interações
ISSN: 1983-2478
DOI: 10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212d05
PUC Minas

RELIGIÃO VIVIDA E SAÚDE:
fundamentos teóricos de uma hipótese no contexto oncológico[1]

LIVED RELIGION AND HEALTH:
theoretical foundations of a hypothesis in oncology

RELIGIÓN VIVIDA Y SALUD:
fundamentos teóricos de una hipótesis en oncología

Fabiana de Faria*
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião
Poços de Caldas, MG, Brasil
E-mail: fabiana.defaria@hotmail.com
ORCID: 0009-0003-5491-350X

RESUMO
A presença da espiritualidade nas discussões sobre cuidado integral suscita questões acerca de como as experiências religiosas e espirituais são compreendidas em situações de adoecimento. O artigo tem como objetivo discutir possíveis contribuições das Ciências da Religião para o cuidado espiritual em saúde, por meio da abordagem da Religião Vivida, com atenção ao contexto oncológico. Trata-se de um estudo de natureza teórica, desenvolvido a partir do diálogo entre contribuições das Ciências da Religião e do campo da saúde. A reflexão articula corporeidade, materialidade, práticas cotidianas e narrativas à discussão sobre escuta espiritual, considerando os alcances e limites dos instrumentos estruturados de anamnese espiritual. Propõe-se que a Religião Vivida possa oferecer uma perspectiva interpretativa para investigar experiências cujos significados não se esgotam em crenças declaradas ou pertencimentos institucionais. Essa interlocução é apresentada como possibilidade de reflexão e investigação, sem antecipar resultados empíricos nem pressupor efeitos sobre a assistência.
Palavras-chave: Ciências da Religião; religião vivida; espiritualidade e saúde; cuidado espiritual; oncologia.

ABSTRACT
The inclusion of spirituality in discussions of whole-person care raises questions about how religious and spiritual experiences are understood in situations of illness. This article aims to discuss possible contributions of Religious Studies to spiritual care in healthcare through the approach of lived religion, with particular attention to oncology. It is a theoretical study developed through dialogue between Religious Studies and health scholarship. The discussion brings

[1] Trabalho desenvolvido sob a orientação do Prof. Dr. Flávio Augusto Senra Ribeiro, como parte da pesquisa de doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

[*] Mestra em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialização em MBA em Gestão Estratégica de Empresas e Negócios pela Faculdades Integradas Pitágoras e em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras. Graduação em Biologia pela Fundação Educacional de Machado. Doutorado em andamento em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

embodiment, materiality, everyday practices, and narratives into conversation with spiritual listening, considering the scope and limitations of structured spiritual history-taking tools. Lived religion is proposed as a possible interpretive perspective for investigating experiences whose meanings cannot be reduced to declared beliefs or institutional affiliations. This dialogue is presented as a possibility for further reflection and research, without anticipating empirical findings or assuming effects on care.
Keywords: *Religious Studies; lived religion; spirituality and health; spiritual care; oncology.*

RESUMEN
La incorporación de la espiritualidad a los debates sobre la atención integral plantea interrogantes acerca de cómo se comprenden las experiencias religiosas y espirituales en situaciones de enfermedad. El artículo tiene como objetivo discutir posibles contribuciones de las Ciencias de la Religión al cuidado espiritual en salud mediante el enfoque de la religión vivida, con especial atención al contexto oncológico. Se trata de un estudio de naturaleza teórica, desarrollado a partir del diálogo entre aportes de las Ciencias de la Religión y del campo de la salud. La reflexión relaciona corporeidad, materialidad, prácticas cotidianas y narrativas con la escucha espiritual, considerando los alcances y límites de los instrumentos estructurados de anamnesis espiritual. Se propone que la religión vivida pueda ofrecer una perspectiva interpretativa para investigar experiencias cuyos significados no se agotan en creencias declaradas o pertenencias institucionales. Esta interlocución se presenta como una posibilidad de reflexión e investigación, sin anticipar resultados empíricos ni presuponer efectos asistenciales.
Palabras clave: *Ciencias de la Religión; religión vivida; espiritualidad y salud; cuidado espiritual; oncología.*

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as relações entre religião, espiritualidade e saúde passaram a ocupar espaço expressivo na produção científica interdisciplinar, ampliando o debate sobre as dimensões clínicas, éticas e existenciais envolvidas no processo de adoecimento. Esse movimento contribuiu para o reconhecimento de que a experiência de adoecer não se reduz a alterações fisiopatológicas, abrangendo transformações biográficas, vínculos sociais e reorganizações nos modos de atribuição de sentido à existência. Nesse contexto, a espiritualidade passou a ser crescentemente incorporada a modelos de cuidado integral, embora sua conceituação, suas formas de manifestação e seus vínculos com a saúde demandem contínuo rigor conceitual e metodológico.

Ao examinar a produção epidemiológica sobre o tema, Koenig (2012) identifica correlações entre religiosidade, espiritualidade, estratégias de enfrentamento (*coping*[2]),

[2] O conceito de enfrentamento (*coping*) religioso/espiritual foi sistematizado originariamente pelo psicólogo Kenneth I. Pargament (1997) para designar as formas pelas quais os indivíduos mobilizam crenças, práticas e recursos religiosos e espirituais para lidar com eventos vitais estressores e situações de crise ou sofrimento, como o adoecimento crônico. O autor distingue duas modalidades analíticas: o *coping* positivo, que compreende estratégias associadas a sentimentos de conexão com o sagrado/transcendente, ressignificação benevolente da adversidade, busca de força espiritual, conforto e apoio comunitário; e o *coping* negativo, caracterizado por conflitos e tensões espirituais, sentimentos de culpa, abandono ou punição divina e

suporte social e determinados indicadores clínicos. Contudo, o autor adverte expressamente para a necessidade de distinguir correlação de causalidade: a interferência de determinantes comportamentais, socioeconômicos e comunitários impede atribuir efeitos clínicos exclusivamente à fé ou transpor dados estatísticos em recomendações religiosas normativas aos pacientes.

Ao contextualizar esse cenário no plano sociopolítico, Toniol (2017) demonstra que a presença da espiritualidade nas diretrizes institucionais contemporâneas de saúde não reflete apenas a redescoberta de uma dimensão esquecida, mas decorre de processos institucionais específicos de legitimação, secularização e produção de saber. A institucionalização da espiritualidade cria vocabulários e protocolos que orientam o acolhimento nas instituições de saúde, mas também suscita interrogações sobre como essas categorias são interpretadas e aplicadas na prática cotidiana dos serviços.

Frente a esse horizonte, a abordagem da Religião Vivida (Ammerman, 2014) oferece uma alternativa analítica consistente ao deslocar a atenção das crenças formais e dos índices de pertencimento institucional para as práticas ordinárias do cotidiano. Em vez de circunscrever a religião ao assentimento dogmático, essa perspectiva investiga como as pessoas mobilizam símbolos, narram suas trajetórias e articulam sentidos em situações concretas de vulnerabilidade e sofrimento.

Este artigo tem como objetivo discutir as contribuições teórico-metodológicas das Ciências da Religião, especificamente a partir da Religião Vivida, para a reflexão sobre o cuidado espiritual em oncologia. Trata-se de um ensaio teórico e argumentativo que coloca em diálogo a literatura sobre escuta clínica e a produção socioantropológica da religião, problematizando aspectos que escapam à avaliação estruturada sem desconsiderar os limites e a autonomia de cada campo profissional.

2 SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E ESCUTA QUALIFICADA

A hegemonia histórica do modelo biomédico privilegiou a dimensão biológica do adoecimento, alcançando êxitos diagnósticos e terapêuticos indiscutíveis, mas gerando lacunas na compreensão do sofrimento existencial e relacional. A crítica ao reducionismo organicista não nega a eficácia técnica da medicina, mas evidencia os limites de uma epistemologia que desconsidera a subjetividade e a história de vida de quem adoece.

descontentamento com a comunidade religiosa ou com o sagrado, frequentemente correlacionado a maior sofrimento psíquico e pior adaptação à enfermidade (Pargament, 1997; Pargament *et al.*, 1998).

O questionamento sistemático dessa matriz ganha impulso com George Engel (1977), cuja formulação do modelo biopsicossocial articulou fatores psicológicos e dinâmicas sociais à fisiopatologia. Décadas mais tarde, Sulmasy (2002) ampliou esse paradigma ao delinear o modelo biopsicossocioespiritual, reconhecendo a busca por significado, transcendência e conexão existencial como dimensões relevantes do cuidado, particularmente em situações de enfermidade grave e finitude.

No horizonte das práticas assistenciais, essa abertura epistemológica dialoga com a concepção de cuidado formulada por Ayres (2004, 2009), para quem o ato de cuidar transcende a mera intervenção técnica, estruturando-se como um encontro intersubjetivo e ético pautado em projetos de felicidade e sentido. Conforme assinalam Gomes e Bezerra (2020, p. 65), tal transformação integra o movimento de superação de um paradigma hospitalocêntrico em direção a um modelo integral, centrado na pessoa e na dignidade do cuidado.

Nos cuidados paliativos, essa perspectiva encontra concretude no conceito de dor total formulado por Cicely Saunders (2000), que integra as dimensões física, psicológica, social e espiritual do sofrimento. Sob essa ótica, a dor experimentada pelo paciente oncológico não se esgota no biológico, envolvendo angústias existenciais, rompimento de laços e crises de sentido que requerem uma escuta abrangente e interdisciplinar.

Nesse quadro, a espiritualidade passa a ser compreendida para além da vinculação religiosa dogmática. Puchalski *et al.* (2014, p. 646, tradução nossa) consolidam uma definição de consenso internacional ao descrevê-la como "[...] um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade por meio do qual as pessoas buscam significado último, propósito e transcendência, e experimentam relação consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, com a sociedade, com a natureza e com o significativo ou sagrado".[3]

Ao contextualizar esse processo no plano histórico e institucional, Toniol (2017) demonstra que a aproximação entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Mundial de Igrejas (CMI) consolidou a legitimidade da dimensão espiritual na saúde pública internacional. Marcos como a criação da Comissão Médica Cristã (1968) e a Resolução WHA37.13 de 1984 (OMS, 1984) evidenciam que essa inclusão resultou de negociações sociopolíticas deliberadas, e não de mera evolução espontânea da biomedicina.

Contudo, a consagração institucional nas diretrizes globais não garante a fluidez da abordagem na ponta dos serviços. Investigações empíricas no contexto brasileiro revelam lacunas substantivas: Esperandio (2014) identifica uma distância expressiva entre o

[3] No original: *"Spirituality is a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which persons seek ultimate meaning, purpose, and transcendence, and experience relationship to self, family, others, community, society, nature, and the significant or sacred"*.

reconhecimento da importância da espiritualidade e sua efetiva abordagem clínica, enquanto Salvador e Esperandio (2022) demonstram que a maioria dos profissionais de cuidados paliativos manifesta insegurança e carência de capacitação específica para lidar com as demandas espirituais dos pacientes.

Importa distinguir, portanto, o cuidado espiritual centrado na escuta qualificada de valores, sentidos e preocupações existenciais da assistência religiosa, restrita a ritos e tradições confessionais específicas demandadas voluntariamente pelo paciente. Essa diferenciação, sustentada por Puchalski *et al.* (2014) e Toniol (2017), resguarda a laicidade do espaço hospitalar e protege a autonomia do sujeito contra qualquer risco de proselitismo ou imposição confessional.

Esse enquadramento analítico reflete-se diretamente na utilização clínica de instrumentos de história espiritual, com destaque para o FICA (Puchalski, Romer, 2000) estruturado nos eixos Fé/Crenças, Importância, Comunidade e Abordagem no cuidado e o HOPE (Anandarajah, Hight, 2001) que investiga Fontes de esperança, Religião organizada, Práticas pessoais e Efeitos no tratamento. Embora valiosos para mapear recursos de suporte e orientar o plano terapêutico, esses instrumentos operam sob roteiros pré-definidos que nem sempre capturam a fluidez, as contradições e a espessura das práticas vividas fora dos gabinetes de atendimento.

3 RELIGIÃO VIVIDA, CORPO, MATERIALIDADE E COTIDIANO

A abordagem da Religião Vivida (Ammerman, 2014) opera uma inflexão epistemológica fundamental ao deslocar o foco investigativo dos cânones teológicos e das filiações nominais para as formas cotidianas pelas quais a religião acontece. Em vez de aferir a conformidade dos indivíduos a doutrinas preestabelecidas, esse enquadramento analítico interroga como os sujeitos tecem referências espirituais e negociam significados no interior de suas rotinas ordinárias, espaços de trabalho e redes de sociabilidade.

Essa flexibilidade dos repertórios cotidianos é minuciosamente examinada por Meredith McGuire (2008, p. 12, tradução nossa), ao enfatizar que "[...] ao nível do indivíduo, a religião não é fixa, unitária ou mesmo coerente. Deveríamos esperar que as práticas religiosas de todas as pessoas e as histórias com as quais elas dão sentido às suas vidas estejam sempre a mudar, a adaptar-se e a crescer".[4] As crenças e atitudes individuais

[4] No original: *"[...] at the individual level, religion is not fixed, unitary, or even coherent. We should expect that people's religious practices and the stories with which they make sense of their lives are always changing, adapting, and growing"*.

revelam-se dinâmicas e fluidas, ajustando-se aos momentos de crise e às transições biográficas sem obedecer a uma coerência lógica formal.

No horizonte da corporeidade, a matéria física assume estatuto epistemológico central. Já em trabalho precursor, McGuire (1990, p. 284, tradução nossa) advertia que "[...] o corpo 'vivido' é nosso veículo para perceber e interpretar nosso mundo",[5] contestando o dualismo cartesiano que cindiu o corpo biológico da mente ou da alma nas ciências humanas.

Em desenvolvimento posterior, McGuire (2007, p. 188, tradução nossa) consolida a noção de práticas incorporadas (*embodied practices*) para analisar aquelas atividades rituais e expressivas nas quais "[...] os sentidos e entendimentos espirituais são corporificados e encenados por meio do corpo [...]".[6] A experiência espiritual manifesta-se através de posturas, respirações, gestos de imposição de mãos, dores e percepções sensoriais, configurando uma religiosidade indissociável da carne.

Ao contextualizar essa perspectiva no cenário brasileiro, Castro (2026) aprofunda o debate ao demonstrar que a religião vivida ocorre na prática corporificada cotidiana. O corpo que adoece e sofre intervenções oncológicas é o mesmo corpo que reza, sente, resiste e expressa transcendência. Conforme salienta Orsi (2005), as práticas religiosas mobilizam redes de relações entre pessoas, divindades, santos e antepassados, operando através de laços afetivos e engajamentos corporais concretos que não se restringem a formulações intelectuais abstratas.

Intrinsecamente articulada ao corpo, a materialidade constitui outro vetor indispensável da Religião Vivida. Conforme apontam Morgan (2021), Meyer (2019) e Souza (2019), a experiência do sagrado é mediada pela cultura material e visual: terços, escapulários, santinhos, medalhas, óleos e fotos familiares atuam como âncoras tangíveis de memória, esperança e agência. Em ambientes hospitalares, a presença desses artefatos sob os travesseiros ou nas mesas de cabeceira materializa alianças protetivas e reconecta o paciente à sua teia cotidiana de relações.

A atenção ao cotidiano também problematiza a dicotomia rígida entre espaços sagrados e profanos. Conforme assinala Lemos (2026), as interfaces entre espiritualidade, religião popular e religião vivida revelam que os sujeitos constroem experiências de transcendência nas frestas da vida comum, ressignificando ambientes hospitalares e salas de infusão quimioterápica em lugares de acolhimento e partilha simbólica.

Esse enquadramento analítico ganha contornos específicos na realidade latino-

[5] No original: *"[...] the 'lived' body is our vehicle for perceiving and interpreting our world"*.
[6] No original: *"Thus I use the concept of 'embodied practices' to emphasize those ritual and expressive activities in which spiritual meanings and understandings are embodied and enacted through the body [...]"*.

americana. Morello (2026) demonstra que as práticas religiosas na região caracterizam-se por hibridismos, plasticidade e circulação contínua entre tradições institucionais distintas. Os sujeitos combinam livremente devoções católicas, evangélicas, espíritas e de matriz afro-brasileira para responder às agruras diárias da saúde e da sobrevivência, desafiando censos e classificações rígidas.

Para conferir rigor metodológico a esse campo aberto, Engler (2026) propõe uma abordagem politética e pragmática da Religião Vivida, sustentando que o fenômeno não deve ser delimitado por uma essência única, mas por uma teia de características que se combinam contextualmente. Essa postura exige rigor analítico: a identificação de um objeto ou gesto de esperança não autoriza presumir de antemão um significado sacramental ou confessional, cabendo ao pesquisador examinar como os próprios sujeitos significam suas práticas.

4 ADOECIMENTO ONCOLÓGICO E QUESTÕES PARA A PESQUISA

O diagnóstico de câncer desencadeia repercussões avassaladoras na vida do indivíduo, confrontando-o repentinamente com a vulnerabilidade, a dor e a iminência da morte. Longe de ser um evento puramente biológico, a enfermidade oncológica acarreta uma reconfiguração profunda das rotinas diárias, da autonomia corporal e das perspectivas de futuro.

Esse impacto é conceituado pelo sociólogo Michael Bury (1982, p. 169, tradução nossa) como ruptura biográfica (*biographical disruption*), caracterizada pela "[...] ruptura de pressupostos e comportamentos considerados evidentes".[7] O tratamento oncológico, cirurgias mutiladoras, quimioterapia, alopecia e fadiga extrema desorganizam as certezas tácitas sobre as quais repousava a vida do paciente, exigindo reconstruções narrativas complexas.

No campo da antropologia médica, Arthur Kleinman (1988, p. 49, tradução nossa) estabelece a clássica distinção entre *disease* (a patologia biomédica) e *illness* (a experiência subjetiva do adoecimento), definindo as narrativas do adoecimento como aquelas histórias que "[...] o paciente conta, e outras pessoas significativas recontam".[8] A narrativa atua como esforço interpretativo de conferir sentido a uma experiência caótica e fragmentada.

Aprofundando essa hermenêutica do sofrimento, Arthur Frank (1995, p. 166, tradução nossa) categoriza os testemunhos corporais em narrativas de restituição, caos e busca, assinalando a função ética do relato para "[...] recuperar as vozes que a doença e seus tratamentos frequentemente retiram".[9] Nem toda narrativa culmina em superação ou

[7] No original: *"[...] the disruption of taken-for-granted assumptions and behaviours"*.
[8] No original: *"[...] that the patient tells, and significant others retell"*.
[9] No original: *"[...] to reclaim voices that illness and its treatments often take away"*.

harmonia espiritual; a vivência do câncer comporta silêncios, revoltas, lutos antecipatórios e experiências desprovidas de qualquer significado consolador.

Ao contextualizar a relação entre adoecimento e sentido, o modelo de *coping* examinado por Crystal Park (2010, p. 257) diferencia os esforços interpretativos das resoluções alcançadas ("*meaning making efforts [...] meanings made*"). A tentativa de reelaborar crenças não resulta automaticamente em apaziguamento, podendo suscitar *coping* espiritual negativo, marcado por sentimentos de abandono divino ou punição cósmica.

A complexidade dessa abordagem é evidenciada por De Camargos *et al.* (2015), que investigam a percepção de mastologistas e oncologistas sobre a espiritualidade no tratamento do câncer. Os autores apontam divergências profundas quanto aos limites profissionais e revelam que, embora os médicos reconheçam o impacto da fé sobre o bem-estar das pacientes, hesitam em abordá-la clinicamente por falta de balizas formativas e receio de invasão de privacidade.

No terreno clínico da oncologia avançada, Alcorn *et al.* (2010) e Balboni *et al.* (2013) demonstram que as crenças religiosas e o suporte espiritual exercem impacto mensurável nas decisões sobre cuidados de fim de vida, influenciando a aceitação de medidas paliativas ou a insistência por intervenções invasivas fúteis. Esses dados comprovam que a dimensão espiritual não é um adorno periférico, mas uma força decisória concreta no desfecho do cuidado oncológico.

Esse enquadramento analítico permite investigar como as pacientes oncológicas articulam seus repertórios espirituais em espaços compartilhados de suporte, como os grupos de apoio. Em tais ambientes, a partilha de medos, a troca de objetos devocionais e a solidariedade mútua configuram práticas micropolíticas de acolhimento que escapam à formalidade das anamneses clínicas tradicionais.

5 CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS DA RELIGIÃO: POSSIBILIDADES E LIMITES

A aproximação das Ciências da Religião ao campo da saúde suscita debates epistemológicos decisivos quanto à especificidade de seu aporte. A intervenção acadêmica do cientista da religião não visa ministrar assistência confessional nem concorrer com a capelania hospitalar ou as equipes médicas, mas oferecer categorias hermenêuticas e instrumentos analíticos para compreender o fenômeno religioso em sua complexidade.

Nesse debate, Paul Clemens Cavallin (2021) sistematiza os tipos ideais da Ciência da Religião Aplicada e alerta para os perigos éticos da instrumentalização do saber, postulando

a indispensabilidade do agnosticismo metodológico. Tal princípio prescreve a suspensão de juízos de valor ontológicos sobre as crenças e proíbe a hierarquização teológica das tradições investigadas.

Ao contextualizar a institucionalização da disciplina no Brasil, Stern (2019, 2024) e Stern e Duarte (2025) analisam os desafios e as especificidades da Ciência da Religião Aplicada. Os autores sustentam que a transposição desses saberes para espaços extra-acadêmicos como hospitais e comitês de bioética exige rigor empírico, laicidade estrita e consciência clara dos limites de atuação profissional.

Esse enquadramento analítico dialoga diretamente com as reflexões de Costa (2022) e Oliveira, Silva e Souza (2025), que problematizam as condições metodológicas da pesquisa aplicada, advertindo contra a subordinação do pesquisador às demandas prescritivas das instituições contratantes. A tarefa da Ciência da Religião reside em estranhar os consensos estabelecidos e dar visibilidade às experiências que as ferramentas padronizadas de gestão da saúde silenciam.

Conforme ressalta Pacheco (2022), ao examinar a interface entre cientistas da religião, medicina e saúde mental, o cientista da religião atua como mediador cultural e crítico epistemológico, auxiliando as equipes multidisciplinares a reconhecer as matrizes simbólicas dos usuários sem incorrer em preconceitos secularistas ou idealizações teológicas.

No âmbito da pesquisa doutoral que fundamenta este ensaio, essa perspectiva orientará a análise das narrativas e práticas materiais de pacientes oncológicas em um grupo de apoio. A hipótese central investiga se o instrumental da Religião Vivida amplia a compreensão das expressões de fé e espiritualidade para além dos diagnósticos de *coping* ou das respostas aos questionários FICA e HOPE, enriquecendo o conhecimento teórico sem invadir o território das condutas clínicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso argumentativo deste ensaio evidenciou que reconhecer a legitimidade da espiritualidade no cuidado integral à saúde não equivale a esgotar a riqueza das experiências religiosas cotidianas. Os modelos biopsicossocioespirituais e as ferramentas clínicas de anamnese cumprem função indispensável na rotina dos serviços, mas operam com finalidades diagnósticas e assistenciais distintas do projeto analítico das Ciências da Religião.

A abordagem da Religião Vivida oferece um fecundo instrumental interpretativo ao resgatar a centralidade das práticas incorporadas, das materialidades devocionais e das

narrativas forjadas no curso do sofrimento oncológico. Ao contemplar o que os sujeitos efetivamente fazem e sentem em suas vidas concretas, essa perspectiva permite iluminar saberes tácitos, ambivalências e resistências que desafiam classificações institucionais rígidas.

Ao contextualizar essa responsabilidade ética e epistemológica, reafirma-se que a escuta qualificada não deve presumir virtudes terapêuticas automáticas na religiosidade, nem converter toda dor existencial em demanda metafísica. A contribuição das Ciências da Religião para o contexto oncológico reside precisamente em cultivar uma escuta laica, rigorosa e sensível à pluralidade humana, abrindo caminhos para que a pesquisa empírica aprofunde o diálogo entre a ciência do cuidar e a experiência do sagrado.

REFERÊNCIAS

ALCORN, Sara R. *et al*. "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. **Journal of Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 13, n. 5, p. 581-588, 2010. DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0343.

AMMERMAN, Nancy T. Finding religion in everyday life. **Sociology of Religion**, Oxford, v. 75, n. 2, p. 189-207, 2014. DOI: https://doi.org/10.1093/socrel/sru013.

ANANDARAJAH, Gowri; HIGHT, Ellen. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **American Family Physician**, Kansas City, v. 63, n. 1, p. 81-89, 2001. Disponível em: https://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81. Acesso em: 13 nov. 2026.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *In*: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (org.). **Saúde, sociedade e história da medicina**. São Paulo: Hucitec, 2009.

BALBONI, Tracy A. *et al*. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 12, p. 1109-1117, 2013. DOI: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.903.

BURY, Michael. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982. DOI: https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939.

CASTRO, Leandro Evangelista Silva. Religião vivida: entre corpos e conceitos. **INTERAÇÕES**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, e212d02, 2026. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212d02.

CAVALLIN, Paul Clemens. Ciência da religião aplicada: quatro tipos ideais. Tradução de Adilson Skalski Zabiela. **REVER:** Revista de Estudos da Religião, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 171-189, 2021. DOI: https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol21i1a11.

COSTA, Matheus Oliva da. Condições e método básico para a prática da ciência da religião aplicada. **REVER:** Revista de Estudos da Religião, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 13-29, 2022. DOI: https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol22i2a2.

DE CAMARGOS, Mayara Goulart *et al*. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. **Medicine**, [s. l.], v. 94, n. 47, e2145, 2015. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002145.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, [s. l.], v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. DOI: https://doi.org/10.1126/science.847460.

ENGLER, Steven. A religião vivida como método: uma abordagem politética. **INTERAÇÕES**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, e212d01, 2026. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212d01.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 805-832, 2014. DOI: https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2014v12n35p805.

FRANK, Arthur W. **The wounded storyteller:** body, illness, and ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

GOMES, Rodrigo; BEZERRA, Clara. Cuidado centrado na pessoa e ética na saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 45-60, 2020.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives:** suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, New York, v. 2012, p. 1-33, 2012. DOI: https://doi.org/10.5402/2012/278730.

LEMOS, Carolina Teles. Religião Vivida: espiritualidade, cotidiano e saúde. **INTERAÇÕES**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. e212d04, 2026. DOI: 10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212d04. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212d04.

McGUIRE, Meredith B. Embodied practices: negotiation and resistance. *In*: AMMERMAN, Nancy T. (org.). **Everyday religion:** observing modern religious lives. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 187-200. DOI: https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195305418.003.0011.

McGUIRE, Meredith B. **Lived religion:** faith and practice in everyday life. Oxford: Oxford University Press, 2008.

McGUIRE, Meredith B. Religion and the body: rematerializing the human body in the

social sciences of religion. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 283-296, 1990. DOI: https://doi.org/10.2307/1386459.

MEYER, Birgit. Religião material: como as coisas importam. *In*: GIUMBELLI, E.; RICKLI, J.; TONIOL, R. (org.). **Como as coisas importam:** uma abordagem material da religião. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2019. p. 27-56.

MORELLO, Gustavo. Religião vivida: horizontes latino-americanos. **INTERAÇÕES**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, e212e01, 2026. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2026v21n2e212e01.

MORGAN, David. **The Thing about Religion:** an introduction to the material study of religions. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2021.

OLIVEIRA, Renato Carvalho de; SILVA, Daniel Judson da; SOUZA, Eutrópio Aécio de Carvalho. O conceito de aplicação em ciência da religião aplicada: uma análise dos problemas e das perspectivas. **INTERAÇÕES**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, e201d09, 2025. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2025v20n1e201d09.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Resolution WHA37.13:** the spiritual dimension in the Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1984.

ORSI, Robert A. **Between Heaven and Earth:** the religious worlds people make and the scholars who study them. Princeton: Princeton University Press, 2005.

PACHECO, Felipe Damázio. Cientistas da religião, medicina e saúde mental. **REVER:** Revista de Estudos da Religião, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 39-52, 2022. DOI: https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol22i2a4.

PARGAMENT, Kenneth I. **The psychology of religion and coping:** theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, Kenneth I. *et al*. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal of Health Psychology**, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 710-724, 1998.

PARK, Crystal L. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 136, n. 2, p. 257-301, 2010. DOI: https://doi.org/10.1037/a0018301.

PUCHALSKI, Christina M. *et al*. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 17, n. 6, p. 642-656, 2014. DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427.

PUCHALSKI, Christina M.; ROMER, Anna L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000. DOI: https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129.

SALVADOR, Sileide France Turan; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Espiritualidade/Religiosidade nos Cuidados Paliativos: qual a percepção das equipes multidisciplinares? **Pistis & Praxis:** Teologia e Pastoral, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 821-835, 2022. DOI: https://doi.org/10.7213/2175-1838.14.003.DS06.

SAUNDERS, Cicely. The evolution of palliative care. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 41, n. 1, p. 7-13, 2000. DOI: https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5.

SOUZA, Patricia Rodrigues de. **Religião material:** o estudo das religiões a partir da cultura material. 2019. Tese (Doutorado em Ciência da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22539. Acesso em: 16 nov. 2026.

STERN, Fábio L. O que é ciência da religião aplicada. *In*: STERN, Fábio L.; ECCO, Clóvis (org.). **Perspectivas teóricas e profissionalização em ciência da religião aplicada**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2024. DOI: https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2024.11086.1.

STERN, Fábio L. Os reflexos da falta de estruturas formais na ciência da religião aplicada do Brasil. **Relegens Thréskeia**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 1-17, 2019. DOI: https://doi.org/10.5380/rt.v7i2.65152.

STERN, Fábio; DUARTE, Gustavo Sanches. Características da ciência da religião aplicada brasileira. **INTERAÇÕES**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, e201d08, 2025. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2025v20n1e201d08.

SULMASY, Daniel P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. **The Gerontologist**, Washington, v. 42, p. 24-33, 2002. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24.

TONIOL, Rodrigo. A Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 267-299, 2017. DOI: https://doi.org/10.4000/aa.2330.

Apoio: *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Processo nº 13.949.*

Comitê de ética: *Por tratar-se de estudo de natureza teórica e reflexiva embasado exclusivamente em revisão de literatura, este manuscrito não exigiu submissão prévia a Comitê de Ética em Pesquisa. Fica consignado que a investigação empírica futura no âmbito da pesquisa doutoral cumprirá todas as etapas de aprovação ética antes do trabalho de campo.*

Declaração de uso de Inteligência Artificial: *A autora declara ter utilizado o sistema ChatGPT (OpenAI) como recurso auxiliar na revisão linguística, na organização textual e no apoio à conferência bibliográfica e à adequação editorial do manuscrito. A definição do problema de pesquisa, a formulação da hipótese, a fundamentação teórica, a análise crítica, as interpretações e todo o conteúdo foram revisados e aprovados pela autora, que assume plena responsabilidade pelo conteúdo final do manuscrito.*

Conflito de interesses: *A autora declara não haver.*

Recebido em: *13-04-2026*

Aprovado em: *13-11-2026*

Publicado em: *16-11-2026*

Editor de seção: *Leandro Evangelista Silva Castro*