaço junto a FEB.

De acordo com Crivelari (2008), dois capelães evangélicos tiveram grande notoriedade durante a Segunda Guerra Mundial: o pastor metodista Juvenal Ernesto da Silva e o batista João Filson Soren. Este último chamado também de Ilustre Combatente de Cristo teve sua data de nascimento – 21 de junho – escolhida para se comemorar o “Dia do Capelão Evangélico” pela Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro em 2005. E segundo Ferreira (2002), o pastor batista foi também o responsável pela implementação da primeira capelania hospitalar, há cerca de 70 anos, no Hospital Evangélico do Rio de Janeiro.

Apesar da atuação de aconselhamento e conforto espiritual descrito ao longo da história, no Brasil a assistência religiosa só foi regulada e assegurada no Art. 5 da Constituição Federal de 1988¹⁵:

Art. 5 – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

VII – É assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva.

VIII – Ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei.

XIII – É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer

No que diz respeito particularmente à assistência religiosa no ambiente hospitalar, a partir de pesquisa no Portal da Câmara dos Deputados, podemos saber que sua regulamentação foi impulsionada pelo deputado federal Marcelo Barbieri do PMDB de SP. O parlamentar incentivado pela aprovação da Lei nº5.230, de 8 de julho de 1986, da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo que tornava obrigatória, naquele Estado, a aceitação de ministros de confissão religiosa em hospitais públicos e privados, propõe, em março de 1991, o Projeto de Lei nº444 no qual estendida o livre acesso de religiosos nas unidades hospitalares – públicas e privadas - em todo o país.

O projeto de lei tramitou na Câmara dos Deputados durante nove anos e foi alvo de um longo debate entre os parlamentares da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação em

¹⁵https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_5_.asp acesso em 23/06/21

torno das possíveis consequências da normatização do livre acesso desses ministros religiosos em ambientes hospitalares. A ênfase dos relatores do PL foi em que o acesso desses religiosos estivesse condicionado a duas exigências: primeiro que fosse realizada uma solicitação, de forma expressa, de suas presenças pela família ou pelo paciente; e em segundo, que os ministros religiosos seguissem com rigor as normas internas desses estabelecimentos, a fim de que não causasse nenhum dano à saúde dos pacientes ou transtornos às rotinas dos hospitais¹⁶.

Após diversas emendas, o Projeto de Lei nº444/91 deu origem à Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000. A fim de estabelecer amparo legal mais específico para o ofício de capelão, a lei federal foi promulgada para dispor sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, além dos estabelecimentos prisionais civis e militares:

Art. 1 – Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não estejam no gozo de suas faculdades mentais.

Art. 2 – Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art. 1 deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional¹⁷

No tocante ao reconhecimento da função de capelão, enquanto categoria profissional, esta é definida como *ministro de culto religioso* pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e consta no Código Brasileiro de Ocupações (CBO)¹⁸. A relação de ocupações contém outras 145 categorias profissionais reconhecidas desde as caracteristicamente católicas como padre, frade, abade àquelas que definem os ministros de cultos religiosos representantes da umbanda, candomblé, budismo, religiões mulçumanas, tribos indígenas e outras, identificando-as pelos cargos nomeados nessas religiões, como por exemplo, Babá de umbanda, babalorixá, curimbeiro, Lama budista tibetano e pajé.

Vale esclarecer que, segundo descrição no próprio CBO, os profissionais de cultos religiosos são aqueles que

¹⁶ Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 444/1991. Autor: Marcelo Barbieri-PMDB/SP. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=177017>. Acesso em 15/05/21.

¹⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm

¹⁸ <https://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/263105-ministro-de-culto-religioso> acesso em 06/06/21.

Realizam liturgias, celebrações, cultos e ritos; dirigem e administram comunidades; formam pessoas segundo preceitos religiosos das diferentes tradições; orientam pessoas; realizam ação social na comunidade; pesquisam a doutrina religiosa; transmitem ensinamentos religiosos; praticam vida contemplativa e meditativa; preservam a tradição e, para isso, é essencial o exercício contínuo de competências pessoais específicas¹⁹.

Quanto à normatização das áreas de atuação, várias legislações estabelecem o exercício dos capelães nos mais diversos setores, como o escolar, o prisional, o social, o fúnebre e a ecológica. Esta última define as ações dos capelães que primam pela preservação do meio ambiente, tanto no meio rural quanto no meio urbano, com o objetivo de instruir, ajudar, atuar e formar uma consciência responsável para a preservação dos recursos naturais²⁰.

No que diz respeito à remuneração obrigatória pelo exercício do ofício de capelão no âmbito público, esta não é uma unanimidade, figurando como questão a ser negociada na esfera legislativa dos municípios e estados, a exemplo do município em que se concentra esta pesquisa. Segundo o capelão titular, apesar de ser nomeado pelo Prefeito, ele não recebe remuneração pelo trabalho, mas trata-se de uma solicitação antiga do Conselho Municipal de Capelania à Câmara de Vereadores, e acrescenta

(...) Nós, inclusive, estamos vendo isso, pedindo aos vereadores que vissem, existe uma indicação, mas isso está parado na Câmara já faz mais de quatro anos para que o cargo de capelão seja remunerado. Pelo menos o de titular. Na lei está só que ele é nomeado. Não diz que ele é remunerado. Então esse é uma questão... a gente está tentando colocar na lei que ele entre na folha de pagamento como capelão.

No entanto, segundo o site Educa Mais Brasil²¹ é possível obter uma média salarial desses profissionais em setores privados, a qual varia de acordo com o porte da empresa e o tempo de experiência na função, com valores entre R\$ 1.387,70 e R\$ 5.725,60. O site também lista os principais segmentos de atuação como: o aconselhamento pastoral; as missões; o evangelismo; ministério pastoral e, no âmbito público, a concorrência em concursos públicos para a Aeronáutica, Exército, Marinha e Polícia Militar.

A certificação dos voluntários, sejam eles civis ou religiosos, que desejam officiar como capelães, pode ocorrer através das várias entidades civis e religiosas como conselhos, ordens, igrejas e cursos livres encontrados na internet que emitem tal registro, para os quais não é exigido necessariamente uma graduação prévia em Teologia.

¹⁹<https://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/263105-ministro-de-culto-religioso>

²⁰<https://slideplayer.com.br/slide/10262932/acesso-em-21/06/21>.

²¹<https://www.educamaisbrasil.com.br/cursos-e-faculdades/capelania/salario-de-capelao-carreira> acesso em 06/06/21.

No entanto, não é o que ocorre no hospital pesquisado. De acordo com relato do capelão, é necessária titulação em Teologia emitida pelas denominações religiosas para impedir que pessoas pouco qualificadas acessem o ambiente e confundam a atuação de um capelão como um meio de proselitismo. Segundo o capelão metodista entrevistado, era comum, antes da presença da capelania, que adeptos religiosos fossem ao hospital fora do horário estipulado para as visitas, sem o menor cuidado sanitário ou epidemiológico, com o intuito de “converter os doentes para suas religiões”. Apesar da permissão legal para que líderes religiosos entrem em hospitais para realizar orações e aconselhamento espiritual, o capelão frisa a necessidade de que esses líderes sejam representantes de instituições religiosas, inclusive com a comprovação do vínculo institucional, para que se assegure o comprometimento do ministro religioso em realizar sua tarefa cristã.

Uma grande polêmica emerge em torno da maneira com que um líder religioso é formado como capelão, pois a pesquisa demonstra que não há um padrão rigoroso para a capacitação, certificação e autorização para o exercício profissional da função. Apesar de ser listado como categoria profissional pelo CBO (Código Brasileiro de Ocupações), não há uma descrição uníssona de exigências prévias feitas às instituições religiosas e ou de ensino para a obtenção do título de ministro de culto religioso, nem mesmo o reconhecimento pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), como bem descreve a experiência relatada abaixo.

Um exemplo é a facilidade de se encontrar na internet inúmeras entidades que oferecem cursos com cargas horárias curtas, inclusive pela forma de ensino à distância (EAD), e emitem um registro para que o voluntário possa atuar como capelão na área escolhida. Com o propósito de compreender de que maneira é possível formar-se capelão através dessas plataformas, eu me inscrevi em setembro de 2020, em um curso básico de capelania que dispensava a habilitação ou reconhecimento pelo MEC, e cujo certificado pode ser emitido após o pagamento de uma taxa do envio postal pela entrega do documento.

Essa instituição se define como uma instituição de ensino exclusivamente a distância, vinculado à Associação Brasileira de Educação à Distância (ABED), que oferece cursos básicos e livres, com o objetivo de aprimoramento profissional.

Segundo as informações na página eletrônica da instituição, o intuito do curso básico em capelania é *“atender as igrejas e ministérios independentes que não têm uma escola teológica ou seminário cristão para apoiar suas atividades pedagógicas, capacitando e formando os obreiros que vão auxiliar na obra missionária”*. É informado também que a solicitação do certificado é opcional e não impede o acesso ao conteúdo do curso; e para

inscrever-se basta informar dados pessoais básicos, não sendo exigida escolaridade mínima nem identificar vinculação a qualquer denominação religiosa. A partir daí, o conteúdo do curso pode ser acessado a qualquer momento pelo *link* enviado para o e-mail do aluno; e no final dos módulos, é realizada uma avaliação composta por 10 perguntas com 4 opções de múltipla escolha. Para a emissão do certificado é necessário acertar, no mínimo, 70% delas.

O curso, caracterizado como um “curso livre”, tem carga horária de 160 horas/aula, composto por 4 módulos principais - Capelania Hospitalar; Ética na Capelania; Administração Eclesiástica e Capelania Carcerária, os quais abordavam tópicos como o surgimento da capelania, deveres do capelão hospitalar, a ética cristã e a ética bíblica.

Um dos módulos trata especificamente sobre o comportamento adequado do capelão que inclui uma série de recomendações de higiene (inclusive dos dentes); o uso correto da gramática e o cuidado com a linguagem. Quanto à administração eclesiástica, o curso oferece uma visão geral sobre os principais pontos da Administração enfatizando a importância de funções como organização e planejamento das ações administrativas na definição de objetivos e prazos; como reunir meios e recursos para cumprir as metas estabelecidas; como comandar e coordenar as ações e como controlar a execução destas. O conteúdo enumera, ainda, as “qualidades naturais que o administrador deve buscar, ser e ter”; dentre elas, é desejável que seja uma “pessoa grata”, ter “interesse nas almas”, “habilidade de falar em público”, “preparo bíblico e teológico” e que tenha diversas qualidades pessoais como fidelidade, dedicação, senso de humor, entusiasmo, temperamento agradável, ter saúde física regular e boa estabilidade mental e emocional, e outras. As qualidades espirituais são enumeradas de igual modo: a exigência de prática devocional diária, atitudes de aproximação com Deus como jejuns, orações específicas e vigílias, além de “compaixão pelos perdidos”.

Quanto à atuação da capelania carcerária, o conteúdo do curso refere-se às dimensões social e humanitária do atendimento aos reclusos, aludindo sua origem às atividades desenvolvidas principalmente pelo Capelão Anglicano João Wesley, em 1739, nas prisões inglesas. O texto menciona que sua atuação em defesa de melhores condições sanitárias das prisões teria influenciado grandemente uma série de medidas humanizadoras por parte do Estado no tratamento aos presos, resultando em uma reforma geral dos estabelecimentos prisionais ingleses.²²

A facilidade com que obtive o certificado no curso citado demonstra a discrepância encontrada entre a ausência de exigências prévias pelo curso de formação citado e aquelas

²² www.cursodeformacao.com.br

exigidas, por exemplo, para atuar como capelão pelo Conselho Municipal de Capelania pesquisado, uma vez que é necessária a graduação em Teologia, o que indica o quanto ainda o exercício de capelão necessita ser padronizado. No entanto, uma exigência é comumente mencionada: a de que o voluntário esteja disposto a se comprometer com o “consolo aos aflitos”, entendendo esse impulso como um “chamado de Deus”, um propósito de vida, da mesma forma que foi mencionado pelos capelães entrevistados nessa pesquisa.

Essa compreensão de que a orientação à vida religiosa está ancorada no chamamento espiritual a um indivíduo “escolhido” para uma “missão divina”, nos aproxima da perspectiva weberiana de vocação religiosa, que será melhor debatida no decorrer da análise dos discursos dos capelães entrevistados mais adiante.

Após descrever um exemplo de formação em capelania, esta pesquisa apresentará três entidades autônomas que auxiliaram na compreensão sobre a formação e atuação dos capelães: o Conselho Municipal de Capelania, ao qual são filiados os capelães entrevistados; Ordem dos Capelães do Brasil – Autoridade Eclesiástica (OCB)²³, escolhida pelo protagonismo na formação de capelães representantes de religiões de matriz africana em Mesquita, no Rio de Janeiro, em 2019; e a Associação Brasileira de Capelania Civil (ASBRAC)²⁴, como será apresentado adiante. Ainda que esta última não tenha sua ênfase estritamente na formação de capelães hospitalares, sua atuação serve como uma proposta exemplar de inclusão e reconhecimento de representantes de confissões religiosas diversas do catolicismo e evangélicos em espaços públicos.

O intuito era também acrescentar uma análise sobre outra entidade - o Conselho Federal de Capelania (CONFECAP)²⁵ por conta do alcance nacional e internacional em sua organização. Foi realizado um primeiro contato telefônico com o capelão responsável pela Regional do Rio de Janeiro apresentando o objetivo da pesquisa; e, apesar da boa receptividade por fazer parte da pesquisa e a concordância do envio de um questionário via e-mail, as informações não foram devolvidas a tempo da conclusão desta pesquisa. Pela relevância dos dados para essa pesquisa, outros três contatos telefônicos foram realizados com a entidade, reforçando a importância da coleta das informações pendentes, mas, ainda assim, não obtive a devolução dos questionamentos. De qualquer forma, é válida uma breve apresentação da CONFECAP com os dados obtidos em seu site eletrônico.

²³ www.ocbsindicato.com.br

²⁴ www.asbrac.com.br

²⁵ www.confecap.com.br

Segundo os dados que constam na página da entidade, o Conselho Federal de Capelania é um órgão credenciado, sem fins lucrativos, que organiza nacionalmente o trabalho humanitário voluntário de Capelania e atua na organização, fiscalização, capacitação, credenciamento e certificação de voluntários capelães a desenvolverem o trabalho de suporte emocional, espiritual e social em entidades de internação coletivas. Sediado no Distrito Federal, é organizado em diversas diretorias: são 11 diretores internacionais; em 17 diretorias estaduais (representando as 5 regiões do país, inclusive o Distrito Federal); e 18 diretorias municipais (representando municípios periféricos em sua maioria); e também no exterior, com 9 diretorias em países da África, EUA, Luxemburgo e Romênia. É relevante mencionar que dentre as 54 diretorias da CONFECAP há apenas 8 mulheres em posição de liderança.

Ainda que não tenha sido possível aprofundar as questões em torno da atuação do Conselho Federal de Capelania, a menção ao trabalho desenvolvido por esse Conselho teve o objetivo de demonstrar de que, a despeito de se identificar com uma entidade organizadora da atuação de capelães em nível nacional, este não se configura necessariamente como uma entidade que reúne e direciona as atividades das capelarias existentes no país, como se supõe. Ao contrário, durante as entrevistas, os capelães municipais não se referiram a esta entidade em momento algum, mas ao próprio conselho criado no município, cuja organização obedece às determinações tomadas por seus representantes, de forma autônoma. Dessa forma, a CONFECAP não é hierarquicamente uma entidade pela qual as capelarias municipais e estaduais estão subordinadas ou amparadas; mas uma entidade que direciona as atividades de seus filiados.

Outras questões relevantes sobressaem, ao abordar a capelania hospitalar, além das já apresentadas sobre as diferentes formas de obtenção do título de capelão e sobre a organização não hierárquica como estão configuradas as capelarias no país, mas particularmente, no Estado do Rio de Janeiro. As indagações, no capítulo seguinte, se concentram no debate sobre preeminência de capelarias católicas e evangélicas, em contraponto à ausência de representantes das religiões de matrizes africanas no espaço público; e nos pontos subjacentes que se destacaram ao longo da pesquisa como o papel destinado às mulheres na condução da assistência religiosa no hospital e a simbologia construída em torno da cruz, tanto pelo catolicismo como pelas confissões protestantes, presente no espaço da capelania.

Capítulo IV– Capelania hospitalar: Um ponto de unidade cristã

A partir do contexto militar a capelania adentrou o ambiente hospitalar, no qual tornou-se uma instituição, configurando um importante diálogo com o cuidado dos doentes e a oferta de suporte espiritual e emocional.

Desde a consolidação de sua atividade, no final do século XIX nos EUA e Inglaterra, a discussão sobre cura e busca pela saúde para o “homem inteiro” envolvia tanto a psicologia pastoral como teólogos, médicos e psicoterapeutas.

Tais questões são debatidas, e acrescidas de outras interrogações que emergem no contexto atual, ao refletir sobre a atuação de religiosos no espaço público. Foi o que ocorreu ao analisar a capelania, cenário desta pesquisa.

O município em questão está localizado a mais de 73 quilômetros da distância da capital do Estado, com uma área de 276 mil Km² no qual vive uma população estimada de 133 mil habitantes, urbana quase em sua totalidade, segundo o censo do IBGE em 2010. A economia está concentrada no setor terciário, com grande potencial de crescimento industrial devido aos empreendimentos dos municípios vizinhos.

Quanto ao perfil religioso de sua população, o mesmo censo do IBGE, demonstra que, em um universo de 109.514 pessoas, 49,5% se declararam evangélicos; 39% católicos apostólicos romanos; 24% disseram não ter religião; 1,7% de espíritas kardecistas, enquanto os adeptos das religiões de matrizes africanas não chegaram a 1%²⁶.

Cabe ressaltar que meu contato com a capelania foi facilitado por ter sido, como servidora pública nesse município, remanejada para o Arquivo Médico do hospital. Esse fato permitiu observação do trabalho desenvolvido pela capelania, por alguns meses.

À medida que diversos questionamentos surgiam, decidi alterar minha postura: de observadora assumi a posição de pesquisadora, com o objetivo de identificar as questões acerca do ambiente. Busquei, então, a autorização da direção do hospital para formalizar minha entrada no campo de pesquisa, e assim realizar as entrevistas com três capelães, em caráter preliminar, com o intuito de compreender como conduziam o trabalho de suporte espiritual. Em 2021, na fase final da pesquisa a coleta das narrativas foi retomada com o propósito de elucidar as questões identificadas, incluindo entrevistas com o padre capelão e o novo diretor médico do hospital. Portanto, a pesquisa está ancorada em entrevistas com 4 capelães de diferentes

²⁶<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/pesquisa/23/22107> ano 2010

denominações religiosas: metodista, luterana, presbiteriana e católica, além do diretor médico do hospital.

Quanto ao perfil dos entrevistados cabe ressaltar que são homens, entre 40 a 60 anos; todos os capelães são pastores, graduados em Teologia por suas denominações religiosas; três deles autodeclarados brancos, um pardo, e o quinto, curiosamente, verbalizou não ter condições de definir sua cor, e mencionou que ora se considera pardo ora indígena, uma dificuldade provocada pelo fato de que na própria certidão de nascimento não é identificada sua cor. Com exceção do padre capelão, entrevistado na paróquia local, todos os envolvidos foram entrevistados no hospital em que exercem suas funções.

A capelania atua em um hospital municipal de médio porte desde 2015, e é composta 7 (sete) pastores evangélicos e 1(um) padre, sendo que o capelão titular é o único nomeado pelo Prefeito e tem como principal função a organização diária das atividades. Os demais integrantes - pastores e o padre são convidados pelo Conselho de Capelania do município e aceitam exercer a função de capelão, de forma voluntária, por um período de 2 anos. Apesar do tempo estipulado para a renovação do quadro de capelães, os integrantes atuais são os mesmos desde a criação da Capelania hospitalar, há cerca de 6 anos e representam denominações religiosas cristãs, sendo evangélicas em sua maioria, vertentes do protestantismo histórico: pastor luterano; um pastor congregacional; um pastor metodista; um pastor batista; um pastor da batista Nikkei; um pastor da Assembleia de Deus e um pastor presbiteriano e um padre católico.

Cabe esclarecer aqui, para efeitos de diferenciação da denominação batista, o surgimento da Igreja Batista Nikkei. Segundo informações em seu site eletrônico²⁷, a denominação era uma pequena congregação da Igreja Evangélica da Assembleia de Deus Nipo-Brasileira, em Santo André – SP, até 1993; denominação essa que se propunha a atingir os adeptos cristãos descendentes das comunidades japonesas locais. Suas atividades, naquele momento, se direcionavam aos cultos nas residências com o objetivo de evangelizar e incentivar o retorno dos *afastados da igreja*, a ponto de serem conhecidos como a “Igreja dos desviados”.

Devido a desentendimentos com a igreja matriz, o pastor Sérgio Kamakura desligou-se da Assembleia de Deus, e fundou em 1998 a Igreja Batista Nikkei, cujo principal intuito é propagar o evangelho nas colônias japonesas.

²⁷<https://igreja-batista-nikkei.webnode.com/> acesso em 21/06/21

Segundo o capelão metodista entrevistado, a motivação para a criação da capelania partiu de um pastor que buscou apoio na Câmara de Vereadores local para que fosse normatizada, com o objetivo de “*colocar ordem na visitação de doentes no hospital*”, uma vez que até então as normas de visitação eram definidas pela direção do hospital e raramente as visitas realizadas por religiosos, a fim de oferecer orações, eram acompanhadas ou seguiam protocolos sanitários, o que gerava confusão e atritos com a equipe médica e funcionários do hospital.

Em 9 de Junho de 2015 é criado o Conselho de Capelania, através da Lei nº3.320, que estipula suas atribuições e outras disposições:

Art. 2 – O Conselho Municipal de Capelania do Hospital (...) será formado por uma equipe de Sacerdotes Religiosos, reservando-se e garantindo-se assentos para um (01) a dois (2) representantes de cada um dos mais diversos credos e religiões existentes no Município.

Art. 7 – Para a instalação do Conselho de Capelania Hospitalar, além da nomeação prévia e posse no exercício da função de Capelão Titular, deverão ser convocados pelo Chefe do Poder Executivo no mínimo mais um (01) Sacerdote Católico (Padre) e um (01) Sacerdote Protestante (Pastor), os quais preencham os requisitos básicos exigidos a um Capelão e que sejam reconhecidos por suas respectivas comunidades religiosas no Município, sendo legitimamente seus representantes.

Parágrafo Único - Caberá a estes, os convites para as lideranças de todos os demais segmentos religiosos apresentados no município através de organizações legais e que manifestem o desejo de terem assento no Conselho.

Esclarece ainda,

Art. 6 – O Conselho de Capelania Hospitalar deverá ser ecumênico, ser dirigido por um Capelão Titular e reunir-se-á regularmente nas dependências do próprio Hospital Municipal (...) para traçar suas metas e avaliar os serviços já prestados.

É importante informar que, de acordo com o capelão titular, o Conselho Municipal de Capelania é composto por 11 líderes religiosos de diferentes denominações protestantes e 1 representante católico que se reúnem regularmente para discutirem as ações ou estabelecer estratégias, além de solucionarem algum entrave, para o exercício da função no hospital. Dentre os 12 líderes, 8 deles atuam como capelães no hospital pesquisado.

Em uma breve análise do preconizado nesses artigos, é possível identificar alguns pontos importantes para o debate, como a autoridade conferida às religiões cristãs legitimadas pelo poder público em dissonância com a separação entre Estado e religião estabelecida, desde o início do século XIX, na Constituição de 1891. O não rompimento desse vínculo reforça a

ideia de fronteiras institucionalmente mal definidas como trata o artigo *Estado laico e dinâmicas religiosas no Brasil: tensões e dissonâncias* (CAMURÇA et al, 2020).

Os autores discutem como, no Brasil contemporâneo, as religiões majoritárias cristãs obtiveram concessões por parte do Estado em terem legitimidade pública aos seus símbolos religiosos nos espaços estatais, a princípio, neutros e seculares. Tal influência, basicamente de matriz cristã, partilhada entre catolicismo e evangélicos, constrói para os autores a noção de pluriconfessionalidade²⁸, que justifica e reforça suas presenças no espaço público sem questionar ostensivamente a laicidade do Estado (p. 978, 2020). Essa noção atende à interrogação da capelania hospitalar pelo fato de ser constituída de forma majoritária por representantes de religiões cristãs.

A preeminência dessas confissões encontra normatividade no Art. 6 da Lei n° 3320 ao citar o objetivo da capelania de ser “ecumênico”, utilizando seu sentido literal de significado: *tendência à universalidade da união; em particular, à união de todas as igrejas cristãs numa única igreja universal*, segundo o dicionário Online de Português.

Essa questão, em especial, abre espaço para outro debate sobre o lugar ocupado pelas religiões de matrizes africanas na relação com a saúde, e como se articulam no espaço público, que será debatido a partir do que estabelece o Art. 11 da lei mencionada.

O artigo que estabelece as exigências para o exercício da função de Capelão Titular, enfatiza que este deverá “*ser filiado e pertencente ao quadro de Ministros de qualquer religião que não atente contra a moral e as leis em vigor*”, remetendo-nos a uma reflexão que Giumbelli (2008) sugere sobre o privilégio da Igreja Católica em ser legitimada como base moral e posicionar-se como autoridade no espaço público. O mesmo aqui pode ser estendido às religiões evangélicas em contraponto à ausência completa de representantes de outras confissões religiosas.

Além de Giumbelli (2008), autores como Patrícia Birman (2012) e Paula Montero (2006, 2012) também debatem a relação religioso e secular, a laicidade do Estado e o pluralismo religioso, e igualmente tratam da questão da exclusão das religiões de matrizes africanas como detentoras de autoridade de fala na vida social, na ocasião da promulgação da Constituição de 1891. Eles apontam que a justificativa está associada ao fato de que essas religiões não eram ainda reconhecidas como religião, uma vez o par relacional secular/religioso

²⁸Noção desenvolvida pelo sociólogo mexicano, Roberto Blancarte (2011) para dar conta das transformações da presença religiosa no espaço público da América Latina.

excluía as religiões de matrizes africanas, alocadas num local intermediário entre essas categorias.

Quando foi solicitada uma explicação para o fato de não contar com representante de outras religiões, o capelão menciona: “... *as religiões cristãs talvez acreditem mais nisso que as não-cristãs*”, referindo-se ao não oferecimento de orações aos doentes pelos umbandistas, candomblecistas e kardecistas. Esse dado foi importante para análise da preeminência de protestantes no ofício de capelão, contrastando fortemente com a ausência de outras confissões religiosas.

A ausência evidente de religiões de matriz africana tem uma possível abordagem para um entendimento acerca do modo como historicamente houve um esforço histórico para invisibilizar essas religiões no contexto brasileiro. A partir daqui, proponho compreender o fenômeno como debatido em Mota (2018) – *Diálogos sobre religiões de matrizes africanas: racismo religioso e história*, a qual utiliza a noção do racismo religioso em diálogo com o dispositivo de racialidade de acordo com Sueli Carneiro (2005).

Mota menciona que acionar, neste contexto, a noção de racismo religioso vem ao encontro do que Paula Montero (2017)²⁹ define como resposta a uma pauta adormecida no espaço público, que emerge ao ser provocada como se apresenta a inexistência, entre os capelães, de representantes de confissões religiosas como umbandistas, candomblecistas e espíritas kardecistas.

Para tanto, é preciso refletir sobre o modo como o Estado brasileiro foi posicionando as religiões de matrizes africanas, desde o período de pós abolição, a partir dos estudos da Medicina e do Direito como autoridades reconhecidas para debater os assuntos referidas as populações negras no Brasil (2018, p.27).

Normativas expressas nos códigos criminal e penal do século XIX criminalizavam categoricamente aspectos culturais das populações negras, como a capoeiragem, as batucagens, o curandeirismo e as religiões de matriz africana amparadas pelos discursos médicos e jurídicos. As práticas religiosas eram permitidas desde que *não ofendessem a moral pública*, pautada estritamente no cristianismo, como observados no Art. 179 do código criminal de 1831 e no Art. 157 do Código penal de 1890. Este “proibia o espiritismo, a magia e seus sortilégios” e ocasionou uma perseguição policial ao que denominavam falso ou baixo espiritismo, refletindo

²⁹ ANPOCS, Mesa 28 – Pesquisar religião, pensar a sociedade: um panorama dos estudos em religião no Brasil. Caxambu, Minas Gerais. 41º. Encontro Anual Anpocs, 2017.

o modo como essas práticas eram associadas ao primitivismo, inferioridade e atraso das populações negras (SERRA, 2011, p.16).

Essa associação ficou evidenciada na narrativa do capelão titular, quando questionado a respeito da ausência desses representantes na capelania hospitalar:

...O conselho de capelania é voltado para as igrejas cristãs. Então são as denominações consideradas cristãs. Não entraria então a ala, digamos assim, do espiritismo; aqueles tanto que falam de mesa branca como do baixo espiritismo. Não entraria.

A criminalização ocorria, do mesmo modo, em relação aos curandeiros cuja prática foi associada ao charlatanismo, ambos previstos como crime no Art. 283 do código de 1940, no seguinte trecho “inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível”. Os artigos 156, 157, 158 e 159 do código penal classificavam essas práticas como “crimes contra a saúde pública”, como cita Emília Guimarães Mota (2018) no artigo *Diálogos sobre religiões de matrizes africanas: racismo religioso e história*, chegando a ser exigido, nas décadas de 1940 e 1950, que os terreiros tivessem um alvará de funcionamento com registros em delegacias (2018, p.28-29).

Os discursos articulados pela imprensa, ciência e ações policiais em torno de um pretense controle biológico implementaram estigmas sobre as práticas religiosas das populações negras associando-as ao “mal”. Esses registros demonstram que, apesar do apontado na Constituição de 1891 sobre a separação entre religião e o Estado, as religiões de matrizes africanas não tiveram alterado seu status. A legitimidade da Igreja Católica continuava intacta e assumia o papel de ditar a base moral e bons costumes no país; enquanto todos os elementos advindos das populações negras eram encaixados na chave da cultura e como tal pertencia ao domínio do privado (2018, p.31). Permaneceram excluídas do espaço público e apenas alcançaram o estatuto de religião, segundo Oro (2012) após o meado do século XX.

A respeito desse temor construído sobre as práticas religiosas de matrizes africanas, o discurso do diretor médico do hospital é exemplar:

Tem gente que tem até medo. Uma palavra que não tem porque ser usada, mas tem medo. Muitos evangélicos falam em bruxaria, mas assim a gente traz a equipe para que entenda que aquilo ali é uma forma da religião daquela pessoa se manifestar. Que todo mundo tem seu direito à manifestação.

Essa afirmativa diz respeito aos rituais solicitados por representantes de religiões de matrizes africanas por ocasião de algum adepto dessas confissões encontrar-se internado, e

completa: “...porque tem rituais religiosos ligado à passagem, ao óbito que são extremamente comuns, frequentes, tipo banho de pipoca, colocar ovo embaixo da cama”, mas menciona a forma secreta que foram realizados: “...algumas vezes autorizado pela equipe médica outras vezes feitos de uma maneira com alguns subterfúgios, mas não tem como não autorizar”.

A despeito das capelarias serem majoritariamente evangélicas e católicas, há buscas de ruptura com essa preeminência, uma vez que organizações civis se destacam na oferta de cursos para capelães civis e representantes de religiões de matrizes africanas, para sua atuação em celebrações matrimoniais, como na Ordem dos Capelães do Brasil – Autoridade Eclesiástica (OCB) e Associação Brasileira de Capelania Civil (ASBRAC). A primeira identifica-se como uma entidade que protagoniza a busca pela regulamentação profissional dos capelães no Brasil; e a segunda, apresenta a missão de “fomentar as atividades de capelania, celebrante matrimonial religioso e formação inter-religiosa sacerdotal no Brasil, com foco no amor ao próximo e na igualdade de direitos e deveres do Estado laico”.

No que se refere à Ordem dos Capelães do Brasil – Autoridade Eclesiástica (OCB), sua participação ganha importância nesse debate, já que em 2019 foi mostrada em uma reportagem, do Jornal Extra, como corresponsável pela formação de 70 de babalorixás e iyalorixás no município de Mesquita, representando um exemplo de ruptura com a preeminência das capelarias evangélicas e católicas no país.

A OCB, de acordo com o material disponibilizado em power-point pela Presidente da Ordem³⁰, se define como uma entidade de representação sindical sem distinção de raça, sexo, etnia, religião e ideologia política ou filosófica, com o objetivo principal de regulamentar as atividades dos capelães profissionalmente em todo o país. Acrescenta que “*por meio dos Capelães capacitados pela prática da fé cristã, os capelães da OCB oferecem atendimento espiritual, emocional, social, recreativo e educacional em busca de consolo, cura e novas perspectivas, na vida do paciente em hospitais, do interno em presídios e do estudante em sua instituição de ensino*”.

O material também menciona que a OCB, criada em 2009, está ligada diretamente à Internacional Association of Christian Chaplain, nos EUA, com diversas seccionais nos estados brasileiros, foi responsável pela formação de cerca de 200 mil capelães em todo o território nacional; destes, 25 mil no Estado do Rio de Janeiro. Sua estrutura organizacional conta com, além do presidente e vice-presidente, 10 diretores estaduais; 8 representantes seccionais em municípios do Estado do Rio de Janeiro; 3 em municípios baianos, e 1 em Manaus. Todos os

³⁰Enviado via whatsapp para a pesquisadora em 3/05/21.

representantes são de denominações cristãs, cujas confissões religiosas não são identificadas com nenhuma informação além da utilização das siglas para pastor, bispo ou apóstolo junto aos nomes dos representantes.

Cabe ressaltar que, de acordo com o informativo, a atuação da OCB se estende também junto ao âmbito legislativo para que sejam aprovadas normativas de criação de capelarias em municípios em que esse serviço ainda não exista. Importante mencionar aqui: uma das diretoras da Ordem – a Capelã Lilian Sá de Paula³¹ (Diretora Institucional) cumpriu três mandatos como vereadora do município do Rio de Janeiro, entre os anos 2000 e 2010, pelo Partido Liberal-PL. Em 2011, renunciou ao mandato como vereadora para assumir como deputada federal até 2015 pelo Estado do Rio de Janeiro. A deputada, que alternou sua adesão a diversos partidos políticos (Partido Republicano-PR; Partido Republicano de Ordem Social-PROS; Democratas-DEM e Patriota)³², está filiada atualmente ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). A candidata que não foi eleita como senadora nas eleições que disputou em 2014, atualmente não cumpre mandato político.

A atuação da OCB, de acordo com o material de apresentação, culminou na aprovação de cinco leis municipais em municípios do Rio de Janeiro (inclusive capital, Maricá e Paraty) e na Bahia (Santa Cruz Cabrália e Porto Seguro) garantindo que o credenciamento de capelães seja obrigatoriamente e, oficialmente, realizado pela Ordem de Capelães do Brasil. Informa ainda que projetos de lei (PL) se encontram em tramitação nos municípios de Niterói e Itaboraí (RJ) e Manaus (AM) com a mesma finalidade. No entanto, com exceção da participação da parlamentar do Rio de Janeiro no organograma institucional da OCB, não fica esclarecido no material disponibilizado de que forma a entidade aciona a esfera legislativa em outros estados para obter a regulamentação de suas demandas.

Com relação à reportagem do Jornal Extra³³ já mencionada, a formação da primeira turma de capelães representantes de religiões de matriz africana, realizada em Mesquita em julho de 2019, enfatizou a iniciativa da Capelã Márcia Moura, sem destacar a presença da OCB no evento, o que gerou certo descontentamento da Ordem com os responsáveis pela matéria jornalística. Segundo a reportagem, a responsável pelo curso Márcia Moura - primeira capelã de culto de matriz africana no RJ - menciona que foi motivada pelo fato de perceber que, durante sua formação na Marinha, ela era a única a professar uma religião diversa da maioria católica e

³¹<https://liliamsa.com.br/biografia/> acesso em 12/06/21

³² <https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Lilian>

³³ SEARA, Berenice; MACEDO, Aline. Rio tem a primeira turma de capelães afro para hospitais e presídios. Jornal Extra. 19/07/2019. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/extra-extra/rio-tem-primeira-turma-de-capelaes-afro-para-hospitais-presidios-23819545.html>. Acesso em 25/03/21.

evangélica. Em uma cerimônia no terreiro de candomblé Ilê Axé Omon Oyá Legi, em Mesquita, foram graduados 70 babalorixás e iyalorixás que poderão oferecer suporte espiritual aos pacientes e presidiários iniciados ao culto dos orixás.

Em relação à Associação Brasileira de Capelania Civil (ASBRAC), esta é definida em sua página eletrônica, como uma associação surgida a partir do Conselho Nacional de Teologia, Capelania e Justiça de Paz Eclesiástica (CONTCAJAPE), criado em 2016, *que promove treinamentos e capacitações de celebrante matrimonial religioso e de capelania civil*. Apresenta-se com o foco específico na formação de ministros autorizados para a celebração de casamentos com efeito civil e voltados também às liturgias matrimoniais pertencentes às religiões de matrizes africanas e às religiões não cristãs. O curso é composto por 41 aulas, divididas em 7 seções, que somam a carga horária total de 2h17min, com emissão de certificado de conclusão³⁴. As seções abrangem conteúdos como: Introdução que trata do conceito de celebrante matrimonial; os tipos de celebração; e da função enquanto profissão; Fundamentos legais do casamento; Aspectos jurídicos do casamento; Casamento, União estável e União Homoafetiva; Tipos de cartórios, diferenças e finalidades; Tipos de celebração do casamento, e Ritos e história das religiões de matriz africana. Ao final do curso, além do certificado, é emitida uma carteirinha da ASBRAC que autorizam o interessado realizar cerimônias religiosas e matrimoniais válidas juridicamente.

Em sua página no site, é mencionado que há três listas de espera, no RJ e SP, com interessados no curso de Celebrante Matrimonial Religioso de Matriz Africana e outras Religiões não cristãs³⁵. Dessa forma, somado aos elementos religiosos tradicionais - católicos e evangélicos - outro elemento entra na configuração pela disputa do espaço público: as religiões de matriz africana.

4.1 Visitadora: “*aquele sentimento de mãe que gostaria de cuidar de alguém*”

Outro aspecto relevante evidenciado pela pesquisa é a existência de maioria de homens indicados para atuar na capelania hospitalar. À mulher é destinado o lugar de “visitadora”, termo utilizado por um capelão em referência aos religiosos que auxiliam os capelães nas visitas aos doentes.

³⁴<https://www.udemy.com/course/celebrante-matrimonial>. Acesso em 12/06/21.

³⁵ <https://mundonegro.inf.br/igualdade-religiosa-organizacao-promove-cursos-de-celebrante-matrimonial-para-lideres-de-matrizes-africanas-pelo-brasil/de-19/07/19>. Acessado em 03/05/2021.

Nas observações preliminares que realizei sobre a capelania hospitalar em 2017, identifiquei que comumente o capelão metodista era acompanhado por um grupo de mulheres nas visitas aos doentes. Ao questioná-lo sobre esse fato em uma entrevista, o ministro religioso refere-se a essas mulheres como as “quatro Marias”, em razão de seus nomes iniciais. Menciona que as quatro mulheres o auxiliavam tanto nas atividades internas da capelania no hospital – conduzir orações e se apresentarem como acompanhantes de pacientes (cujos parentes não podiam estar presentes ou eram desconhecidos) - como nas tarefas extra-hospitalares – por exemplo, visitar pacientes, após sua alta hospitalar, para orações de agradecimento e distribuir cestas básicas.

O capelão acrescenta que todas são representantes da denominação Assembleia de Deus; com idades acima de 40 anos; das quais se *orgulha muito* porque apesar de “*serem semialfabetizadas tinham decidido continuar os estudos e cursar Teologia*”.

Quanto ao grupo de visitantes, o capelão titular informa que, dos 75 visitantes capacitados que auxiliam nas atividades da capelania hospitalar, apenas 8 deles são homens. Segundo o capelão titular, da denominação luterana:

... É porque a mulher tem muito mais sensibilidade para dor, para doença, pra enfermidade (...) a mulher carrega uma criança dentro de sua barriga, a mulher é que chora junto, claro que o pai também, mas a mulher sente muito mais quando seu filho está doído. A mulher tem isso dentro de si, isso ela transfere para a capelania.

Ao articular o discurso da “natural” propensão do gênero feminino ao cuidado e sensibilidade como características inatas, o capelão luterano remete-nos a determinação biológica da condição do feminino, sobretudo ao ser inserido em espaços públicos. Dessa forma, a função de visitar os doentes apresenta-se como uma coextensão do âmbito doméstico, refletido nas palavras do capelão: “... *Então por isso no nosso grupo de mulheres a maioria tem mais de 40 anos. São pessoas que não têm mais filho pequeno, mas têm aquele sentimento de mãe que gostaria de cuidar de alguém e se dedicam a capelania*”.

Em relação ao espaço ocupado pelas mulheres no campo religioso, é importante articularmos o discurso de determinismo biológico à perspectiva de Bourdieu (2006) do papel feminino estar em desvantagem, apesar de estar sempre em disputa, no que se refere ao capital religioso. Nesse campo se configura uma relação de forças entre os sujeitos que disputam o capital de produção e reprodução do conhecimento, no qual as mulheres ficam excluídas, ocupando a posição de “leigos”; agentes despossuídos dos bens de salvação, os quais pertencem aos especialistas religiosos:

[...] A constituição de um campo religioso é correlativa à desapropriação objetiva daqueles que dele são excluídos e que assim se constituem como seculares (ou profanos no duplo sentido do termo) despossuídos do capital religioso (como trabalho simbolicamente acumulado) e que reconhecem a legitimidade dessa desapropriação pelo simples fato de não a conhecerem como tal (2006, p.43).

De acordo com o explicitado pelo discurso do capelão titular, o papel das mulheres dentro das instituições religiosas tem sido o de desempenhar tarefas relacionadas à extensão do mundo doméstico, como por exemplo o ensino religioso para crianças, organizar eventos para arrecadação financeira e cuidar de doentes. A vivência religiosa segue a lógica de continuidade das tarefas definidas como típicas do espaço atribuindo-lhes características como “sensíveis”, “maternais” e “cuidadoras”.

Essa perspectiva é apontada por Machado e Mariz (1997), ao abordarem a relação entre a predominância de mulheres e a prática religiosa nas classes populares, mencionam a respeito da identificação desses aspectos da subjetividade feminina que impelem a mulher para a religião,

(...) assim é que “fragilidade”, “intuição”, “abnegação”, “docilidade”, “sensibilidade”, algumas das qualidades atribuídas às mulheres, passam a integrar um todo mais amplo que define a identidade feminina. Isto é, passam a ser tomadas como parte da natureza feminina e, como tal, adquirem um caráter imutável, à maneira de uma essência, de uma substância filosófica (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.49 *apud* MACHADO; MARIZ, 1997, p.72).

Em contraponto a essa perspectiva, a dissertação de Araújo (2013) – *Religião, poder e conflitos de gênero: estudo sobre as missionárias da AIECB (Aliança das Igrejas Evangélicas Congregacionais do Brasil)* traz uma leitura sobre as formas sutis com que as mulheres religiosas tentam romper com a hegemonia masculina em busca de visibilização em seus ministérios, aproveitando-se dos estudos de gênero realizados pelas teólogas cristãs inspiradas nos movimentos feministas. O estudo se propôs demonstrar como o discurso feminista, ao refutar a compreensão tradicional da ‘natureza feminina’ encerrada no destino irrefutável da maternidade, auxiliou as teólogas cristãs a criticarem radicalmente a organização das instituições religiosas, apontadas como androcêntricas, hierárquicas e excludentes das mulheres (2013, p.34).

A autora menciona que o feminismo, enquanto movimento social, incentivou práticas de resistência à situação de sujeição de mulheres no campo religioso, a ponto de desenvolver um novo discurso: a Teologia Feminista (Araújo, 2013, p.32). Acrescenta que esse processo ocorreu em concomitância com o surgimento da Teologia da Libertação e teve como ponto de

partida a publicação da obra *The Woman's Bible*, de Elizabeth Cady Stanton, entre 1895 e 1898, nos Estados Unidos. A coletânea surge como a primeira elaboração feminista de reinterpretação dos textos bíblicos feita por mulheres especialistas na área, pretendendo refutar a noção de “ordenação divina” do papel secundário das mulheres; para tanto, sustentava três argumentos fundamentais:

1. No decorrer da história a Bíblia foi usada como instrumento de sujeição da mulher e um empecilho para sua emancipação;

2. Não somente os homens, mas, sobretudo, as mulheres são os crentes mais fiéis na Bíblia conforme a palavra de Deus. Não somente para os homens, mas também para as mulheres, a Bíblia tem uma autoridade numinosa;

3. Nenhuma reforma é possível numa área da sociedade, se ela não for promovida, também em outras áreas. Não se pode reformar a lei e outras instituições culturais sem reformar também a religião bíblica que reivindica Bíblia como Escritura Sagrada (SILVA, 2010 *apud* ARAÚJO, 2013, p.33).

A Teologia Feminista apontou questões como a diversidade, a assimetria e a desigualdade entre os gêneros, pontos nunca antes considerados pertinentes teologicamente, entre as práticas vigentes do Cristianismo, provocando questionamentos a respeito da ocultação das mulheres na construção do discurso teológico, a hierarquização social dos sexos, a apropriação masculina do sagrado, o controle das práticas, dos discursos, das crenças, das representações simbólicas por parte de um único sujeito – o masculino (2013, p.34).

Araújo, a partir dos escritos da teóloga Brunelli (2000), de Rohden (1996, 1997) e da releitura de Furlin (2011), apresenta as três fases da produção teológica das mulheres latino-americanas, que inclui o pensamento das teólogas brasileiras.

Segundo essas referências teóricas, a primeira fase da Teologia Feminista ocorreu na segunda metade da década de 1970, em um primeiro esforço de visibilizar a história e as ações das mulheres que marcaram a História Bíblica, ocultadas pelo discurso androcêntrico. Segundo Brunelli (2000, p. 212 *apud* Araújo, 2013, p.37) a intenção era

(...) Trazer para o interior da reflexão bíblica e teológica a situação das mulheres discriminadas e oprimidas, tanto na sociedade como nas igrejas cristãs, ressaltar a sua dignidade e seus direitos e buscar pistas para sua libertação.

Quanto à segunda fase, desenvolvida a partir da década de 80, denominada por Brunelli como “Teologia na ‘ótica da mulher’” e de “feminização dos conceitos teológicos” por

Rohden, foi marcada pela influência do processo de mobilização nas CEBs³⁶ e a incorporação da Teologia da Libertação, as quais propiciaram o protagonismo da mulher, como sujeito e objeto, na reflexão teológica institucionalizada (Araújo, 2013, p.37-38). Nesse momento, a tônica era uma releitura bíblica a fim de desconstruir a imagem negativa sobre as mulheres por conta do “pecado original” trazido pela tradição cristã.

Segundo Rohden:

(...) As teólogas passam a reler os textos bíblicos, tentando desconstruir os nós que prendem a mulher a uma imagem negativa, marcada pelo peso do pecado original, na tradição cristã. Apresentam Eva como parte da boa criação divina e não como a culpada pela queda da humanidade. Descobrem o papel das heroínas bíblicas, segundo a narrativa do Antigo Testamento, mulheres fortes que guiaram ou libertaram o seu povo. Reivindicam a ‘feminização’ dos conceitos teológicos, com a introdução de um princípio feminino na noção de Deus e da Santíssima Trindade. Valorizam o papel de Maria não como a virgem submissa, mas como a mulher que disse não ao pecado ou como a única ponte inquestionável entre Deus e os homens, entre o espírito e a carne. E, especialmente, focam a relação de Jesus e da comunidade cristã primitiva em termos igualitários. Demonstram como ele teria promovido uma posição digna e prioritária às mulheres, o que teria sido escamoteado no processo de institucionalização da Igreja, já nos primeiros séculos, resultando em uma ‘patriarcalização’ dos conceitos e da tradição e no afastamento das mulheres das posições de poder e do acesso ao sagrado (ROHDEN, 1996, p.97- 98; ROHDEN, 1997, p. 57-58 *apud* ARAÚJO, 2013, p. 38).

Na década de 90 ocorre a terceira fase da produção teológica das mulheres, denominada por Brunelli de “Teologia Feminista: a mediação de gênero na Teologia”, na qual é “*desmascarado a pretensão do ‘universalismo’ em um discurso no qual o masculino é o normativo*” (2000, p.215), e todo o sistema de relações baseado na ideia de patriarcalismo é duramente criticado.

Rohden (1997, p.62-72) menciona que as propostas feministas das teólogas católicas e das teólogas protestantes apresentam distinções importantes. Ao contrário da Igreja Católica em que a questão do sacerdócio feminino foi encerrada pelo Papa João Paulo II, para as diversas denominações protestantes a ordenação de mulheres é uma prática devido à maneira como se relaciona com a tradição bíblica.

Ainda segundo Rohden, foram as igrejas pentecostais as primeiras a concederem a ordenação a mulheres, “*(...) em 1922, o Exército da Salvação já atuava através de ministérios ordenados de homens e mulheres, e em 1958, a Igreja do Evangelho Quadrangular ordenava*

³⁶As Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) são comunidades ligadas principalmente à Igreja Católica que, incentivadas pelo Concílio Vaticano II (1962-1965) e pela Teologia da Libertação se espalharam principalmente nos anos 1970 e 80 no Brasil e na América Latina. Consistem em comunidades reunidas geralmente em função da proximidade territorial e de carências em comum, compostas principalmente por membros insatisfeitos das classes populares e despossuídos, vinculadas a uma igreja, cujo objetivo é a leitura bíblica em articulação com a vida, com a realidade política e social em que vivem e com as misérias cotidianas com que se deparam na matriz ordinária de suas vidas (ARAÚJO, 2013, p.37-38).

suas primeiras ministras” (1997, p.73), apesar de citar como uma exceção a ordenação da norte-americana AntonietteLouisa Brown (1825-1921), adepta congregacional, em 1853. No entanto, apesar de ser considerada a primeira mulher a ser ordenada e cursar Teologia em Oberlin, no estado do Kansas, sua trajetória no sacerdócio não durou mais do que um ano, voluntariamente se desligando do cargo, aparentemente resultado de divergências teológicas (apud ARAÚJO, 2013, p.40).

Uma curiosidade: a Igreja do Evangelho Quadrangular é a única grande denominação cristã fundada por uma mulher – Aimee Semple McPherson, em 1922. O nome da igreja, segundo Araújo (2013), deve-se a uma revelação à sua fundadora enquanto pregava cada um dos quatro evangelhos – Mateus, Marcos, Lucas e João que os associou às quatro qualidades de Cristo – Salvador, Batizador no Espírito Santo, Médico e Rei (2013, p.41).

Em relação às igrejas protestantes históricas é mencionado que, apesar das reivindicações pelo ordenamento de mulheres na década de 1930, segundo Araújo, apenas em 1971 a Igreja Metodista aprovou o ministério ordenado sem distinção de sexo, seguida pela Igreja Evangélica da Confissão Luterana do Brasil (IECLB), da Igreja Episcopal e da Igreja Presbiteriana Unida (2013, p.42).

Segundo Machado (2005) a consagração de mulheres ao sacerdócio envolvendo o pentecostalismo, em seu artigo *Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais*, está associada fortemente ao laço matrimonial, uma vez que a maioria das pastoras é casada com homens que ocupam cargos hierárquicos iguais ou superiores em suas denominações, revelando a importância dos vínculos domésticos e o papel decisivo dos homens no processo de ascensão das mulheres nas hierarquias religiosas (2005, p.391). Nessa categoria, a Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) é um exemplo de denominação que tem o laço matrimonial como requisito para consagrar uma mulher como pastora. É necessário que ela seja esposa de um bispo para que acesse o reconhecimento do ministério (ARAÚJO, 2013, p.41).

A esse respeito, é relevante mencionar as estratégias adotadas pelas igrejas na aceitação de mulheres nos espaços de poder, em suas denominações religiosas, como apontadas por Machado (2005). Segundo a autora, conceber o ministério como um compromisso do casal e adotar as pregações “de sermões em parcerias” reenquadra a participação das mulheres (p.391-392), porém, não altera seu status diante da comunidade como um todo, já que continua sendo uma espécie de coprodutora ou coparticipante da atividade pastoral (grifo meu). Como frisa Machado (2005), “(...) no caso do sacerdócio, verificou-se que, a despeito do crescimento do

número de sacerdotisas, a associação da ordenação feminina com o ministério do casal expressa uma continuidade com o ideário cristão” (p.394).

O exposto esclarece a narrativa do capelão luterano entrevistado, ao tratar da importância da atuação das mulheres no trabalho auxiliar da capelania. As visitadoras são definidas pelo ministro religioso como “*senhorinhas, donas de casa que possuem experiência de vida*”, já que a maioria tem idade acima de 40 anos. Dessa forma, o lugar ocupado por essas mulheres está associado à ideia de vocação e amor aos cuidados tipicamente relacionado ao gênero feminino, um argumento utilizado pelas pastorais religiosas.

Cabe lembrar que, das 75 pessoas capacitadas pela capelania para o trabalho de oferecer orações e suporte emocional no hospital, 67 são mulheres. A visitação diária fica a cargo de pequenos grupos, cujas rotinas são determinadas por 12 mulheres que atuam como líderes dos grupos de visitantes. É relevante também frisar que dentre essas mulheres, segundo o capelão, apenas 4 são católicas, revelando a agência das mulheres religiosas das confissões evangélicas frente às atividades de amparo espiritual no hospital.

Diante das informações obtidas durante as entrevistas outros questionamentos sobre essas mulheres visitadoras surgiram. Exemplos são as indagações sobre a que se dedicam então as mulheres mais jovens em suas denominações religiosas, tendo em vista que a maioria daquelas que estão a serviço da capelania têm idades acima de 40 anos? Qual a motivação para que se dediquem ao trabalho voluntário de apoio espiritual no hospital? Será que elas obtêm nesse tipo de trabalho um espaço negado em suas denominações devido a suas idades? Essas interrogações exigem uma observação mais aprofundada, na qual tenha as mulheres visitadoras o objeto específico de investigação.

Essa perspectiva é debatida no artigo de Sandra Villalobos Nájera (2016)³⁷ – *Igualdade e Pastoral: a experiência das mulheres nos ministérios religiosos ordenados e consagrados no México*, que aborda a construção da igualdade como direito e as formas de participação das mulheres no campo religioso tanto pelas religiosas católicas consagradas como entre as pastoras de denominações batistas, luteranas, metodistas, presbiterianas e ecumênicas, a partir de suas carreiras pastorais. Porém, a diferença apresentada pelos dogmas

³⁷Nájera, Sandra Villalobos. Igualdade e pastoral: a experiência das mulheres nos ministérios religiosos ordenados e consagrados no México. Universidade Nacional Autónoma do México, México. *Revista interdisciplinar de estudos de gênero do El Colegio de México*, vol.2, n. 4, 2016.

para o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas mulheres religiosas se configura como um grande debate que merece ser explorado de maneira mais contundente e aprofundado, em momento mais propício.

Ainda a respeito dos visitantes, os capelães esclarecem que os interessados em prestar auxílio aos doentes devem ser capacitados pela própria capelania quanto às boas práticas de higiene e normas de conduta, como por exemplo, assepsia obrigatória das mãos, não tocar nos doentes, uso adequado do tom de voz, discrição quanto à situação do doente, e outras sugestões de comportamento. O capelão titular explica:

Antes, em primeiro lugar o capelão tem que ter o curso de capelão registrado no Conselho de Capelania do RJ. Nós fazemos (referindo-se à capacitação para os visitantes) uma vez em março e uma em novembro. O ano passado não foi feito por causa da pandemia, esse ano também provavelmente não, treinamentos para os visitantes.

O capelão também cita a dificuldade encontrada pela capelania para atuar de modo satisfatório no espaço destinado a ela em 2017. Reduzido a uma sala de 2m x 1m, mobiliada somente por uma mesa de madeira, um arquivo de inox e 4 cadeiras que não permitia a realização de cultos diários aos enfermos e funcionários do hospital nem que fosse um espaço “de oração” ou “um local para sentar e falar com o Pai”. O capelão verbaliza também que chegaram a ficar sem aquela sala “porque o hospital precisou do espaço”. Nesse ínterim, os capelães ocupavam cadeiras no hall no setor de Maternidade à disposição para orações e conselhos; e a fim de não interromperem a coleta de pedidos de orações dos enfermos, seus familiares e funcionários, utilizaram uma “caixa de orações”, diariamente recolhida e atendida pelos capelães fora do espaço do hospital.

No entanto, após vários meses sem um espaço específico para realizar suas atividades diárias, a capelania em maio de 2021 recebe uma nova sala melhor estruturada: cerca de 4m² com mobília nova, aparelho de ar condicionado, bebedouro, 4 cadeiras tipo longarina, e uma mesa arrumada com café, leite e bolo destinado também aos que procuram os capelães. Alguns utensílios foram, segundo o capelão, doados por adeptos de suas igrejas para tornar o espaço mais acolhedor.

O único símbolo religioso presente na capelania é um quadro grande, de madeira, com uma cruz simples, sem o Cristo crucificado. Uma maneira direta de demonstrar que ali é um espaço de fé; e de acordo com o capelão metodista “*sem identificar qualquer confissão religiosa*”, mas que nos remete ao debate travado entre católicos e evangélicos sobre o

simbolismo da cruz. A suposta neutralidade religiosa acionada pelo capelão nos remete: primeiro, a uma conclusão imediata: que a ideia de ecumenismo está apoiada na premissa de uma população hegemonicamente cristã e católica; segundo, a um questionamento: qual a posição do padre capelão quanto ao ornamento ter ausente a figura de Cristo; e terceiro, que a aceitação sem questionamentos aparentes quanto à utilização da imagem da cruz difere da situação apresentada por Giumbelli (2013), em *O que é um ambiente laico: Espaços (inter) religiosos em instituições públicas?*. Nesse artigo autor discute a polêmica sobre como a utilização de símbolos religiosos em espaços públicos pode acionar diferentes formas de entendimento e configurações em torno da noção de laicidade.

No entanto, esta pesquisa foca a discussão a respeito do simbolismo da cruz concentrada em dois pontos de vista: a dos representantes do catolicismo com a percepção de que a ausência do Cristo na cruz representa um esvaziamento do sentido do próprio Cristo em sua morte redentora, e a dos evangélicos percebendo essa mesma cruz – sem Cristo – como uma obediência ao princípio bíblico de não adorar imagens, como estão especificados nas abordagens abaixo.

Duas das propostas de leitura sobre essa questão são os debates trazidos tanto pela Teologia da Cruz - mais especificamente da teologia luterana estabelecida a partir do século XVI - como a discussão sobre a dimensão simbólica da cruz na cultura cristã como um signo dominante em seu significado tratada por Borges (2019); Barbosa (2016); Munhoz (2015) e Cipriani (2013), as quais são apresentadas a seguir.

Cabe ressaltar que o período em que a capelania hospitalar esteve sem espaço para a realização de suas atividades coincidiu com o início da pandemia mundial pelo Coronavírus-19, o que alterou profunda e definitivamente a rotina dos indivíduos.

Ainda que demonstrado insistentemente nesta pesquisa o papel da religião na condução e/ou auxílio dos cuidados terapêuticos, a grave crise sanitária causada pela Covid-19 exigiu uma remodelagem na postura do campo religioso, sobretudo em sua práxis, a fim de não suspenderem suas atividades de suporte espiritual. Foi necessário que as diversas confissões religiosas repensassem, a partir da sua fé, as maneiras de atender à necessidade espiritual de seus fiéis e se organizarem para prestar socorro aos mais vulneráveis neste contexto: os doentes.

O artigo *COVID-19: olhares religiosos sobre a realidade pandêmica*, de José Brissos-Lino (2020), compreende como os diferentes campos religiosos – Cristianismo; Espiritismo Kardecista; Religiões de matriz africana e Islamismo, posicionaram suas narrativas religiosas e doutrinárias em função da pandemia. Menciona que embora alguns campos religiosos insistam

em fazer uma leitura escatológica da pandemia, de forma marcadamente doutrinária associando o momento sanitário à ideia de punição divina, a exemplo da mentalidade cristã medieval, o autor afirma que esse não é o sentido predominante entre as confissões religiosas.

Ele destaca o Dia Mundial de Oração – 14 de maio de 2020 em Roma, quando católicos e muçulmanos organizaram um evento inter-religioso para orarem em prol do fim da pandemia do coronavírus no mundo. O encontro ecumênico foi uma iniciativa do Alto Comitê para a Fraternidade Humana, após o Papa Francisco realizar a primeira visita à Península Arábica ao encontrar o líder muçulmano Ahmed al-Tayeb, em 2009.

O autor cita o comitê:

A mensagem ‘Rezar pela humanidade’ é dirigida aos ‘irmãos que acreditam em Deus criador e aos irmãos em humanidade onde quer que estejam’, sublinha o Comitê.

‘O Alto Comitê para a Fraternidade Humana convocou para hoje um dia de oração, jejum para pedir a Deus misericórdia e piedade neste momento trágico da pandemia’, começou por lembrar o Francisco, para depois invocar São Francisco de Assis: ‘Todos somos irmãos e, por isto, homens e mulheres de todas as confissões religiosas hoje nos unimos na oração e na penitência para pedir a graça da cura desta pandemia’. Na homilia, o Papa lembrou que existem outras pandemias que causam milhões de mortos, como a ‘pandemia da fome, a pandemia da guerra e das crianças que não tem acesso à instrução’, convidando a que se peça a ‘Deus que abençoe e tenha piedade de nós’.

Na informação divulgada pelo site online *Vatican News*, o organismo adianta que a intenção de oração pede a Deus que ‘liberte o mundo das consequências sanitárias, econômicas e humanitárias da propagação desse contágio grave’ do novo coronavírus (BRISSOS-LINO, p.109, 2020).

O estudo de Brissos-Lino aborda como as confissões religiosas encontraram nos meios telemáticos³⁸ (tecnologia que permite a comunicação à distância por meio de redes de telecomunicações) uma forma de manter contato com os fiéis e continuar a prestação de apoio espiritual e aconselhamento, retratando a maneira com que a capelania hospitalar, foco da pesquisa, passou a atuar durante a pandemia.

O trabalho da capelania no hospital, especialmente as visitas aos doentes, foi suspenso até maio de 2021. Nesse ínterim, o apoio espiritual aos doentes, suas famílias ou funcionários, se deu através de grupos de mensagem no *WhatsApp*, realização de *lives* em ambientes como Facebook e Instagram, gravação de vídeos curtos com mensagens pastorais, orações e textos de reflexão bíblica. Esse contato midiático ficou a cargo do capelão titular, o único inclusive a continuar frequentando o hospital durante a suspensão das atividades. Relata que tomava todas as precauções sanitárias necessárias, mas que não “*tinha medo do vírus*”.

³⁸<https://maplink.global/blog/o-que-e-telematica/> acesso em 26/06/21

No entanto, à medida que a imunização contra o coronavírus se estende aos capelães e visitantes, as atividades da capelania retornam no hospital. Até o momento da finalização dessa pesquisa, apenas os visitantes mais jovens e vacinados com a segunda dose dos imunizantes estão oferecendo o suporte espiritual, e ainda assim, seguindo seriamente as orientações epidemiológicas impostas de áreas não seguras, como por exemplo, obviamente, aquelas destinadas aos pacientes contaminados por COVID-19.

4.2 O credo e a cruz

O fato de a capelania hospitalar em questão exibir uma cruz de madeira como único ornamento no espaço estimulou o interesse em investigar sobre os significados construídos a respeito daquela imagem, e por quais caminhos ela nos remete à dimensão religiosa.

De acordo com os autores citados abaixo, a cruz, desde sua construção como símbolo de fé cristã, é possivelmente um dos maiores signos de representação da busca da transcendência. Sua imagem pode remeter às ideias de punição, sacrifício e redenção a partir da crucificação de Cristo, tendo a *via-crucis* como o momento que representa uma metáfora da trajetória de um indivíduo cristão ao encontro do sagrado.

Barbosa (2016) em *Teologia da Cruz: um olhar humano sobre o Deus crucificado*, realça o aspecto contraditório da cruz devido às suas dimensões de aceitação e negação; reconhecimento da justiça e o insulto; o bem e o mal, citando o evangelista Lucas (23,35)³⁹: “*E o povo estava olhando. E os príncipes também zombavam dele, dizendo: Aos outros salvou salve-se a si mesmo, se este é o Cristo, o escolhido de Deus*”. Dessa forma, o autor frisa que a contradição está presente no momento da própria crucificação, quando Jesus é colocado entre dois malfeitores; um deles insultava Jesus, o outro, porém, a ele manifestava sua misericórdia (2016, p.362).

Apesar de preencher fortemente o pensamento religioso, a cruz encontra tanto como significado quanto como significante uma oposição entre católicos e protestantes, como aborda o artigo de Marcos Martinez Munhoz – *A cruz como imagem. O imaginário que permeia o homem na formação da consciência nos fatos sígnicos* (2015). Mas, antes de iniciar esse debate é importante abordarmos como a ressignificação do sentido da cruz realizada por Lutero, no século XVI, esclarece essa oposição.

³⁹<https://www.bibliaonline.com.br/acf/lc/23/35> acesso em 24/06/21.

A dissertação de Carvalho (2018) – *A Teologia da cruz segundo Lutero*, trata de como o teólogo protestante, fortemente influenciado pelas cartas paulinas, estabelece um novo paradigma ao redor da dimensão da cruz em contraponto a uma teologia que predominava em sua época - uma teologia doutrinária baseada na ideia de alcance da glória. No entendimento de Lutero, é na contemplação do Cristo crucificado que se obtém a verdadeira percepção do sacrifício e sofrimento de Jesus, demonstrando ao indivíduo sua parcela de coparticipação nesse sofrimento. Essa contemplação permite ao indivíduo agir conforme uma teologia prática da vida cristã; uma maneira de contribuição individual, moldada segundo a vida e a morte de Cristo que lhe favorece a humildade, a fé e o amor ao próximo (2018, p.4-5), direcionando-se para a conquista da devoção.

Menciona que Lutero:

Leva a sério as palavras: ‘Se alguém quer vir após mim, a si mesmo se negue, tome a sua cruz e siga-me’ (Mt 16.24) mas não quer interpretá-las na direção de um ascetismo radical ou de uma experiência mística. As pessoas cristãs igualam-se a seu Mestre em tudo, inclusive no sofrimento (RIETH, 2003, p.9 *apud* CARVALHO, 2018, p.4).

Dessa forma, a imagem da cruz adquire uma nova configuração de sentido diverso daquele destacado pelo cristianismo católico, que a percebe como uma imagem de adoração, uma história recontada sobre a *via-crucis* e a redenção do ser humano. As confissões protestantes, por sua vez, não utilizam Cristo no centro da cruz sob a alegação teológica da ressurreição, portanto, “*ele não está mais na cruz*” (grifo meu). A citação de Deuterônomo (27,15)⁴⁰ é um dos argumentos bíblicos utilizados pela maioria dos que rejeitam a imagem de Cristo crucificado: “*Maldita a pessoa que esculpir uma imagem ou fizer um ídolo de material fundido, obra de artesãos, mas abominável ao SENHOR, e ainda tentar adorá-la em segredo! E todo o povo sem assembleia responderá: Amém, é verdade, assim seja!*”.

De qualquer forma, conforme citado por Munhoz (2015), a despeito do debate que envolve as diferentes confissões religiosas:

A cruz cristã é um objeto sagrado que representa uma autoridade temporal, carregada de valores simbólicos que remetem ao sentimento punitivo religioso de um passado glorioso de grandes realizações e fatos, possibilitando o imaginário presente no pensamento que fundamentam uma glória e ao mesmo tempo uma culpa existencial do homem para o símbolo de retorno ao modelo ideal como forma máxima simbólica e consciente para o homem. (...) Quando força: explica a moral. Quando forma: explica a ética (2015, p. 4).

⁴⁰<https://bibliaportugues.com/deuteronomy/27-15.htm>

É nessa dualidade moral/ética que reside outra polêmica contemporânea a respeito da utilização e exibição da imagem da cruz, especificamente a do Cristo crucificado, em ambientes públicos. Sendo imagético seu apelo, a cruz é associada à cultura católica cristã de imediato, e encontra entre os protestantes um espaço de disputa pela narrativa sagrada de seu significado; e esse embate - entre católicos e protestantes - tem como argumento central os aspectos cultural e de tradição da hegemonia religiosa no país, ambos para garantir o reconhecimento de suas concepções.

O artigo de Cipriani (2013) - *A presença de símbolos religiosos em tribunais: ampla defesa e contraditórios* – aborda as diferentes manifestações expressas nas mídias – blogs, colunas, depoimentos, pareceres e entrevistas tanto pelos que defendem como pelos os que rejeitam essa imbricação cultura/tradição e a utilização de crucifixos em espaços públicos.

O autor cita opiniões que acionam diferentes eixos: os que defenderem a permanência dos crucifixos apelam para uma suposta religiosidade nacional como característica de sua “identidade social”, como parte da cultura que contém uma síntese de códigos e costumes presentes na sociedade, uma vez que o censo aponta a taxa absolutamente hegemônica de católicos. Por esse ponto de vista, há uma defesa de que símbolos religiosos cristãos configurariam uma prerrogativa sobre os outros cultos (2013, p. 10).

Nesse sentido, o estudo expõe a premissa defendida pelo professor de Ciências Jurídicas e Sociais Wandert Di Lorenzo:

(...) O Estado é laico, a sociedade não. Não há e jamais houve na história uma sociedade laica. A tentativa de laicizar a sociedade, via de regra, parte de minorias inconformadas com o modo de vida e o *ethos* da comunidade onde vivem (2013, p.8).

Por outro lado, os que desejam a retirada dos símbolos alicerçam-se frequentemente em aparatos legais, jurídicos como sustentação de seus argumentos. Segundo Cipriani “é feita a elucidação da lei e da Constituição, buscando situar o ambiente dos tribunais no espaço que concerne ao Estado, em vez de à nação. Não se procuraria assim, reprimir a manifestação de fé social ou a liberdade religiosa – em contrário, se buscaria garantir tais direitos de forma plural e completa, o que apenas seria possível respeitando-se o princípio da laicidade e excluindo signos próprios a cultos específicos de espaços públicos (p.13). Dessa forma, conclui o autor que ambos os grupos acionam argumentos parecidos como a liberdade religiosa e a laicização

da nação, porém a partir de diferentes interpretações, imbricando conceitos como Estado e a Nação, a lei e a cultura, tolerância e o autoritarismo (p.17).

A esse respeito, em consonância com o principal argumento utilizado, o padre capelão externa sua opinião: “... o Estado é laico, mas não é laicista. (...) o Estado é laico porque não pode se identificar com nenhuma expressão religiosa, porém deve por lei assegurar todas as manifestações sociais, religiosas que são contidas nesse Estado”. Tal narrativa demonstra como a disputa pelo espaço público mantém-se, até o momento ao redor de duas vertentes religiosas cristãs historicamente bem marcantes, ignorando a presença de outras confissões religiosas.

Segundo Borges (2019), o debate sobre a exposição ostensiva de crucifixos foi incentivado pela decisão do governo federal através do Decreto nº 7.037, em dezembro de 2009, incluído na publicação do 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) no qual constava a proposta de impedir a permanência de símbolos religiosos afixados em recintos públicos da União⁴¹. A iniciativa do decreto visava regular a exposição do crucifixo ou de qualquer outro símbolo religioso em locais de poder público como as salas plenárias de tribunais e parlamentos, já que não há nenhum dispositivo legal que a determine ou impeça.

Para o autor de *A cruz da questão: o uso de argumentos laicos na permanência de símbolos católicos em locais públicos brasileiros*, o decreto que, na prática, significava que o Superior Tribunal de Justiça, o Supremo Tribunal Federal, o Senado Federal e a Câmara Federal deveriam retirar os crucifixos que ornamentam suas dependências principais, ocasionou uma reação imediata dos bispos da Igreja Católica.

Os membros do Bispado declararam-se fortemente contrários ao PNDH-3 e permaneceram durante o ano de 2010 emitindo diversas objeções reiteradamente. O arcebispo do Rio de Janeiro Dom Orani João Tempesta, em artigo escrito logo no início de 2010, define a iniciativa do governo federal como um “plano de intolerância”:

Entre tantos acontecimentos intolerantes em todos os cantos do mundo, um deles foi simbólico: no início deste milênio, em março de 2001, foi destruída uma das maiores estátuas de Buda em pé já esculpidas pelo homem. Ficava no vale do Bamiyan, a 240 km de Cabul, no Afeganistão, e era do século V da Era Cristã. Era também declarada como patrimônio da humanidade pela Unesco. (...) Não poderão com decretos retirar do coração do nosso povo suas raízes, suas devoções, sua cultura e seus sentimentos. (...) Em nosso atestado de batismo está uma missa celebrada no alvorecer do Brasil, Terra de Santa Cruz! (...) Trata-se, antes de tudo, de uma questão de preservação da memória de nossa história e das raízes culturais da nossa identidade brasileira. (...) Além de sua história profundamente ligada à fé cristã e católica, o povo brasileiro, em

⁴¹ Diretriz 10; objetivo estratégico VI; ação programática “c” do decreto número 7.037, de 21 de dezembro de 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm

sua grande maioria, professa a fé que recebeu dos seus antepassados e se identifica com os símbolos que a expressam (Tempesta, 2010 *apud* BORGES, p. 98, 2019).

A despeito dos debates que envolvem a utilização ou não da cruz em espaços laicos, é em sua simbologia que a fé cristã reconhece a dimensão humana e a divina do Deus crucificado. Barbosa (2016) menciona que

É no sofrimento do Deus crucificado, que muitos dos sofredores encontram com o Deus do abandono na cruz. O dom de Deus parece tanto maior quanto mais pobre e fraco for o ser humano que o recebe. (...) É graças a esta mística que o Cristo vitimado, marginalizado, sofredor, moribundo, ocupa o centro da religião dos oprimidos e da piedade dos que buscavam a salvação (2016, p.362).

A condução à vida religiosa dos capelães entrevistados reside justamente nessa ideia de identificação pessoal do indivíduo com o divino, em que ambos compartilham da mesma dor e sofrimento, que os impelem para vivenciar de forma ativa – não resignada e passiva - esse sofrimento. Nesse sentido, a perspectiva weberiana de vocação nos permite compreender a decisão pelo compromisso religioso como um irrecusável pedido do sagrado, em que não há espaço para o livre arbítrio, mas para a obediência, de acordo com os relatos dos capelães abaixo mencionados.

4.3 *Sequela Christi*: O seguimento de Jesus Cristo

A conversa inicial com os capelães, sem um roteiro formal de perguntas, cujos relatos foram registrados em um bloco de notas (com autorização verbal dos entrevistados) se direcionou sobre a forma como se dava a escolha dos capelães para atuarem no hospital, suas denominações religiosas e a formação exigida para realizar o trabalho, além de registrar como era estabelecida a rotina do trabalho. Foi perguntado, ainda, suas impressões acerca do ambiente hospitalar, o intuito da realização de visitas aos doentes e a importância da oferta de orações. A compreensão deles sobre as dimensões de dor e iminência da morte, recorrentemente presenciada, também foi abordada.

A respeito da decisão de se tornarem capelães, as narrativas estão associadas à ideia de *sequela Christi*, expressão em latim que significa *seguir Cristo*, que a partir da Idade Média passou a denominar o compromisso com a vida religiosa, sobretudo àquela que envolvia a espiritualidade monástica cristã. Este termo é usado para mostrar o máximo compromisso

religioso e muitas vezes é associado a outra expressão: a da *Imitatio Christi*, que significa “a imitação de Cristo”, conhecida no âmbito da espiritualidade da Igreja.

Ambos os termos definem a decisão de seguir o modelo de vida oferecido por Cristo após receber o chamado divino mediante uma graça sobrenatural para exemplo de São Mateus (cf. Mt 9,9), viver em função de Jesus Cristo, transformando seus caminhos e pensamentos em seus próprios. A sequela implica em um caminho externo de gestos e decisões que expressam claramente um caminhar nas pegadas de Cristo, daí a importância que ganham as peregrinações. A *imitativo* exige também um esforço moral e místico para reproduzir na vida pessoal os passos de Cristo nos modelos de pobreza, castidade e obediência. A sequela encontra o seu ápice no gesto de abandonar tudo para responder ao apelo de Cristo: “*Vem e segue-me!*” (Lc 18:20). A imitação culmina em ter um relacionamento com o Pai semelhante ao que Jesus tinha.⁴²

A correspondência entre o ofício de capelão e a obediência a uma ordem divina também são acionadas. Dois dos capelães narram situações pessoais pelas quais passaram (acidente de moto e dificuldade financeira) para justificarem suas escolhas pelo trabalho na capelania, cujos entendimentos circulam na noção de terem sido escolhidos por Deus para uma missão.

Essa ideia de graça alcançada por meio sobrenatural foi relatada pelo capelão cuja decisão de seguir o protestantismo ocorreu após ter sofrido um acidente de moto aos 23 anos de idade “*por coincidência em frente a uma igreja metodista*”; e que, ao sair do coma que durou 1 ano e 8 meses, decidiu seguir a fé protestante ao invés de continuar no catolicismo. E emenda “*... eu entendi o que Deus queria de mim (...) entendi que Deus tinha um propósito na minha vida, por isso ele me salvou*”.

O capelão presbiteriano, que atuava no hospital em 2017, também narra suas razões. Dessa forma, acredita que seu propósito é retribuir o favor que prestaram à sua mãe, tornando-se capelão

(...)Quando eu tinha 8 ou 9 anos, eu vi meu pai falecer dentro de casa vítima de um enfarto. Minha mãe teve ajuda de um casal que a orientava em tudo. Como receber a pensão, como gastar, onde morar... Se não fosse por eles, minha mãe teria ficado perdida.

A relação entre a vida religiosa e ação terrena explicitada nas narrativas acima, de acordo com Weber (2004), pode ser resumida na citação

⁴²<https://www.arautos.org/secoes/arautos/atuacao/arautos-no-mundo/O-carisma-dos-Arautos-a-luz-da-Sequela-Christi-136681>

Pouco antes o Arcanjo Miguel dissera a Adão:
... Trabalha, faz,
Junta feitos a doutrina, junta fé,
Paciência, temperança, dom de si,
Junta amor, alma de tudo mais, o amor
Que um dia caridade chamarão.
E a contragosto assim não perderás
O paraíso em vão, que um paraíso
É o que farás com as mãos, e mais feliz.... (MILTON *apud* PIERUCCI, 2004, p.79-80).

Em *A Ética protestante e o espírito do capitalismo* (2004), Weber busca compreender como a apropriação e reelaboração do conceito de vocação pelo protestantismo, na transição do século XVI para o XVII, se apresentou como base motivacional do moderno sistema econômico capitalista.

Weber afirma que o termo vocação (originalmente *beruf*, em alemão e *calling*, em inglês) tinha uma conotação religiosa de chamado divino até que a Reforma Protestante a incorporou sob uma ética expressa no desígnio de Deus para o exercício de uma profissão, cujas ações deveriam se direcionar à esfera intramundana em contraponto direto à ascese monástica católica cujo maior imperativo era exatamente suplantar a esfera cotidiana “*como o único meio de viver que agrada a Deus*” (WEBER, 2004, p.72).

Dessa forma

...A conduta de vida monástica e encarada não só como evidentemente sem valor para a justificação perante Deus, mas também como produto de uma egoísta falta de amor que se esquiva aos deveres do mundo. Em contraste com isso, o trabalho profissional mundano aparece como expressão exterior do amor ao próximo... (2004, p.73).

A conexão entre a práxis de vida e o ponto de vida religioso estabelecido pelo protestantismo ficou mais evidente, segundo Weber, no calvinismo e outras vertentes protestantes. Para estes, o conceito de vocação profissional adquiriu o forte apelo de “*algo que o ser humano tem de aceitar como desígnio divino ou missão dada por Deus*”; portanto, exercer sua vocação equivale a atingir o ápice moral (2004, p.77).

No entanto, segundo Pierucci (2004), a abordagem weberiana também aponta, ainda que de forma lateral, a angústia humana frente aos aspectos como a dor, o sofrimento, a morte, a injustiça e a infelicidade; e o grande problema da teodiceia é tornar compatível essas dimensões humanas com a fé em um Deus infinitamente justo e bom (p.291).

Esse dilema é enfrentado, segundo Weber, pelo religioso calvinista que desprovido dos meios mágicos-sacramentais que intermedeie sua relação com Deus, é um indivíduo angustiado em dotar um sentido ao mundo, sofrendo de “*numa inaudita solidão interior*” (2004, p. 95-96).

Para compreender como os capelães tratam as ocasiões de dor e sofrimento presenciadas no hospital, essa pesquisa se apoia na teoria de Berger (1985), uma vez que esta supõe a significação das situações limite ou marginais a partir da ideia da religião como um dossel sagrado. Ao contrário do entendimento de Weber (2004), para Berger (1985) a teodiceia tem como uma das suas principais funções a de funcionar como uma proteção sagrada ao indivíduo diante da possibilidade de morte, seja ela real ou não (1985, p.36).

4.4 O enfrentamento à dor e à morte: “*Aceitar o passamento em paz*”

Ao abordar as situações-limite em contexto de dor com os capelães hospitalares, como configuradas por Peter Berger (1985) as experiências de sofrimento, doença e possibilidade de morte, a relação com o sagrado é afirmada. A esfera divina é acionada pelos capelães para justificar a inevitabilidade dessas situações com o intuito de expiar ou redimir o indivíduo de seus erros e pecados ou de ser uma maneira de intervir na conduta de terceiros.

Para o capelão metodista, a experiência da doença é uma “*oportunidade de o indivíduo arrepende-se* (referindo-se aos pecados) *e partir em paz*”; porém, o aparecimento da doença também é encarado como uma maneira encontrada por Deus para que as outras pessoas, ao redor do doente, “*aceitem Jesus*” ou reorganizem suas vidas. Exemplificando essa possibilidade, o capelão menciona que atendia regularmente com orações e aconselhamento uma adolescente que sofria com um câncer, cujos pais estavam separados há vários anos. Porém, diante da comoção gerada com o sofrimento da filha e da impossibilidade de cura, o casal reatou o casamento, o que para o capelão foi uma “*forma misteriosa do agir de Deus*” para reconstruir a união do casal.

O mesmo entendimento sobre a doença é verificado no discurso do capelão presbiteriano: “*a gente tem que ouvir o doente. Nesse momento de maior fragilidade é comum o ser humano questionar sua vida, seus erros, suas culpas...*”. Dessa forma colocada, a condição de adoecimento permite a reorganização subjetiva do indivíduo, como faz a perspectiva defendida nesta pesquisa: a de que a experiência do adoecimento se configura em um momento de liminaridade, que exige um reposicionamento o ser humano diante do mundo.

Além das orações ministradas nos leitos, os capelães mencionam outros sacramentos religiosos no hospital como os três batizados realizados em 2019. Sobre os rituais católicos, o padre capelão relata que é comum ser solicitado por familiares dos pacientes para realizar a “unção dos enfermos” ou a “extrema unção”, caso o paciente seja batizado. Porém, afirma que o sacramento da penitência é concedido a qualquer pessoa que assim o deseje.

No que diz respeito à relação estabelecida com o doente, o capelão presbiteriano verbaliza: “...*precisa entender que quando ouve o doente a gente passa ter uma relação de troca com ele*”. Nesse sentido, a narrativa remete a Veena Das (2011), quanto à tarefa de escutar e pensar a dor do outro em um processo de constantes negociações, uma vez que os lugares são postos em inevitável movimento.

Sobre a perspectiva da doença como “necessária” ao indivíduo, o capelão titular relata outro exemplo:

Uma vez fui visitar um doente e este pediu que eu intercedesse junto a Deus para que ele fosse curado logo porque precisava trabalhar. Perguntei para onde ele estava olhando. O doente falou para o teto. Então, eu disse 'pois é. Às vezes Deus age assim. Permitiu que você ficasse doente para olhar um pouco pro alto. O seu dia a dia é tão intenso que nem tem tempo para olhar pra Deus'.

O capelão emenda: “(...) *por isso, não pedimos pra que o doente seja curado. Ele tem que passar por aquilo*”.

Quando o assunto é ministrar orações aos doentes por parte da capelania, dois dos capelães tratam o assunto da mesma maneira. Ambos relatam que o suporte espiritual consiste em pedir que *seja feita a vontade de Deus*; cujo objetivo é orar com e para os doentes a partir da ideia de “sinergismo”⁴³, de acordo com as palavras do capelão luterano. O conceito usado por ele pode ser definido como uma noção do protestantismo e que defende a participação do indivíduo na obtenção da própria salvação e no alcance da graça divina, através do livre arbítrio, especificamente mais usada pelos metodistas.

O capelão metodista acrescenta que, ao orar pelos doentes, seu pedido sempre é no sentido de que “*a vontade de Deus seja suprema*”, já que compreende o indivíduo predestinado a provações, mas com a recompensa alcançada no pós-morte, ocasião em que existe “*o perdão dos pecados e o descanso eterno*”.

O entrevistado menciona que os integrantes da capelania não têm acesso aos prontuários dos pacientes nem detalhes sobre as condições de saúde, já que o objetivo do aconselhamento

⁴³<https://dicionario.priberam.org/sinergismo> acesso em 24/06/21

espiritual é “ajudar na recuperação da saúde com auxílio da oração”, mas que o “paciente precisa saber que, mesmo que não melhore, ele pode aceitar a finitude. Aceitar o passamento em paz”.

Outro elemento a apontar é o discurso cuidadoso do capelão presbiteriano, cuja narrativa destoa de outros. O entrevistado utiliza uma narrativa bem estruturada, com fortes referências filosóficas e literárias; autodenomina-se heideggeriano quando o assunto é a morte: “o homem caminha todo dia para a morte. A finitude causa angústia, mas tem que aprender a lidar com isso. O importante é o autoconhecimento nesse momento”. O capelão cita Freud, Lacan e o psicodrama ao tratar da questão da alteridade; e declama um poema de Jacob Levy Moreno⁴⁴ para representar a relação do capelão com o doente:

CONVITE AO ENCONTRO

Encontro de dois.
Olho no olho.
Cara a cara.
E quando estiveres perto
eu arrancarei
os seus olhos
e os colocarei no lugar dos meus.
E tu arrancará
os meus olhos
e os colocará no lugar dos teus.
Então, eu te olharei com teus olhos
e tu me olharás com os meus

⁴⁴Jacob Levy Moreno (1889-1974), o criador do Psicodrama

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tantas chaves analíticas e possibilidades teóricas de entendimento oferecidas pela Antropologia e outras Ciências Sociais para a compreensão do indivíduo, seu corpo e suas ambiguidades, a pretensão de enfatizar as situações-limite em ambiente hospitalar tornou-se ainda mais desafiadora para esta pesquisa.

Os diversos sujeitos envolvidos em um mesmo processo – o doente, o capelão, o hospital e suas especificidades sociais e discursivas de significação, proporcionam um promissor campo de investigação - no qual me inseri observando apenas uma ínfima parcela de seu significado - especialmente quando se trata de entender “o sentido” das manifestações de sentimentos em experiências de sofrimento que os códigos culturais sancionam, como acentua Marcel Mauss (1979). O intuito das Ciências Sociais é captar as singularidades, os sentidos subjetivos das ações humanas não ignorando a dimensão coletiva que as influenciam.

O primeiro objetivo da pesquisa foi demonstrar, a partir das abordagens apresentadas, que conceitos como saúde, doença, dor e morte à primeira vista tidos como de fácil definição encontram amplas e controversas significações quando sob a ótica das Ciências Sociais, e o quanto torna-se instigante observá-los através da premissa da ambiguidade debatida a partir do par indivíduo/coletividade demonstrada por Mauss (1979; 2003a, 2003b), Koury (1999) e Augé (1984). Quanto à morte, este fenômeno adquiriu diversas significações ao longo da história (Ariés-2003; Rodrigues-2006; Martins-1983); de que maneira esteve presente em uma estreita relação com a religião (Durkheim-1996; 1999, 2007) e, através da perspectiva de Berger (1985), como o sentimento religioso permite ao indivíduo construir um significado para as circunstâncias de enfrentamento às situações-limite ou marginais.

A partir do pressuposto de que as experiências de dor e sofrimento acarretam uma vivência individual e um processo de liminaridade, no qual sua subjetividade encontra-se em diálogo constante com a coletividade, a proposta foi compreender, sob enfoque antropológico, como ocorre esse processo de interpretação e releitura biográfica realizado pelo indivíduo que enfrenta o adoecimento, no ambiente hospitalar a partir da perspectiva da Antropologia das Emoções.

No que diz respeito à capelania hospitalar, foco principal dessa pesquisa, trata-se de ampliar a compreensão sobre sua atuação, posicionando-a na noção de porosidade em espaços públicos identificada por Camurça *et al* (2020). A atuação de religiosos em um hospital coube sob medida na ideia defendida pelos autores de que o Estado brasileiro se esforça, até o presente

momento, dissimuladamente em manter religiões de forte presença histórica como o catolicismo e o protestantismo, em ambientes públicos, apesar de normativamente laicos.

Uma das estratégias identificadas para essa manutenção é o apelo cultural de representatividade de uma nação cristã e católica, de forma hegemônica, como foi exemplificado nas narrativas dos capelães entrevistados. A presença desses religiosos, em contextos de dor, reforça duas noções de forma bem instantânea: a de que a religião, e no caso dessa pesquisa – o conceito de espiritualidade, é acionado pelos capelães como uma suposta forma de neutralidade religiosa, isentando-os de priorizarem essa ou aquela denominação religiosa; e a de que a premissa da laicidade está, dessa forma, sendo cumprida *fielmente*, a despeito das polêmicas que a cercam.

No entanto, essa permeabilidade propicia a agência de outras confissões religiosas – candomblecistas, umbandistas e kardecistas, a despeito da resistência desse espaço. O desafio a partir das tentativas de ruptura com a hegemonia de capelães cristãos (protestantes e católicos), em espaços públicos, é captar como essas vertentes religiosas se livrarão dos pretextos alegados de representarem uma “minorias religiosa” ou dos preconceitos em relação às suas atividades, especialmente quando trata-se da relação com a saúde.

Outro aspecto que se destacou foi o papel destinado às mulheres na condução do apoio espiritual no hospital pesquisado, ocupando uma posição de secundarização quanto à sua agência, associando-o à ideia de vocação e amor aos cuidados tipicamente relacionado ao gênero feminino, um argumento bastante utilizado pelas pastorais religiosas. Essa alegação, ainda fortemente presente, no par religião/gênero feminino indica a necessidade de que novos estudos aprofundem as questões que a perpassam em contextos como o de hospitais, por exemplo; já que nesse ambiente convergem dimensões tríplices: saúde, religião e mulher, historicamente imbricados e interseccionais.

Dessa forma, observa-se que capelania hospitalar – enquanto exercício histórico da atividade pastoral cristã – seu surgimento, atuação, organização -, e as questões que a envolvem – estabelece um diálogo promissor e instigante com outros campos de saber científico, principalmente à luz da Antropologia. Entendemos que este trabalho pode servir de provocação para que outros estudos acadêmicos venham a ampliar as pesquisas dessa área, especialmente ao enfatizar como são compreendidas dimensões tão subjetivas como emoções e sua relação com o trabalho de apoio espiritual desenvolvido pelos capelães em um ambiente que insiste em ser “laico, mas não laicista”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, Lidiane Cordeiro Rafael de. **Religiões, Poder e Conflitos de Gênero: estudo sobre as missionárias da AIECB (Aliança das Igrejas Evangélicas Congregacionais do Brasil)**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. UFCG. Campina Grande, p.1-192, 2013.

ARIÉS, Phillipe. **História da morte no Ocidente**. Da Idade Média aos nossos dias. Ed. Ediouro. Rio de Janeiro, 2003.

AUGÉ, M. Ordem biológica, ordem social: a doença é a forma elementar do evento. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (Eds.). **O sentido do mal**. Antropologia, história, sociologia da doença. Paris: Éditions dês Archives Contemporaines, p. 35-91, 1984.

BARBOSA, Alex Durão. Teologia da Cruz: um olhar humano ao Deus Crucificado. **Anais do Congresso Estadual de Teologia**. São Leopoldo: EST, v.2, 2016.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, n. 11, pp 67-84, 2002.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. O território e o processo saúde-doença**, p. 51-86, 2007.

BAUTISTA, Mateo. **O que é pastoral da saúde**. Ed. Paulinas. São Paulo, 2000.

BENEDICT, Ruth. Configurações de cultura In Pierson, Donald (Org) **Estudos de Organização social**. Ed. Martins Fontes, p. 312-347, São Paulo, 1970.

BERTOLLI, C. Filho. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

BERGER, Peter. **O dossel sagrado**. São Paulo. Edições Paulinas, 1985.

_____. **Perspectivas sociológicas: uma visão humanística**. 23ªed. Petrópolis. Vozes, 1986.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis. Vozes, 2004.

BIRMAN, Patrícia. Cruzadas pela paz: práticas religiosas e projetos seculares relacionados à questão da violência no Rio de Janeiro. **Religião e Sociedade**, v. 32, n.1, p.209-226, 2012.

BOHANNAN, Paul. The impact of money on an African Subsistence: **The Journal of Economic History**, 19, nº 4, pp. 491-503, 1959.

BORGES, Guilherme. A cruz da questão: o uso de argumentos laicos na permanência de símbolos católicos em locais públicos brasileiros. **Revista USP**, Dossiê Religião e Modernidade, n.120, p. 95-108, jan/fev/mar. São Paulo. 2019.

BOURDIEU, Pierre. Gênese e estrutura do campo religioso. **Estudos de História e Sociedade**, vol. 27, nº 108, pp. 29-83, 2006.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. 5 ed. São Paulo. Ed. Perspectivas, 2007.

_____. **As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário**. São Paulo. Ed. Cia da Letras, 1996.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: AMADO, Janaína e FERREIRA, Marieta de Moraes. **Usos e abusos da história oral**. (8ª edição) Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 183-191.

BRASIL, Decreto nº7.073 de 21 de dezembro de 2009, PNDH3. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm

BRISSOS-LINO, José. COVID-19: olhares religiosos sobre a realidade pandêmica. **Caderno Teológico**. PUCPR. Curitiba, v. 5, n.2, p.99-111, jul-dez, 2020.

BRUNELLI, Delir. Teologia e Gênero. In: SUZIN, Luiz Carlos (org). **Sarça Ardente - Teologia na América Latina: Prospectivas**. São Paulo: Paulinas, 2000, pp.209-221

BURY, Michael. Doença crônica como ruptura biográfica em **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, 1982.

CAETANO, Ana. O léxico das crises biográficas in **Análise Social**, LIII (1º), nº226, p. 88-111, 2018.

CAMURÇA, Marcelo; SILVEIRA, Emerson José Sena da; JÚNIOR, Péricles Moraes de Andrade. Estado laico e dinâmicas religiosas no Brasil: tensões e dissonâncias. **Horizonte**. Belo Horizonte, v. 18, n.57, p. 975-1001, set/dez, 2020.

CARVALHO, Lucas Evangelista Lopes de. **A Teologia da Cruz segundo Lutero**. Trabalho de conclusão do Curso de Teologia. Centro Universitário de Maringá, Belo Horizonte, p.1-9, 2018.

CIPRIANI, Marcelli. A presença de símbolos religiosos em tribunais: ampla defesa e contraditório. **Revista Todavia**, UFRGS, Ano 4, n.6 e 7, jun, p. 6-20.

COELHO, Maria C.; REZENDE, Claudia B. (Org). Introdução.**Cultura e Sentimentos: ensaios em Antropologia das Emoções**. Ed. Contra Capa/FAPERJ. Rio de Janeiro, 2011, p.7-26.

CRIVELARI, U.N. **A importância do profissional “capelão”: força vital na consolidação do Exército Brasileiro**. 105 f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008.

CSORDAS, Thomas. Corpo/significado/cura. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 14, n. 30, p. 308-311, jul./dez. 2008.

DAS, Veena. **O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade**. Cadernos Pagu, v.37,jul-dez, p.9-41, 2011.

DUARTE, L.F. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P.C., MINAYO, M. (Org). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. Ed. Martins Fontes. 2ª ed. São Paulo, 1999.

_____. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 1996 (1912).

_____. **As regras do método sociológico**. Ed. Martins Fontes. São Paulo. 2007.

ELIAS, Norbert. **A Solidão dos Moribundos**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Ed. Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, Claudia. Lá onde, cara pálida? Pensando as glórias e os limites do campo etnográfico. **Revista Mundaú**, v.2, p.96-118, 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Ed. Graal. 4ª ed. Rio de Janeiro, 1984.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970/Michel Foucault; tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

FURLIN, Neiva. Teologia Feminista: uma voz que emerge nas margens do discurso teológico hegemônico. **Rever**. Ano 11, n.1, Jan-jun 2011, p.1439-164.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. A religião como sistema cultural. 1ª ed., IS reimpr, Rio de Janeiro. Ed. LTC, 2008.

GIUMBELLI, Emerson. A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil. **Religião e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 80-101, Rio de Janeiro, 2008.

GIUMBELLI, Emerson. O que é um ambiente laico? Espaços (inter) religiosos em instituições públicas. **Cultura y Religión**, v.7, n.2, jun-dez, p-37-42, 2013.

GIUMBELLI, E; TONIOL, R. Espiritualidade em perspectiva: debates e aproximações do tema pelas Ciências Sociais. **Horizonte**, v.18, n. 57, set/dez, p. 975-1001, Belo Horizonte, 2020.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Ed. Perspectiva. São Paulo, 1974.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. **O peregrino e os convertidos**. A religião em movimento. Ed. Vozes. Petrópolis, 2008.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(2): 383-394, 2004.

KOPYTOFF, Igor. A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo In Appadurai, Arjun (org) **A vida social das coisas**. Eduff, Niterói, 2008 (1986).

KOURY, Mauro G. A dor como objeto de pesquisa social. **Revista Ilha**, n. 0, pp. 73-83, Florianópolis, 1999.

LE BRETON, David. A síndrome de Frankenstein In **Políticas do corpo**. Ed. Estação Liberdade. São Paulo, 1995.

_____. **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Ed. Vozes. Petrópolis. RJ. 2011.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. Papirus Editora, 8ª ed. São Paulo, 2008.

LISBOA, TERESINHA Covas. Breve história dos hospitais. Da antiguidade à Idade contemporânea. **Encarte Especial da Revista Notícias Hospitalares**. Ed. 37, p.1-32, jun-jul, 2002.

MACHADO, Maria dos Dolres. Representações e relações de gênero nos grupos pentecostais. **Estudos Feministas**. Ed. 13(2), p.387-396, mai-ago, Florianópolis, 2005.

MACHADO, Maria das Dolres; MARIZ, Cecília. Mulheres e práticas religiosas nas classes populares: uma comparação entre as igrejas pentecostais, as Comunidades Eclesiais de Base e os grupos carismáticos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.12, n.34, p. 71-87, 1997.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999.

MARTINS, José de Souza (Org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. Ed. Hucitct. São Paulo, 1983.

MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In **Sociologia e Antropologia**. São Paulo. COSAC NAIFY. 2003a, p. 399-420.

_____. O efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade In **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: COSACNAIFY, 2003b, p. 345-365.

_____. A expressão obrigatória de sentimentos. In:(Org) Roberto Cardoso de Oliveira. **Marcel Mauss: antropologia**. Ed. Ática. São Paulo, 1979.

MENEZES, Rachel A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Tecnologia e “morte natural”: o morrer na contemporaneidade. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, 13(2), p.129-147, Rio de Janeiro, 2003.

MONTAGNER, M. A. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 9, nº17, p. 240-264, jan-jun, 2007.

MONTENEGRO, TH. **Tuberculose e Literatura: notas de pesquisa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: A casa do livro, 1971.

MONTERO, Paula. Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil. **Novos Estudos**, v. 74, p. 47-65, 2006.

MONTERO, Paula. Controvérsias religiosas e esfera pública: repensando as religiões como discurso. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.32, n.1, p. 167-183, 2012.

MOTA, Emília G. **Revista Calundu**. Diálogos sobre religiões de matrizes africanas: racismo religioso e história. UnB, vol. 2, n 1, p. 23-48, jan-jun, 2018.

MUNHOZ, Marcos Martinez. A cruz como imagem. O imaginário que permeia o homem na formação da consciência nos fatos sígnicos. **Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação**. XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Rio de Janeiro, p.1-11, julho, 2015.

ORO, Ari Pedro. Liberdade religiosa no Brasil as percepções dos atores sociais. Em ORO, Ari Pedro; STEIL, Carlos; CIPRIANI, Roberto; GIUMBELLI, Emerson (orgs). **A religião no espaço público: atores e objetos**. São Paulo: Terceiro Nome, p.181-193, 2012.

PERES, Fabio de Faria *et al.* A ‘sensibilidade’ de Simmel: notas e contribuições ao estudo das emoções. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**. 10 (28): 93-120, ISSN 1676-8965, abril de 2011.

PIERUCCI, Antônio Flavio. **A ética protestante e o ‘espírito’ do capitalismo / Max Weber**; tradução José Marcos Mariani de Macedo; revisão técnica, edição de texto, apresentação, glossário, correspondência vocabular e índice remissivo. São Paulo. Companhia das Letras, 2004.

RADCLIFFE BROWN, A.R. Os parentescos por brincadeira In **Estrutura e função na sociedade primitiva**. Ed. Vozes. Petrópolis, 1973

REIS, E.T.; BARREIRA, I.A.F. Alusões biográficas e trajetórias: entre esquemas analíticos e usos flexíveis. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, nº 86, p. 36-67, 2018.

ROHDEN, Fabíola. Catolicismo e Protestantismo: O feminismo como uma questão emergente. **Cadernos Pagu**(UNICAMP), Campinas, SP, Vol. 8/9, p.51-97, 1997.

_____, Fabíola. Feminismo do Sagrado: uma reencenação amorosa da diferença. **Estudos Feministas**, Florianópolis, Vol.4, n.1, p.96-117, 1996.

RODRIGUES, José Carlos. **O tabu da morte**. 2ª ed. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: Veredas**. Ed. Nova Aguillar. Rio de Janeiro, 1994.

SANCHIS, Pierre. No mapa das religiões, há lugar para a “religiosidade”? **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis. EDUFSC, n. 30, p. 11-26, out de 2001.

SCHÜTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos**. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1979.

SERRA, Ordep. A tenacidade do racismo. **Rev. Tempo e presença** – Racismo ambiental e Criminalidade: desafio à democracia. Ano 6 n 24 abril, p. 1-27 de 2011, http://www.koinonia.org.br/tpdigital/uploads/24_A_TENACIDADE_DORACISMO_ORDEP_Rev.pdf

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, jul-set, pp. 349-363, Rio de Janeiro, 1993.

SILVA, Alexsandro Coutinho da. **A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico**. Dissertação de Mestrado em Teologia. Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010.

SILVA, Marcos Nunes da. **Capelania hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV AIDS**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora: Aids e suas metáforas**. Cia do bolso. São Paulo, 1988.

_____. **Diante da dor do outro**. Ed. Cia da Letras. Rio de Janeiro. 2003

TONIOL, Rodrigo. O que faz a espiritualidade? **Religião e Sociedade**, v. 37, pp. 144-175, Rio de Janeiro, 2017.

_____. Atas do Espírito: A Organização Mundial de Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico II**, v. 4, pp. 267-299, UnB, Brasília, 2017

TURNER, Victor. **Floresta de símbolos. Aspectos do ritual Ndembu**. EdUFF. Niterói, 2005.

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem**. Ed. Vozes. Petrópolis, 2009.

VIEIRA, Walmir. **Capelania Escolar Batista: as práticas pastorais desenvolvidas pela capelania dos Colégios Batistas – um estudo de caso do sistema batista mineiro de educação**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2009.

WEBER, Max. **A Ética protestante e o espírito do capitalismo**. Edição de Antônio Flávio Pierucci. Cia das Letras: São Paulo, 2004.

ZAND, Sahar. **“O vovô está dormindo: o povo que vive com os parentes morto em casa”**, BBC News Brasil, 2017.

LISTA DE FONTES CONSULTADAS:

asbrac.com.br

arautos.org/secoes/arautos/atuacao/arautos-no-mundo/O-carisma-dos-Arautos-a-luz-da-Sequela-Christi-136681

bibliaportugues.com/deuteronomy/27-15.htm

bibliaonline.com.br/acf/lc/23/35

camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9982-14-julho-2000-360444-publicacaooriginal-1-pl.html

camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=177017

ciberduvidas.iscte-iul.pt consultado

cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/itaguai/pesquisa/23/22107_ano_2010

confecap.com.br

cursodeformacao.com.br

dicionario.priberam.org/sinergismo

educalingo.com

educamaisbrasil.com.br/cursos-e-faculdades/capelania/salario-de-capelao-carreira

extra.globo.com/noticias/extra-extra/rio-tem-primeira-turma-de-capelaes-afro-para-hospitais-presidios-23819545.html

igreja-batista-nikkey.webnode.com/

liliamsa.com.br/biografia/

maplink.global/blog/o-que-e-telematica/

[mundonegro.inf.br/igualdade-religiosa-organizacao-promove-cursos-de-celebrante-matrimonial-para-lideres-de-matrizes-africanas-pelo-brasil/de 19/07/19](http://mundonegro.inf.br/igualdade-religiosa-organizacao-promove-cursos-de-celebrante-matrimonial-para-lideres-de-matrizes-africanas-pelo-brasil/de-19/07/19)

ocbsindicato.com.br

ocupacoes.com.br/cbo-mte/263105-ministro-de-culto-religioso

palavraeteologia.blogspot.com

planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm

presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988#art-5--inc-VII

pt.m.wikipedia.org/wiki/Liliam

senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_5_.asp

udemy.com/course/celebrante-matrimonial