

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

ERIKA PEREIRA MACHADO

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: UMA DIMENSÃO DE CUIDADO NA VIDA DE
CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA**

GOIÂNIA
2014

ERIKA PEREIRA MACHADO

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: UMA DIMENSÃO DE CUIDADO NA VIDA DE
CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós - Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião para conclusão de Doutorado.

Orientadora: Dra. Ivoni Richter Reimer

GOIÂNIA

2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Machado, Erika Pereira.

M149e Espiritualidade e saúde [manuscrito] : uma dimensão de cuidado na vida de cuidadores familiares de pessoas com doença crônica / Erika Pereira Machado. – 2014.
245 f. : il.; grafs.; 30 cm.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Doutorado em Ciências da Religião, 2014.
“Orientadora: Profa. Dra Ivoni Richter Reimer”.
Bibliografia.

1. Doenças crônicas - Cuidados. 2. Espiritualidade. I. Título.

CDU 2:616-056 (043)

TESE DO DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO DEFENDIDA EM
06 DE FEVEREIRO DE 2014 E APROVADA COM A NOTA 9,3 PELA
BANCA EXAMINADORA

1. Dra. Ivoni Richter Reimer /PUC Goiás (Presidente) Ivoni R. Reimer

2. Dr. Haroldo Reimer /PUC Goiás (Membro) H. Reimer

3. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros /PUC Goiás (Membro) E. Gusmão

4. Dra. Tânia Cristina de Oliveira Valente /UniRIO (Membro) T. Valente

5. Dra. Maria Alves Barbosa /UFG (Membro) M. Barbosa

DEDICATÓRIA

Deus, por seu infinito poder e graça em minha vida. Toda honra e glória;

Ginair e Sadi, por terem aceitado ser o veículo biológico para a manifestação de minha existência, pelo amor incondicional e exemplo de dedicação a uma causa e pelas inúmeras vezes em que sentaram ao meu lado e conversaram sobre a vida. Ensinaram-me o valor do sorriso e a arte de viver com sabedoria, alegria, dedicação e sensatez, hoje entendo que tudo tem o seu tempo e o seu momento. Amo vocês;

Eduardo, pelo companheirismo e amizade de sempre. Dú, como sempre as palavras aqui são desnecessárias para expressar todo meu amor e gratidão por você ser meu maninho. Seu jeito de ser a cada dia me ensina mais e mais que necessitamos sermos simples como as pombas e ousados como as serpentes;

À memória de meus avós, paternos Wilson Machado e Hilda C. Machado e materno Francisco L. Pereira, o tempo de convívio com eles muito me ensinaram no manejo e na arte de cuidar de um doente crônico no final de vossas vidas;

À minha única vizinha que tenho em vida, Maria M. Pereira, exemplo de vida, coragem, sabedoria, sensatez e determinação, seu exemplo de ser e viver muito me conduz para ser o que sou hoje;

Ao Reinaldo, pela dedicação, compreensão e entendimento nos momentos em que eu precisei de você, seja na sua presença ou na sua ausência para realizar meus estudos. Com você aprendi que o essencial é invisível aos olhos, e que é apenas o tempo que dedicamos ao outro que o faz ser importante, significativo e essencial. Afinal, a vida é a arte do encontro, embora, haja tantos desencontros pela vida, mas com grandes reencontros, ressignificações e redescobertas, basta se permitir;

À minha orientadora e grande amiga, profa. Dra. Ivoni Richter Reimer, cuja figura de dedicação, empenho e simplicidade elaboram em minha intimidade a figura notória de quem constrói uma vida de ressignificações e reconstruções, obrigada por ser exemplo na minha vida. Aprendi com a senhora que a vida é para ser vivida com satisfação, bem-estar, respeito e dedicação, pois o tempo é o grande determinante para sermos o que somos e o que queremos ou almejamos ser na vida;

A toda pessoa humana que vivencia relações de cuidado;

Aos doentes crônicos, sejam seres humanos ou animais, que me ensinaram que a vida continua, apesar de tudo;

Aos meus pacientes, por me ensinarem e reforçarem na minha intimidade a cada dia os princípios do cuidar e os princípios do amar uma causa. Cada um reforçam estes princípios diariamente a cada sessão e me ensinam um pouquinho mais da arte de viver com alegria e sabedoria, afinal a essência da vida está nas coisas simples.

AGRADECIMENTO

À Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) por oferecer aos pesquisadores da região centro-oeste oportunidade ímpar para desenvolver suas investigações na área de Ciências da Religião;

À Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa (PROPE) da PUC Goiás por ser uma apoiadora e incentivadora constante a pesquisa no campo das Ciências da Religião;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos que muito contribuiu em minha vida nesta jornada;

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião, na gestão anterior prof. Dr. Valmor da Silva, e na gestão atual profa. Irene Dias de Oliveira e profa. Carolina Teles Lemos, pela dedicação, incentivo e amizade de sempre;

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião, anteriormente Geyza Pereira, pelo acolhimento e atenção dada em tudo que precisei no início da trajetória do doutorado, e hoje na etapa final do doutorado ao Giovanne de Bastos Vieira Delfino, pela dedicação, apoio e cuidado;

Aos professores doutores do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião, aprendi muito com cada um de vocês durante o período de créditos, cada um deixou algo em mim e trouxe ressignificações em minha vida;

Ao coordenador do PROCAD / EST na pessoa do prof. Haroldo Reimer, pelo empenho, amizade, atenção e disponibilidade em tudo que precisei no período de doutorado;

À Universidade de Rio Verde na pessoa do Magnífico Reitor prof. Dr. Sebastião Lázaro Pereira e Vice-Reitora profa. Maria Flavina das Graças Costa pelo competente e atencioso atendimento, respeito, presteza de sempre e confiança em mim;

Aos Pró-Reitores da Universidade de Rio Verde por todo incentivo e ajuda, prof. Ms. Nagib Yassin, profa. Ms. Helemi Oliveira Guimarães de Freitas, prof. Ms. Carmo dos Reis de Sousa e prof. Ms. Ferdinando Agostinho;

Ao Diretor da Faculdade de Fisioterapia, prof. Hugo Machado Sanchez, chefe imediato que estou submetida, exemplo de pessoa e profissional, pelo empenho, incentivo, dedicação, humildade e amizade de sempre;

Ao Diretor anterior da Faculdade de Fisioterapia, prof. Ferdinando Agostinho, obrigada por tudo que fez nos anos de sua gestão e hoje como pró-reitor, obrigada pela amizade e confiança;

Aos professores doutores membros da banca de qualificação, prof. Dr. Haroldo Reimer e profa. Dra. Maria de Fátima Rodrigues, por terem aceitado o convite para contribuir com este estudo e pela promoção de trocas e aprendizados;

Aos membros doutores da banca de pré-defesa, prof. Dr. Haroldo Reimer e prof. Eduardo Gusmão de Quadros, pela análise e considerações finais;

Aos membros doutores da banca de defesa, prof. Dr. Haroldo Reimer, prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros, profa. Dra. Tânia Cristina O. Valente e profa. Dra. Maria Alves Barbosa, por terem aceitado a tarefa de se dedicar à avaliação deste estudo;

À Keila Matos, por todas suas valiosas considerações e acolhimento a tudo que precisei no decorrer desta produção;

Aos meus colegas de trabalho e pessoas das empresas que faço acompanhamento preventivo ocupacional, pela amizade, incentivo e atenção dispensada;

Aos colegas de trabalho da faculdade de fisioterapia e de outras faculdades, ao pessoal do Comitê de Ética em Animais, ao pessoal da Comissão de Pesquisa e funcionários da Universidade de Rio Verde pela contribuição de cada um em minha vida;

Aos acadêmicos atuais e aos que já passaram por mim, sejam em sala de aula ou orientações, cada um me fez perceber o quanto é necessária à questão do cuidado, do zelo e da atenção para com as pessoas, sejam elas saudáveis ou doentes;

Às pessoas da EST em São Leopoldo, os dias que dediquei aos estudos na biblioteca aprendi junto aos livros e às pessoas a arte de que cuidar necessita de atenção, desapego e desprendimento;

À Iára Müller, professora e pastora da IECLB na EST em São Leopoldo, pelo exemplo profissional e pelo marejar de olhos ao pensar a espiritualidade no cuidado em saúde. Os dias de convivência contigo foram valiosos, me ensinaram a questionar as coisas para entendê-las;

À minha família, seja materna ou paterna, que sempre acreditam em mim;

Aos pastores que dedicam nesta temática e que muito contribuíram, mas de forma especial, aos pastores do meu cotidiano, cujas palavras de cada um deles são sempre um convite ao despertar para realidade espiritual do que somos. Com vocês entendi que o ato de cuidar exige tempo, dedicação e ter empatia ao outro;

Às pessoas que muito contribuíram para aliviar meus sofrimentos com estes arquivos do *office*, tive alguns problemas para restaurar arquivos danificados, esse mérito também é de vocês, sem vocês teria demorado ou nem conseguido restaurar dados tão valiosos e importantes para conclusão dessa tese;

Às amigas e amigos que conquistei neste período de doutorado que levarei por toda minha vida e por todos os lugares onde eu estiver. Os momentos teriam sido demasiado amargos se não fosse a doçura dos vossos sorrisos;

Às minhas amigas e meus amigos de hoje e de sempre, sejam em Rio Verde ou em outras cidades ou fora do Brasil, vocês são parte da minha essência e da minha história de vida. Que a sublimidade da existência resida sempre em nossos corações e elevem nossos pensamentos;

Às mulheres feministas e maravilhosas que passaram e ainda estão na minha vida, que muito me ensinaram sobre a arte de viver com sabedoria, sensatez e sentido. Com vocês aprendi que, o que nos conduz a uma vida perfeita são nossos pensamentos, nossos atos e nossas palavras. Afinal, o que temos a viver e passar está no hoje, no presente, e o futuro ou o amanhã é apenas uma consequência do que foi vivido hoje. Obrigada pela incondicional amizade de cada uma. Vocês foram e ainda são alegria nos momentos dolorosos;

Aos professores e amigos que conquistei na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) por intermédio do doutorado, prof. Dr. Carlos André Macêdo Cavalcanti e profa. Ms. Ana Paula Cavalcanti, casal espetacular e companheiro nas pesquisas e nas circunstâncias da vida;

Às pessoas cuidadores de pessoas ou animais doentes crônicos incapacitantes e terminais, por me incentivarem a progredir nessa temática da Espiritualidade em Saúde. Agradeço pelas boas vibrações;

Ao meu primeiro afilhado, suas palavras de incentivo e amizade foram do altar de Deus para minha vida, permitindo um frescor da presença divina no término da produção dessa tese. Agradeço sua atenção de sempre;

Minhas palavras finais são a menor e jovem criatura que entrou na minha vida e que me permitiu receber em sua vida como madrinha e cuidadora integral, minha pequena e doce afilhada, mesmo sem entender o que tudo isto significa agradeço a você, pelo seu sorriso doce, meigo e maroto, pelo seu olhar cativante e sereno que tem me permitido refletir ainda mais sobre a beleza da vida e tem me mostrado o sentido positivo e especial de ser uma pessoa cuidadora. Você, minha princesa Lorena, é um presente de Deus, entrou na minha vida no momento e circunstância exata e trouxe um significado grandioso na minha história. Sou grata a vocês, Sidnei e Andreia, por me considerarem tão importante na vida e na história de vocês. Obrigada! Palavras são insuficientes para expressar todo meu carinho;

OBRIGADA, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram à concretização desse estudo, contribuindo e acreditando em mim durante esta caminhada. Posso dizer e deixar aqui registrado que isto é somente o começo de uma jornada e não o fim da escalada.

EPÍGRAFE

*É a nossa vida, nosso cotidiano,
que vai nos dizer quais são os textos
bíblicos e teológicos
que queremos estudar e aprofundar.
(Ivoni Richter Reimer)*

*Existe um amor maior.
Existe uma bondade maior.
Existe um poder maior.
A nossa mente está ligada com o Universo.
Nós não somos uma parte isolada do Universo.
Nós estamos juntos com todas as partes.
Nós estamos fazendo parte da mesma respiração – a grande respiração.
A nossa pequena respiração pulmonar é apenas ilusória.
O nosso movimento é apenas ilusório.
O nosso real movimento é mental, espiritual.
É até onde nós conseguimos ver do todo
que nos cerca e do qual fazemos parte.
(Charuri)*

RESUMO

MACHADO, Erika Pereira. *Espiritualidade e saúde: uma dimensão de cuidado na vida de cuidadores familiares de pessoas com doença crônica*. Tese (Doutorado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

As pessoas buscam em sua essência a espiritualidade e/ou sagrado como forma para entender o significado da vida e da morte, de sua presença no mundo, melhorar sua saúde, e também pode ser uma ferramenta para lidar com as adversidades e os estados traumáticos, agressores e estressores que a vida propõe. Numa doença crônica e incapacitante surge na vida do doente a figura da pessoa cuidadora, na sua maioria é um familiar, cuja entrega à prestação de cuidados ao outro é diária, ininterrupta e em algumas situações pode ser cansativa e dolorosa ao cuidador. A rotina de quem cuida é uma tarefa estressante e angustiante, pois ao cuidador estão expostos eventos que o podem conduzir ao estresse, ansiedade e depressão, ou seja, essas são algumas das respostas de um organismo fragilizado por fatores agressores diários e que requer uma atenção e disposição imediata. Nesta situação a pessoa cuidadora precisa ser assistida e receber um cuidado integral com intuito de prevenir ou minimizar um adoecimento. Nesta pesquisa se propôs discutir a espiritualidade na vida cotidiana de cuidadores de doentes, com enfoque em três textos bíblicos referenciando a práxis terapêutica do taumaturgo, Jesus, cuidador e curador da integridade e totalidade das pessoas doentes e cuidadoras. O estudo fenomenológico-hermenêutico foi dividido em três capítulos. No primeiro é apresentada uma fundamentação teórica da doença crônica e a realidade que envolve o cuidador familiar. No segundo é abordado o discurso de três narrativas bíblicas de cura, apresentadas nos textos de Marcos 10,46-52, Mateus 9,1-8 e Lucas 13,10-17, num olhar para a pessoa cuidadora como um ser que necessita de cuidados e atenção. No terceiro elucida elementos e reflexões para uma prática de cuidado integral e especial para com a pessoa cuidadora frente à tarefa de cuidado. Na conclusão é apresentada a espiritualidade no modo de construir e vivenciar o sofrimento que se instaura na vida de quem adocece. Mediante as perdas, renúncias e decepções, o cuidador é uma pessoa que adocece em silêncio e a espiritualidade é uma das formas de promover qualidade de vida e ressignificação ao que adocece, agindo positivamente sobre a saúde mental, produzindo esperança, acolhimento, amparo e sentido a vida.

Palavras-chave: doença crônica, cuidado, espiritualidade, Jesus.

ABSTRACT

MACHADO, Erika Pereira. *Spirituality and health: a dimension of care in the lives of family caregivers of people with chronic disease*. Thesis – (Doctorate in Science of Religion) -Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2014.

People look at its core spirituality and / or sacred as a way to understand the meaning of life and death, his presence in the world, improve your health, and can also be a tool to deal with adversity and traumatic states, aggressors and stressors. When occurs a chronic and disabling disease, arises in the patient's life the figure of the person caring, for the most is a family , whose delivery to care is another daily , uninterrupted and in some situations can be tiresome and painful to the caregiver. The routine caregiver is a stressful task and distressing, because caregivers are exposed to events that can lead to stress, anxiety and depression, or in other words, are some of the responses of an organism weakened by aggressive factors and requires a daily attention and immediate disposal. In this situation caregivers needs to be assisted and receive comprehensive care in order to prevent or minimize one illness. This research intends to investigate the importance of spirituality and / or sacred in everyday life of caregivers of patients, with a focus on three biblical texts referencing the therapeutic praxis of miracle worker, Jesus, caregiver and curator of the integrity and completeness of sick people and caregivers of patients. The study was divided into three chapters. The first presents a theoretical foundation of chronic disease and the reality that surrounds the family caregiver. The second addresses to the speech of three biblical narratives of healing, presented in the texts of Mark 10:46-52, Matthew 9:1-8 and Luke 13:10-17, in a look at the person caregiver who needs care and attention. In the third elucidates elements and reflections to a practice of integrated care and special caregiver with the person facing the task of care. At the conclusion is presented the spirituality and / or sacred in order to build and experience the suffering and despair which is established in the lives of those who get sick , thus it can be concluded that by losses , self-abnegation and disappointments , the caregiver is a person who gets sick in silence and spirituality and / or sacred is one of the ways to promote quality of life and new meaning for the one who gets sick acting positively on mental health , producing hope, reception, support and meaning to life.

Keywords: spirituality, Jesus, meaning of life, family caregivers, chronic illness.

LISTA DE ABREVIATURAS

PC: Paralisia Cerebral

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

EUA: Estados Unidos da América

CID: Classificação Internacional de Doenças

SNC: Sistema Nervoso Central

EEG: Eletroencefalograma

TC: Tomografia Computadorizada

DCNT: Doença Crônica Não-Transmissível

AVE: Acidente Vascular Encefálico

AIT: Ataque Isquêmico Transitório

OMS: Organização Mundial de Saúde

AVD: Atividade de Vida Diária

ABVD: Atividade Básica de Vida Diária

AIVD: Atividade Instrumental de Vida Diária

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

HAM – D: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

AT: Antigo Testamento

NT: Novo Testamento

Mt: Mateus

Mc: Marcos

Lc: Lucas

Jo: João

At: Atos

Sl: Salmos

Dt: Deuteronômio

Gn: Gênese

Ap: Apocalipse

v.: versículo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA.....	18
1.1 COMPREENDENDO O PROCESSO DE ADOECER PARA COMPREENDER QUEM CUIDA: UMA DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE	20
1.2 O ADOECER EM PESSOAS ADULTAS, IDOSAS E CRIANÇAS.....	26
1.2.1 Doença Crônica em Pessoas Adultas e Idosas.....	28
1.2.2 Doença Crônica em Crianças.....	32
1.3 O DESEMPENHO DA FUNCIONALIDADE DE DOENTES CRÔNICOS NUMA DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE	37
1.4 COMPREENDENDO O CUIDAR PARA CUIDAR DE QUEM CUIDA	45
1.5 A IMPORTÂNCIA DA PESSOA CUIDADORA INFORMAL OU FAMILIAR..	51
1.6 A SOBRECARGA SOBRE A PESSOA CUIDADORA COM SEUS MALES E SEUS BENEFÍCIOS NA PERSPECTIVA DA ESPIRITUALIDADE	62
1.6.1 Ansiedade: ameaça à qualidade de vida	69
1.6.2 Depressão: resposta anormal aos estresses da vida	70
1.7 CUIDADOR: UM DOENTE OCULTO, CARENTE DE SENTIDO À VIDA.....	73
2 É NO CUIDAR DE DEUS QUE EMERGE UM SER HUMANO INTEGRAL E CONECTADO COM AS PESSOAS E O UNIVERSO	80
2.1 A ESPIRITUALIDADE E O SAGRADO NA DIMENSÃO DO CUIDADO.....	83
2.1.1 Dimensão de Pessoa, Homem e Sujeito	85
2.1.2 A Dimensão da Espiritualidade na Vida das Pessoas	89
2.1.3 Dimensão do Sagrado na Vida das Pessoas	94
2.2 A ESPIRITUALIDADE E O SAGRADO NOS LIMITES DA VIDA	100
2.3 O CUIDADO NA PRÁXIS DE JESUS: A ARTE DE INTERPRETAR TEXTOS BÍBLICOS	104
2.3.1 O Sentido e a Identidade nos Textos Bíblicos.....	113
2.3.2 O Corpo, as Doenças e o Imaginário nos Textos Bíblicos.....	117
2.4 A FÉ, A ÉTICA DE JESUS E O REINO DE DEUS MEDIANTE PESSOAS NECESSITADAS DE CUIDADOS	125
2.5 JESUS COMO CUIDADOR E CURADOR	132

2.5.1	Jesus como Cuidador e Curador de um Cego Mendigo: análise e interpretação de Marcos 10,46-52.....	135
2.5.2	Jesus como Cuidador e Curador de um Paralítico: análise e interpretação de Mateus 9,1-8.....	145
2.5.3	Jesus como Cuidador e Curador de uma Mulher Marcada pela Opressão e Ternura de Deus: análise e interpretação de Lucas 13,10-17.....	155
2.6	A ESPIRITUALIDADE EM TEMPOS DE SOFRIMENTO E ALEGRIA MANIFESTA NA VIDA CRISTÃ DE PESSOAS.....	164
3	O CUIDADO ESPECIAL E INTEGRAL JUNTO ÀS PESSOAS CUIDADORAS DE DOENTES CRÔNICOS.....	171
3.1	O ENFRENTAMENTO DOS ESTADOS ESTRESSORES VIVIDOS NO COTIDIANO PELA PESSOA CUIDADORA.....	178
3.2	A BUSCA PELA ESPIRITUALIDADE E PELO SAGRADO EM SITUAÇÕES AGRESSORAS A VIDA DO CUIDADOR.....	193
3.2.1	Apoio e Assistência à Saúde de Cuidadores de Doentes.....	201
3.2.2	A Espiritualidade como Prática Cotidiana na Vida de Pessoas Cuidadoras.....	204
3.2.3	Contribuições Acerca da Espiritualidade na Saúde de Pessoas.....	210
	CONCLUSÃO.....	217
	REFERÊNCIAS.....	223

INTRODUÇÃO

A pessoa humana apresenta temas de profundo significado e relevância para serem abordados e estudados, pois as pessoas estão inseridas e ligadas a um ambiente de imensa tradição, ou seja, costumes, ideias, rotinas e mentalidades. Todavia, no contato com contextos diferentes, pode aprender que existe a possibilidade de olhar do ponto de vista do outro, ampliando uma atitude crítica, e dessa forma o ser humano pode ser objeto de estudo na sua abertura ao outro e à transcendência.

A questão do cuidado para com as pessoas cuidadoras de doentes crônicos tem sido objeto de recentes estudos nas áreas de teologia, psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia e outras profissões de ajuda. Mais recentes ainda são os estudos voltados aos cuidados relacionados aos cuidadores familiares.

A escolha do cuidado ao cuidador familiar de pessoas com doença crônica como objeto de estudo está intimamente ligada à trajetória profissional da pesquisadora. Atualmente o grande número de pessoas com doença crônica e a maior expectativa de vida estão conduzindo muitas famílias a dedicar algum tempo de sua vida aos cuidados com a pessoa doente.

Durante atendimentos de fisioterapia a pessoas com doença crônica podem ser observados familiares cansados e isolados do convívio com outras pessoas. Nesses momentos podem ser ouvidos relatos de sofrimento e angústia da pessoa cuidadora.

Com as investigações realizadas no mestrado¹, foi possível verificar que a qualidade de interação entre pessoas cuidadoras e pessoas acometidas com doença crônica está associada aos problemas de comportamentos e às competências da pessoa doente em ambientes internos e externos. Assim, caso a pessoa cuidadora tenha o desenvolvimento social e emocional prejudicados, irá alterar a qualidade de vida da pessoa com doença crônica, sua adaptação ao tratamento e seu ajustamento psicossocial. Para tanto, há uma alta relação entre as doenças e as variáveis do contexto familiar envolvidas num processo de ajustamento.

¹ Dissertação defendida em nov./2006 no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília, na linha temática de Neurociência, intitulada Perfil de Ansiedade e Depressão em Cuidadores de Indivíduos Portadores de Necessidades Especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz.

O convívio e o contato com doentes dependentes possibilita não perceber a realidade de uma doença incapacitante no contexto familiar (seja leve, moderada, grave ou gravíssima) de forma diferente, visto que algumas doenças crônicas não serão curadas e a vida pode ser ressignificada a partir de uma circunstância de doença, refletindo gradativamente nas relações entre a pessoa cuidadora, a pessoa doente, seus familiares e todas as pessoas que estão próximas ao doente. Perante isto surge o propósito deste estudo, objetivando compreender a busca das pessoas cuidadoras pela espiritualidade diante de um contexto de doença crônica de um ente querido.

As reações das famílias diante de diagnósticos clínicos de doenças incapacitantes e suas trajetórias mediante a doença (consultas, tratamentos, alternativas de curas, campanhas, novenas, amuletos, vestimentas brancas, cabelos compridos, orações, óleos de unção) fazem que as pessoas envolvidas com o doente, de alguma forma, elaborem a experiência, lidem com seu sofrimento e suas expectativas e possam viabilizar a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e/ou em tratamentos.

A vivência com doentes crônicos e com pessoas que cuidam de doentes é motivo suficiente para a investigação da pessoa e do papel do cuidador familiar de pessoas com doença crônica como ser humano sujeito à necessidade de cuidado, apoio e cura.

Este estudo visa fazer uma análise básica na literatura sagrada de alguns textos bíblicos e de outras fontes que retratam a situação de doença e busca de cura, mostrando como elas estão permeadas pelo imaginário religioso e como as relações socioculturais estão implicadas nessas experiências.

Além disto, pretende contribuir para a percepção dos efeitos do sagrado sobre a vida de familiares e amigos de pessoas doentes; analisar nos textos bíblicos os motivos pelos quais pessoas doentes e cuidadoras buscam os processos terapêuticos (cura) junto a taumaturgos para a vida de pessoas com doença crônica; e elucidar as relações afetivas e cuidadoras em torno da pessoa doente e também por parte do taumaturgo Jesus.

É instigante observar que na doença, a busca por ajuda e cura podem estar relacionadas a fenômenos religiosos. Mediante isso há o seguinte questionamento: o que faz que algumas pessoas cuidadoras de doentes crônicos e incapacitantes recorram à espiritualidade?

Textos sagrados contêm narrativas sobre realidades de doença e cura vivenciadas por crianças, mulheres e homens em contextos socioculturais de discriminação e exclusão. O processo terapêutico é um espaço contracultural de solidariedade e resistência, e a cura ressignifica a vida e as relações da pessoa curada e das pessoas envolvidas de uma nova realidade, ou seja, de um novo pertencimento.

Alguns casos de doença e restauração da saúde são apresentados nos textos bíblicos de Marcos, Mateus e Lucas. A temática doença versus saúde é atual e relevante em todos os tempos e épocas, visto que diz respeito à condição e forma de vida e viver das pessoas em diferentes contextos e sociedades na elaboração do imaginário acerca da origem das doenças, bem como as terapias para superá-las.

A metodologia adotada para desenvolver o conteúdo deste estudo fenomenológico-hermenêutico foi a pesquisa bibliográfica, ordenando-se por uma investigação analítica e hermenêutica em textos sagrados, leituras nas áreas de Ciências da Saúde e Ciências da Religião.

Para compreender o estudo e apreender de forma adequada o objeto será utilizada uma interpretação hermenêutica, sendo adotada a dinâmica de Martin Heidegger, com intuito de trabalhar numa perspectiva de compreender o cuidado além do que é concebido nas práticas de saúde, afirmando que sem cuidado não há verdadeiramente homem.

No primeiro capítulo é desenvolvida uma mediação analítica da temática, sendo apresentada uma fundamentação teórica da doença crônica não transmissível e a realidade que envolve o cuidador familiar de pessoas com doença crônica em adultos, idosos e crianças com intuito de conhecer seus sentimentos e necessidades que impactam a atividade diária de cuidar numa perspectiva da espiritualidade.

O segundo capítulo referencia uma mediação hermenêutica, elucidando a análise do discurso de três narrativas bíblicas de cura apresentadas nos textos de Marcos 10,46-52, Mateus 9,1-8 e Lucas 13,10-17. Baseia-se numa análise dos textos de especialistas da área com um olhar para a pessoa cuidadora como um ser que necessita de cuidados, enriquecendo a concepção heideggeriana acerca do cuidado e fornecendo conceitos de cuidado e cuidar de si para uma prática de cuidado para com pessoas que exercem e carecem de cuidados, ou seja, para com os cuidadores informais ou familiares de pessoas com doença crônica.

O terceiro capítulo elucida elementos para uma prática de cuidado integral e especial para com a pessoa cuidadora familiar abordando a busca do ser humano pela experiência da espiritualidade em sua vida como fator de reestruturação, ressignificação, equilíbrio e bem-estar.

A temática estruturada nos três capítulos é resultado de um estudo científico sistematizado e criterioso de acordo com as exigências do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da PUC Goiás, em conformidade com as normas técnicas brasileiras de documentação regulamentadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Portanto, este estudo poderá contribuir para fazer um levantamento sobre as situações específicas de doença, de processos terapêuticos e de cura. Com a análise deste material será relevante observar e compreender a conexão e relação de situações de doença / saúde / cuidado / cura com os fenômenos religiosos no tempo de Jesus e em tempos atuais. Para a academia isto poderá significar um aprofundamento de conhecimentos de concepções pré-científicas no campo das ciências da saúde e da interação psicossomática, e também religiosa, nos processos de adoecer e de curar.

Para tanto, proporcionar aos profissionais da saúde, pesquisadores e população em geral o entendimento dos significados da espiritualidade existentes nas relações envolvidas entre a pessoa com doença crônica e a pessoa cuidadora é despertar no ser humano um reconhecimento pelo cuidado como um modo de ser essencial, visto que o cuidar bíblico pressupõe mais que uma mera ação ou atitude isolada, mas envolve a essência, o sentimento e o coração de quem se dispõe ou necessita ser uma pessoa cuidadora. Além disso, poderá contribuir para a compreensão de como a cura pode ser capaz de alavancar novas formas de convivência e de relações sociais e comunitárias.

1 CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA

Os aspectos das coisas mais importantes para nós estão ocultos, por sua simplicidade e cotidianidade.
(Wittgenstein)

As relações de ajuda são caracterizadas pelas abordagens que visam estudar, pesquisar, amenizar ou solucionar, quando possível, sintomatologias que estejam dificultando, obstruindo ou impossibilitando uma qualidade de vida saudável.

Na relação de ajuda, espera-se que a atenção seja direcionada à pessoa que necessita dela, não ao problema ou à doença. Isso significa que esse atendimento pode ser prestado por um familiar ou amigo, por um profissional ou equipe, seja por remuneração ou não. Trata-se de um relacionamento de cuidado. O cuidado abrange diversas dimensões do viver humano nas mais diferentes condições humanas, a saber, os aspectos bio-orgânicos, emocionais, espirituais, existenciais, ecológico-ambientais, entre outros.

O ser humano é “um microcosmo que une em si todos os reinos do mundo criado e é, contemporaneamente, aberto ao mundo sobrenatural através da alma espiritual, podendo elevar-se até atingir os ápices da vida espiritual ou degradar-se” (PERETTI, 2010, p. 59).

Pode-se considerar que a pessoa cuidadora é aquela em que convive ou cuida ou trabalha com pessoas doentes, ou seja, está dentro do conceito das chamadas relações de ajuda ao outro.

Entre os seres humanos, o cuidado é vital, pois sem cuidados não há chance de vida. Os cuidados paternais e maternos estão presentes em todas as culturas, em todos os tempos e desde sempre. Ao ser comparado a outras espécies animais, o bebê humano mostra-se carente de cuidados específicos, que se prolongam em seu desenvolvimento até ser atingido um nível de independência que lhe possibilite sobreviver. Do ponto de vista psicológico, o risco de desintegração da personalidade é afastado pelo amamentar, pelo tocar, pelo abrigar, ou seja, pela carícia e pelo afago de quem cuida (OLIVEIRA, 2012, p. 21).

Cuidar lembra uma situação que envolve a emoção de um indivíduo e reflete em proteção e segurança de outro. É um verbo transitivo indireto, implicando na existência de um sujeito agente e um objeto passivo, envolvido

numa relação em que um desenvolve ação e o outro recebe ou exerce uma atividade indireta ao delegar uma responsabilidade de execução ao sujeito agente (MACHADO, 2006, p. 33).

Para Boff (2011, p. 90-1) a palavra cuidado tem a mesma raiz da palavra cura. Em sua forma mais antiga, no latim, era usada num contexto de relações de amor e amizade. Na atualidade, consideram-se derivada do latim *cogitare-cogitatus*, cujo sentido é o mesmo de cura, ou seja, cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Em outras palavras, cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato com algo ou alguém.

O cuidado integral contribui para a saúde e prevenção do estresse e é vinculado ao conceito de sagrado. Nas relações de ajuda, o cuidar pressupõe que há alguém que cuida e alguém que é alvo desse cuidado. O cuidado espiritual funciona como eixo integrador, favorecendo a integridade pessoal, no sentido de inteireza, plenitude, de algo sem rupturas, que é preservado.

É importante perceber que quando buscamos nos relacionar com o sagrado, quando é que o sagrado entra em nossa vida. Importa também observar se nossa relação é equilibrada entre agradecimento e intercessão, ou se nos lembramos de Deus apenas quando estamos na pior, transformando a divindade num mordomo que deve estar sempre pronto a nos servir para assim provar sua existência. É na vida que percebemos e sentimos múltiplas formas de dor, sofrimento, doença, decepções, e são nesses momentos privilegiados que nos fazem buscar uma relação com o sagrado [...]. A cura é uma experiência libertadora, ela é vital e ardentemente desejada [...]. O processo terapêutico e a vivência da cura [...] demonstram uma dinâmica vital fundamental que inclui a pessoa doente, seus familiares, Jesus, os discípulos e a multidão (RICHTER REIMER, 2002a, p.1233-50).

Mediante o ato contínuo de cuidar, a pessoa cuidadora pode iniciar um processo de descuido de si, podendo adoecer no contexto de suas relações interpessoais e pessoais.

Para tanto, saber cuidar de si é algo vital para a própria saúde e das pessoas os quais há vínculos de cuidados.

A pessoa que convive com o sofrimento dos outros pode ficar travada, paralisada, sem ação, e através da práxis terapêutica da ternura cuidadora, quando alguém se detém para cuidar, o sofrimento pode ser ressignificado, libertando dessa angústia e redirecionando a um novo gesto.

1.1 COMPREENDENDO O PROCESSO DE ADOECER PARA COMPREENDER QUEM CUIDA: UMA DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas modificam a maneira como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais mudanças facilitam em algumas circunstâncias e dificultam em outras o acesso das populações a condições de vida mais favoráveis à saúde e repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento. Na atualidade as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (BRASIL, 2008, p. 13).

Doença é um estado de desequilíbrio em que estão diminuídos ou deteriorados os aspectos social, físico, emocional e intelectual da pessoa, constituindo uma situação de limitação ou ameaça em sua vida (GRELHA, 2009, p. 62).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. Nesse rol pode-se incluir aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como: as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (OMS *apud* BRASIL, 2008, p. 13).

Boff (2011, p. 143) caracteriza a doença como um dano à totalidade da existência, pois não é uma parcialidade que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo, à sociedade, e ao sentido global da vida.

“Viver é aprender, isso significa que qualquer coisa que nos aconteça enquanto estamos vivos está ligada às nossas experiências de aprendizado e que as decisões tomadas por cada um de nós baseiam-se naquelas experiências” (JACKSON, 2004, p. 835).

O cérebro e o sistema nervoso humano têm pelo menos 3 x 10 partes. Isso é grande suficiente para que suas funções equilibradas obedeçam à lei dos grandes sistemas. A saúde de tal sistema pode ser mensurada pelo choque (estímulo) que ele suporta sem comprometer a continuidade de seus processos. A capacidade de adaptação e a saúde podem ser mensuradas pela quantidade de estímulos ou choques que as pessoas podem tolerar sem comprometer seu estilo de vida habitual. Se a saúde de uma pessoa é

alterada por doença ou trauma, ela passa por um processo de adaptação. Se muitas alterações ocorrem rapidamente, o cérebro não é capaz de criar uma resposta adaptada funcional e o indivíduo deve alterar ou simplificar seus processos de vida ou deparar-se-á com reações mentais ou psicológicas negativas (JACKSON, 2004, p. 837).

As DCNTs se caracterizam por etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e demorado, necessidade de tratamentos prolongados, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiência e incapacidades funcionais, impactando na capacidade funcional do dependente. Essa etiologia múltipla não permite que elas possuam causas claramente definidas; sendo que a partir das investigações biomédicas é possível identificar os fatores de risco que podem ser classificados em "não modificáveis"² e "comportamentais"³ (BRASIL, 2008, p. 16; CASTRO e PICCININI, 2002, p. 625).

Os graus de incapacidades do dependente são determinantes para a definição dos níveis de dependência por assistência, e essa situação pode se tornar um grande desafio ao cuidador familiar (FARRAN, 2004, p. 39).

O cenário contemporâneo, no qual a competitividade e o individualismo são privilegiados como modos de existir e de se relacionar, são potencializados frente às ações dos fatores de risco associados ao sedentarismo, alimentação com excesso de gorduras, açúcares e sal, ao consumo de tabaco, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e às atitudes violentas na mediação de conflitos. Ao mesmo tempo, reduz-se a ação dos fatores protetores, tais como: o acesso ampliado a alimentos *in natura* e de melhor qualidade nutricional, a existência de redes de suporte social por meio de práticas esportivas e culturais, bem como o desenvolvimento de ferramentas não violentas para a mediação de conflitos, entre outros (BRASIL, 2008, p. 16).

A frequência de doenças crônicas em crianças e adultos tem apresentado uma prevalência bastante elevada com implicações no próprio desenvolvimento das pessoas, principalmente, no estilo de vida e funcionamento psicossocial de pessoas doentes, seus cuidadores e também nas relações familiares. Os transtornos mentais, concomitantes às doenças crônicas, têm indicado nas pessoas presença de problemas como depressão e ansiedade. A doença crônica é vista como um estressor de longa duração que afeta não somente o doente, mas também seus

² Os fatores de risco não modificáveis podem ser considerados: sexo, idade, raça e herança genética (BRASIL, 2008, p. 16).

³ Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, tendo destaque: tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008, p. 16).

familiares ou pessoas cuidadoras⁴ (CASTRO e PICCININI, 2002, p. 625; RIBEIRO et al., 2009, p. 506).

Não é fácil ficar doente especialmente quando as rotinas são modificadas ou interrompidas, quando não compreendemos o que está errado com nossos corpos ou não sabemos quando ou se iremos sarar.

Quando a pessoa fica doente o bastante para procurar ajuda médica, submete-se a cuidados de estranhos, alguns dos quais são mais indiferentes ou científicos do que compassivos e sensíveis, tudo isso pode gerar uma sensação de desânimo diante do estado de doença (SANTOS Jr., 2008, p. 71).

Quando a pessoa se encontra num estado de doença, pode experimentar sete categorias de emoção e tensão psicológica:

- Tensão da ameaça à integridade - os doentes são submetidos a uma série de experiências onde eles não têm controle sobre as circunstâncias, ou seja, deve obedecer uma equipe clínica submetendo à estrutura de um hospital ou agenda estabelecida pelo médico;
- Tensão do medo de estranhos - os doentes têm medo de que suas vidas e seus corpos tenham que ser colocados nas mãos de estranhos com quem talvez não tenha nenhum laço pessoal;
- Tensão da ansiedade pela separação - a doença separa o doente de seus amigos, lar, rotina diária, trabalho. Durante internação o doente fica separado das pessoas e das coisas que são familiares, no momento em que mais precisa delas;
- Tensão do medo de perder aceitação - a doença e os ferimentos podem deixar as pessoas fisicamente deformadas, obrigando a moderar suas atividades e tornar dependentes de outros, ameaçando sua auto-estima e levar a temer que devido a essas mudanças as pessoas não irão mais amá-los ou respeitá-los;
- Tensão do medo de perder o controle - perder o controle de força física, agilidade mental, controle dos intestinos e bexiga, controle dos membros e da fala, ou a capacidade de dominar as suas emoções, é uma ameaça para o doente. E estas ameaças se tornam maiores quando o paciente está exposto em um leito hospitalar;
- Tensão do medo de expor ou perder partes do corpo - as pessoas doentes precisam expor as partes do corpo que doem e submeter-se ao exame visual e toque da equipe médica, isto pode ser embaraçoso e por vezes ameaçador, especialmente quando se torna aparente que uma parte do corpo doente precisa ser operada ou removida;
- Tensão da culpa e medo do castigo - a doença leva muitas vezes a pessoa ou familiares a pensar que seu sofrimento possa ser um castigo por pecados ou faltas cometidas no passado (SANTOS Jr., 2008, p. 71-3).

⁴ Para Bidarra (2010, p. 29), é denominado cuidador a pessoa que exerce a função de cuidar, isto é, realiza atividades direcionadas ao cuidado pessoal de outrem que apresenta algum grau de dependência. Os cuidadores podem ser classificados conforme seus papéis executados ou sua função realizada, sendo eles: formal – pessoa que cuida de outra, mas é remunerada pelas funções que exerce; informal – familiar ou amigo que assume o papel de cuidar, sem preparação específica e sem remuneração; primário ou principal – indivíduo que exerce atividades gerais de cuidados (auxílio nas atividades de vida); secundário – aquele que auxilia o cuidador primário.

Apesar de essas tensões serem fortemente observadas entre os doentes, é necessário considerar que cada pessoa reage de modos diferentes ante seu estado de doença. Algumas pessoas ainda sentem outras emoções como depressão com a doença, desânimo com o tratamento, frustrações com a vida, iras com a equipe clínica e auxiliar e com Deus, culpa por não terem cuidado da saúde ou se sentem confusas com o prognóstico, quando ainda têm consciência do seu estado geral.

É perceptível a preocupação de profissionais de saúde, pesquisadores e população em geral para com o bem-estar de pessoas doentes e cuidadoras de doentes crônicos. Atualmente passaram a identificar uma relação positiva entre a dimensão religiosa / espiritual para com a saúde, visto que a saúde e a qualidade de vida de uma pessoa dependem de um adequado envolvimento familiar, espiritual e emocional, e do fornecimento cuidadoso do cuidado especial tanto para com o doente quanto para com a pessoa cuidadora.

Stroppa e Moreira-Almeida (2009, p. 206) afirmam que a espiritualidade pode ter um efeito protetor sobre a saúde, influenciando a saúde física e mental por meio de regras de convivência e do desestímulo de comportamentos prejudiciais à saúde, por intermédio do uso de crenças religiosas como forma de lidar com as adversidades da vida, como uma doença, e por meio da criação de uma rede de suporte social.

Estar bem espiritualmente ajuda as pessoas a moderarem os sentimentos dolorosos que acompanham a doença como a ansiedade, a depressão, a desesperança e o isolamento (SANTOS Jr., 2008, p. 78).

Ryle (1990, p. 8) afirma que Deus permite a dor e a doença, não porque gosta de afligir o homem, mas porque deseja beneficiar o seu coração, sua mente e sua alma por toda eternidade. A doença traz alguns benefícios: ajuda os homens a lembrarem da morte, visto que a maioria vive como se nunca fosse morrer, e a doença desperta os homens de seus devaneios, fazendo lembrar que hão de morrer e viver; faz que os homens pensem seriamente sobre Deus, sobre suas almas e o mundo porvindouro; ajuda a amolecer o coração dos homens e lhes ensina a sabedoria; ajuda a nos equilibrar e a nos humilhar; e ajuda a testar a autenticidade da religião dos homens.

De acordo com Koenig (2007, p. 5), indivíduos com fé religiosa profunda parecem lidar melhor com estresse da vida, recuperar-se mais rápido de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas.

O ser humano é um ser carente de sentido para as realidades existenciais e sociais. A busca da saúde, por mais empírica que seja e, em contrapartida, a fuga da doença é uma ocupação permanente da humanidade, e essa concepção de saúde está relacionada à concepção religiosa do corpo e da vida (LEMOS, 2002, p. 53).

Para Mourão (2005, p. 51), a humanidade busca desde a antiguidade a vida, o sentido, as respostas, a cura, a saúde. A esperança caminha junto com a vida e uma vida sem esperança é uma vida sem respostas, sem sentido, sem cura, sem saúde.

A elaboração de um significado para a compreensão e a convivência com uma doença grave é um processo que evidencia o fenômeno da doença como uma construção cultural e constitui um sistema que fundamenta a relação mediadora entre a doença, o doente e a realidade social; conseqüentemente, as doenças, suas causas, as práticas curativas e os diagnósticos são partes integrantes dos universos sociais e, por isso, indissociáveis das concepções mágicas, das cosmologias e das religiões (VILLARES, REDKO e MARI, 1999, p. 37-9).

O envolvimento afetivo característico dos laços familiares de alguma forma orienta as tentativas de entendimento e as buscas de soluções para muitas questões pertinentes ao convívio com um familiar doente. Para sustentar essas atitudes está sempre a construção de um sentido para a experiência vivenciada cujo significado simbólico possui um tom mais íntimo e emocional do que a compreensão da doença em termos sociais mais amplos (JENKINS *apud* VILLARES, REDKO e MARI, 1999, p. 37).

Saúde e doença não se relacionam simplesmente com o segmento que apresenta debilitado, mas têm relação com o todo da vida da pessoa, sua concepção de vida, suas crenças, suas relações sociais, sua situação econômica. Independente do estado em que a pessoa se encontra, é uma pessoa humana, com sua história, seu dia a dia e tudo que envolve seu viver. Qualquer episódio que venha fugir do contexto, visivelmente normal em que se apresentava anteriormente, interfere e transforma sua própria vida e todos que estão envolvidos e inseridos no contexto existencial (RICHTER REIMER, 2008a, p. 88).

Para dar significado e sentido a essa experiência na vida das pessoas, o sagrado se apresenta na vida e na história como o “totalmente outro”, aquele que está além da esfera do cotidiano, do compreensível, do familiar. É algo pleno de valor que ultrapassa toda a capacidade de compreensão (LEMOS, 2009a, p. 17).

O sagrado é inerente ao fenômeno religioso, uma vez que é fruto da experiência religiosa e esta consiste na relação da pessoa com o sagrado, e é a partir dessa consciência do sagrado que o ser humano chega à consciência de uma divindade. A coação sobre Deus está mais relacionada a uma imagem do sagrado como uma divindade próxima, palpável, ligada ao cotidiano e influenciável por meios mágicos, podendo ser forçado a estar a serviço da pessoa humana (LEMOS, 2009a, p. 17; CROATTO, 2010, p. 52).

A experiência religiosa insere na vida da pessoa um poder estranho e totalmente diferente, em que a atitude da pessoa é primeira de espanto, depois de fé, despertando no indivíduo múltiplos sentimentos não produzidos pela consciência, mas que constituem o efeito subjetivo da presença no eu de uma realidade diferente do próprio eu – expressada pelo termo latino *numen*, numinoso, ou seja, a força divina manifestada na ação pessoal de uma ou outra divindade. A partir dessa experiência do sagrado se pode encontrar sentido para a vida, com seus males e seus benefícios, em que o ser humano encontra-se diante de um ser ou objeto extraordinário revestido de poder (LEMOS, 2009a, p. 17-21; CROATTO, 2010, p. 53; OTTO, 2007, p. 37-9).

A análise de Rudolf Otto diferencia quatro momentos de apreensão do sagrado/numinoso: primeiro aparece à consciência de criatura e de dependência; depois, uma atitude de sumo respeito, o *tremendum* da experiência religiosa; no terceiro momento, o sagrado apresenta-se como o inteiramente Outro (fase do *mysterium*, elemento central de todas as liturgias); por último, o Mistério impõe-se como *fascinans* e atraente, gerador de felicidade (CROATTO, 2010, p. 53).

O sagrado manifesta-se como uma realidade diferente das realidades “naturais”. O homem toma conhecimento do sagrado porque se manifesta, se mostra como algo diferente do profano. Assim, para o homem moderno, o espaço não é homogêneo, pois apresenta roturas e quebras (ELIADE, 2008, p. 16-25).

"O sagrado é um elemento de uma qualidade absolutamente especial que se coloca fora de tudo aquilo que chamamos de racional, constituindo algo inefável" (CROATTO, 2010, p. 52).

A religião alimenta no ser humano a esperança de conseguir concretizar a satisfação de necessidades. A dificuldade de evidenciar essa garantia como uma realidade tem ocupado grande parte da produção teológica de quase todas as religiões da humanidade. Dessa forma o ser humano relaciona-se com o sagrado

como uma realidade infinitamente poderosa, colocando sua vida em uma ordem de significado, ou seja, as pessoas contam com a religião para que ela lhes forneça justificativas de existir, em uma posição social determinada (LEMOS, 2009b, p. 31-3; 2009c, p. 44).

Lemos (2008, p. 13) esclarece que a religião é um empreendimento humano pelo qual se estabelece um cosmos sagrado. O sagrado relaciona-se com o ser humano de um modo como não o fazem os outros fenômenos não humanos.

O cosmos postulado pela religião transcende o ser humano e ao mesmo tempo o inclui. A religião influi na compreensão que as pessoas têm de quem são e do que são apresentando valores e crenças a respeito da natureza humana e do destino (LEMOS, 2008, p. 13).

Assim, viabilizar significado às adversidades da vida tem-se constituído objeto de reflexão do ser humano. E as doenças crônicas potenciadoras de disfunções motoras, na maioria dos casos, incapacitantes em uma ou mais atividades básicas⁵ de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais⁶ de vida diária (AIVD), têm a propriedade de remeter o ser a essa busca por significado, por sentido e pelo transcendente.

1.2 O ADOECER EM PESSOAS ADULTAS, IDOSAS E CRIANÇAS

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs) são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Os índices de morte por DCNTs já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. No entanto, em todos os países do mundo as DCNTs constituem o principal problema de saúde pública, seja para homens, seja para mulheres (GOULART, 2011, p. 8-9).

A doença crônica causa alterações patológicas irreversíveis, pois ocorre de forma gradual, incapacitando os seus portadores, requerendo por isso cuidados permanentes tanto em nível hospitalar quanto domiciliar. Um dos transtornos mais comuns vivenciados em todo processo de doença crônica são as frequentes internações hospitalares (BRONDANI, 2008, p. 22).

⁵ As competências básicas compreendem as atividades de autocuidado e o desempenho das atividades rotineiras realizadas no âmbito restrito do domicílio, que permitem sobrevivência física da pessoa (REBELATTO e MORELLI, 2007, p. 10).

⁶ As competências instrumentais ou expandidas incluem atividades de vida prática que colocam a pessoa em contato com o ambiente físico e social externo (REBELATTO e MORELLI, 2007, p. 10).

[...] assim o doente e a família passam a conviver com ela e a incorporá-la no seu processo de viver. A família se adapta a este processo de doença, organizando-se no dia-a-dia no sentido de atender as necessidades do doente e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto (BECK, 1999, p. 74).

A população mundial com idade igual ou superior a 60 anos aumentará rapidamente até 2150 para algo em torno de 30% e a faixa da população acima de 80 anos de idade crescerá dos 61 milhões, verificados em 1995, para 320 milhões em 2050 e para mais de 1 bilhão em 2150 (TAMAI, 2002, p. 15). Esses indivíduos com 65 anos ou mais de idade podem precisar de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar uma refeição ou limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas.

A idade é sempre um fator a ser considerado. Os idosos, geralmente o grande grupo de risco, não estão sozinhos como vítimas das doenças crônicas, pois há evidências mundiais suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema crônico. Neste aspecto, a OMS já estimou que 72% das mortes antes dos 60 anos de idade podem ser ocasionadas por doenças crônicas ou não transmissíveis em países de renda alta, ao passo que as doenças transmissíveis representam apenas 8% e as lesões, 21% (GOULART, 2011, p. 9).

Estimativas sobre a prevalência da doença crônica indicam que entre 15 e 18% da população infantil americana pode sofrer de alguma forma de disfunção crônica, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental (CASTRO e PICCININI, 2002, p. 625).

As transformações sociais e econômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas e o aumento da expectativa de vida da população colaboraram para o aumento da incidência das doenças crônicas que constituem um sério problema de saúde pública (VERAS, 2011, p. 779).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, as DCNTs tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura. Segundo o IBGE (2001; 2002), 75,5% dos idosos têm alguma doença crônica, enquanto nos EUA 45% de toda a população têm ao menos uma. Entre as crianças, a asma e a paralisia cerebral são as doenças crônicas mais comuns, afetando 300 milhões de pessoas mundialmente.

Na população adulta e idosa são mais comuns doenças crônicas como hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doença de Alzheimer. Podem também acontecer sequelas e incapacidades, além do sofrimento e do alto número de anos de vida perdidos. Comparando com a situação de 2008, a projeção dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade para 2030 prevê um aumento de 37% nos países de baixa renda e 11% nos países de média renda (GOULART, 2011, p. 12-3).

Pode-se considerar que as DCNTs representam uma ameaça à população atingida e precisa de uma resposta global, visto que as mortes e deficiências atribuíveis a elas aumentam em todo mundo em função de diferentes padrões e estilos de vida e de trabalho, conforme poderá ser verificado a seguir.

1.2.1 Doença Crônica em Pessoas Adultas e Idosas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas em pessoas adultas e idosas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus*. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Dessa forma, fixa-se um cuidado integral para as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes *mellitus* (BRASIL, 2008, p. 13).

Dentre as doenças crônicas que acometem as populações adulta e idosa merecem destaque especial as doenças cerebrovasculares e as demências por constituírem uma das causas principais de invalidez nos países ocidentais. Entre as doenças cerebrovasculares, a manifestação mais comum é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), resultante de uma hemorragia cerebral ou, na maioria dos casos, de infarto cerebral, ou também de uma insuficiência neurológica repentina e específica. É o modo súbito como ocorre durante segundos, minutos, horas ou alguns dias que caracteriza a desordem como vascular (RYERSON, 2004, p. 783).

No sentido mais amplo, a OMS define o AVE como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal ou global envolvendo o hemisfério ou o tronco cerebral (ROWLAND, 2002).

Pelas definições clínicas convencionais, uma pessoa tem o diagnóstico de AVE se os sintomas persistirem por mais de 24 horas. Se ocorrer um déficit neurológico focal de duração inferior a este período, o distúrbio é definido como um Ataque Isquêmico Transitório (AIT). No caso dos sintomas que ultrapassam 24 horas e se resolvem em três semanas, são denominados de déficit neurológico isquêmico reversível, o que significa um acidente vascular encefálico de menor proporção (COTRAN, KUMAR e COLLIN, 2000).

Essas definições dadas pela análise da duração dos sintomas neurológicos estão sendo revistas, pelo uso mais generalizado da aquisição de imagens cerebrais com técnicas sensíveis, que mostram que doentes com sintomas fugazes podem apresentar imagens de AVE, isto é, sintomas transitórios de infarto cerebral. O cérebro adulto necessita de um suprimento ininterrupto de cerca de 150 gramas de glicose e 72 litros de oxigênio a cada 24 horas. Como no cérebro não há armazenamento dessas substâncias, a disfunção ocorre quando o conteúdo de oxigênio ou glicose é reduzido abaixo de níveis críticos (ROWLAND, 2002).

A atividade cerebral focal é acompanhada de uma aceleração do metabolismo na região apropriada, que é possibilitada pelo aumento do fluxo sanguíneo naquela área, sendo que esse mecanismo pode ser destruído em alguns casos. Os fatores etiológicos que levam à lesão são divididos em dois grupos principais: os isquêmicos, que correspondem a 85% das lesões provocadas por infarto cerebral; e os hemorrágicos, correspondendo a 15% das lesões causadas por hemorragia intracerebral e subaracnóidea (ROWLAND, 2002; STEVENS e LOWE, 2002).

Os três fatores de risco mais comumente reconhecidos da doença cerebrovascular são a hipertensão, o diabetes *mellitus* e as doenças do coração, sendo o mais importante deles a hipertensão. Por isso, as características humanas e comportamentais que aumentam a pressão sanguínea, incluindo os níveis altos de colesterol, a obesidade, o alto consumo de álcool, o uso de cocaína e o fumo, aumentam o risco de AVE (RYERSON, 2004, p. 784).

Considera-se que a principal característica dessa desordem é o início súbito dos sintomas neurológicos, porém pode ocorrer sem manifestações clínicas evidentes, sendo caracterizado como Acidente Vascular Cerebral Silencioso, em que a pessoa doente e seus familiares não perceberão sintomas de menor gravidade ou será comprometida uma área cerebral dita silenciosa (ROWLAND, 2002).

Alguns sintomas podem ocorrer isoladamente ou em diversas combinações como perda de visão (hemianopsia), visão dupla, fraqueza⁷ ou perda sensitiva de um lado do corpo (hemiplegia), disartria⁸, disfagia⁹, confusão, desorientação espacial, distúrbio de memória, déficit de marcha, cefaleia ou surdez unilateral (ROWLAND, 2002; RYERSON, 2004, p. 783).

As limitações de movimento pós-AVE são consequentes à paresia¹⁰, diminuição do funcionamento dos movimentos e hiper-rigidez mioplástica. Assim, as técnicas de controle motor são de grande importância, pois fundamentam na especificidade da tarefa, isto é, a tarefa desejada em um contexto específico¹¹ (LUNDY-EKMAN, 2004, p. 282).

Azeredo e Matos (2003, p. 199) enfatizam que a doença cérebro-vascular não é uma entidade patológica ou clínica única, podendo apresentar-se segundo quadros clínicos distintos. Ela se torna uma ameaça à qualidade de vida na velhice não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbidade que causa, implantando-se frequentemente em pessoas já com problemas físicos e/ou mentais.

A demência é outro agravo ocasionado em maior frequência nas pessoas idosas, promovendo alterações comportamentais e comprometimento das AVDs básicas e instrumentais, além de afetar sua integridade física, mental e social. Para tanto, é uma doença de grande impacto social não só pela grande ocorrência, como também pelos altos índices de morbidade na pessoa idosa (AZEVEDO, 2010, p. 22).

Estima-se que mais de 1 milhão de americanos com demência vivam em casas de repouso. Avalia-se que 1,5 a 2,5 milhões de pessoas com demência grave vivam em casa, apesar de cuidado contínuo. Aproximadamente 5 milhões de

⁷ Bobath (1977) argumentou que as pessoas com AVE não tinham perda da potência muscular no lado afetado, no entanto, ele afirmou que a fraqueza aparente nesta população era por uma contração dos músculos antagonistas opondo-se à atividade agonista, ou seja, o músculo contrário ao movimento está com maior atividade em relação ao músculo fundante do movimento (LUNDY-EKMAN, 2000, p. 143).

⁸ O termo disartria, para Umphred (2004, p. 1077), é designado como uma desordem de articulação resultante de uma deficiência do sistema nervoso central ou periférico no controle dos músculos da fala – erros na articulação dos sons da fala.

⁹ Desordem da deglutição (UMPHRED, 2004, p. 1077).

¹⁰ Para Lundy-Edman (2000, p. 140), paresia designa como uma perda parcial da contração voluntária, em outras palavras, perda parcial da movimentação voluntária.

¹¹ Se o objetivo é o sair da casa de modo independente, pratica-se o andar fora de casa em vez de atividades preparatórias, como ficar de pé, equilíbrio ou transferência lateral de pesos enquanto de pé. Usando as técnicas de controle motor, o cliente pode ser instruído a prestar atenção para a posição do pé quando o calcanhar toca o solo e a modificar o movimento no tornozelo parético para ficar igual ao do lado não-parético (LUNDY-EKMAN, 2000, p. 282).

peças vivem em casa e sofrem de demência leve a moderada e precisam de cuidado e supervisão parcial. Há uma previsão de que os distúrbios que causam déficit cognitivo continuarão a ser um problema de saúde pública crescente por pelo menos os próximos 50 anos. A projeção das estatísticas, supondo que não há cura ou meios eficazes de prevenir as causas comuns da demência, é de que em torno do ano 2040 haverá cinco vezes mais casos de demência do que hoje (JACKSON, 2004, p. 837).

Para Caramelli e Barbosa (2002), inúmeras são as causas de demência, sendo as quatro mais frequentes: doença de Alzheimer (DA)¹², demência vascular (DV)¹³, demência com corpos de Lewy (DCL)¹⁴ e demência frontotemporal (DFT)¹⁵.

As demências podem ser classificadas em duas categorias: degenerativas – têm origem predominantemente cortical (doença de Alzheimer) e subcortical (doença de Huntington); e não degenerativas – decorrentes de acidentes vasculares,

¹² É uma doença degenerativa, progressiva e irreversível, geradora de grande impacto social e altos custos financeiros. O quadro clínico da pessoa doente é caracterizado principalmente por esquecimento, comprometimento das AVDs básicas e instrumentais, empobrecimento da fala, irritabilidade, distúrbios comportamentais, inversão do sono ciclo-vigia, agitação, alucinações visuais e auditivas, dentre outros. O comprometimento cognitivo é responsável pela perda da autonomia e capacidade de decisão, podendo ser dividida em três estágios: inicial (duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem); intermediários (duração de dois a dez anos, que ocorrerá progressivamente uma afasia fluente, agnosia e apraxia); e terminais (duração de oito a doze anos, em que todas as funções cerebrais estão afetadas, com alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais). Uma característica importante é o declínio da memória, podendo aparecer rigidez e deterioração corporal (AZEVEDO, 2010, p. 22; ARAÚJO e NICOLI, 2010, p. 239).

¹³ É a segunda causa mais frequente de demência, correspondendo de 15 a 20% dos casos. É resultado dos efeitos de grandes lesões tromboembólicas, ou seja, de doenças cérebro-vasculares isquêmicas ou hemorrágicas, múltiplos infartos e hipofluxo cerebral. Sua apresentação clínica depende da causa e da localização do infarto cerebral, sendo que os fatores de riscos são os mesmos relacionados aos processos de aterogênese e doenças relacionadas à idade, hipertensão, diabetes, tabagismo, doenças cardiovasculares e cerebrais, dislipidemias, dentre outros (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; ARAÚJO e NICOLI, 2010, p. 238).

¹⁴ Corresponde à terceira causa mais frequente de demência. Caracteriza-se não somente pelo déficit cognitivo, mas por alterações na fluência verbal, alucinações visuais bem detalhadas, imagens assustadoras, sintomas parkinsonianos, sono agitado, pesadelos e síndrome das pernas inquietas (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

¹⁵ A demência frontotemporal é caracterizada principalmente por afasia progressiva, apraxia, alterações do caráter e desordem da conduta social, alterações precoces de personalidade e de comportamento, tais como a desinibição verbal, física e sexual, mudança comportamental como impulsividade, irritabilidade, passividade, inércia, perda da empatia e simpatia, negação da sintomatologia e consequências sociais. É uma demência de início insidioso e caráter progressivo. A memória e as habilidades visuoespaciais encontram-se relativamente preservadas. O início dos sintomas ocorre antes dos 65 anos, havendo a presença de paralisia bulbar, acinesia, fraqueza muscular e fasciculações, que dão suporte ao diagnóstico diferencial da DFT. Fazem parte dessa patologia a doença de Pick, a degeneração dos lobos frontais, a demência associada ao neurônio motor (Esclerose Lateral Amiotrófica) e também a Demência Semântica (CARAMELLI e BARBOSA, 2002; ARAÚJO e NICOLI, 2010, p. 236-37).

processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras (ARAÚJO e NICOLI, 2010, p. 232).

Jackson (2004, p. 842) afirma que pessoas com demência podem ter problemas específicos que inibem a integração de estímulo sensorial. Afasia e o distúrbio de vias de associação podem inibir a capacidade em integrar de forma precisa e significativa a informação sensorial.

A demência, seja reversível ou irreversível, geralmente tem um tempo maior de início, apesar de que um início agudo possa ocorrer. O curso de uma demência irreversível é único para cada pessoa, sendo que sua variação clínica ocorrerá com base na causa da doença subjacente e em fatores biológicos e psicossociais sobrepostos, incluindo doenças concomitantes à natureza do sistema de apoio social e à estrutura da personalidade pré-mórbida da pessoa (JACKSON, 2004, p. 849-50).

Para tanto, pode-se evidenciar que as demências são resultantes de uma série de estressores genéticos e ambientais que variam com o tempo, com a idade e com cada pessoa acometida. O curso clínico tem início insidioso e deterioração progressiva, com prejuízo na memória e na execução das atividades funcionais e de vida diária. Assim, julga-se importante, em qualquer DCNT, priorizar cada pessoa como um ser humano individual e único, com intuito de promover o bem-estar não somente individual, mas para os familiares e cuidadores (ARAÚJO e NICOLI, 2010, p. 241-42).

Portanto, diante de um estado de doença crônica em adultos e idosos, são diversas as manifestações de incapacidades na pessoa acometida gerando demandas múltiplas, tornando o cuidado diário uma tarefa de difícil realização e exigindo cuidados cada vez mais complexos ao cuidador. Assim, a sobrecarga ao cuidador diante dos cuidados diários pode levar a um desgaste físico, mental e emocional, na vida da pessoa cuidadora de um doente crônico, seja adulto ou idoso.

1.2.2 Doença Crônica em Crianças

O nascimento de uma criança traz consigo a possibilidade de realizações. Os pais e toda família desenvolvem expectativas com relação à saúde e à perfeição física da criança, e nenhuma família espera ter uma criança com problemas físicos ou mentais. O impacto da deficiência terá sempre um significado individual e diferente em cada membro da família (BUSCAGLIA, 1997; ROSA, 2006, p. 22).

O estabelecimento do vínculo com um bebê desejado é presente no imaginário dos pais e de toda família, sendo que todas as expectativas são voltadas para o nascimento de uma criança normal. O desenvolvimento cerebral depende, além de estruturas orgânicas intactas, do movimento e da estimulação advinda do ambiente. Após o parto, o bebê iniciará a exploração do ambiente estabelecendo relações diretas do seu corpo com o espaço e com as pessoas cuidadoras, especialmente a figura materna (ROSA, 2006, p. 22-4).

A criança normal percorrerá um caminho que deverá culminar com a sua completa independência caso haja qualquer interrupção ou prejuízo motor há evidências de um comprometimento no Sistema Nervoso, causando alterações na postura e no movimento para a aquisição das habilidades motoras grossas e finas do bebê. Para Nelson (2004, p. 275), ninguém planeja ou espera dar a luz uma criança com incapacidade. Os pais esperam por reações normais e saudáveis de seus bebês.

O nascimento de uma criança que apresenta risco de incapacidade, ou o diagnóstico de uma incapacidade, pode gerar crises, tanto de desenvolvimento quanto de situação para os pais e o sistema familiar. A crise de desenvolvimento compreende adaptação à mudança de papéis ao se tornarem pais e à expansão do sistema familiar. Embora não aconteça de modo inesperado, essa transição evolutiva dos pais traz modificações no estilo de vida, que podem ser estressantes e causar conflitos (SWEENEY e SWANSON, 2004, p. 215).

Quando há um diagnóstico precoce de incapacidade, os pais têm a oportunidade de entender o problema e ajudar no desenvolvimento do bebê. Muitos pais precisam de conselhos específicos para evitar a centralização de toda a energia na criança incapaz. Em geral o diagnóstico dado à criança com incapacidade, indica que a criança tem uma lesão no sistema de controle motor com distúrbio residual de postura e controle de movimento, podendo ter um curso prolongado e duradouro por toda a vida da criança (NELSON, 2004, p. 275-7).

A doença crônica tem sido definida como perturbações de saúde que persistem por longos períodos de tempo, podendo se estender por toda uma vida. Perrin e Shonkoff (*apud* PICCININI, 2003, p. 76) acrescentam que tais doenças podem ser manejadas e controladas no intuito de diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos doentes, porém, na maioria dos casos, não são curadas.

Apesar de muitas doenças crônicas serem raras, associadas a outras, elas afetam cerca de 15 a 18% da população infantil, dentre elas, podem ser consideradas: fibrose cística, disfunção renal crônica, cardiopatias, câncer, deficiências físicas ou disfunção neuromotora, agenesia de membro, dificuldade de aprendizagem, enfermidades neurológicas, déficit de atenção, epilepsia infantil, doenças psicossomáticas, asma, obesidade infantil, doenças mentais, autismo e retardo mental (PICCININI, 2003, p. 76).

Na criança um dos eventos destacados dentre as DCNTs é a disfunção neuromotora ou paralisia cerebral, podendo ser descrita como qualquer desordem que acomete o controle do movimento e da postura.

O termo Paralisia Cerebral¹⁶ (PC) pode ser definido como um grupo de distúrbios neurológicos crônicos, não progressivos, acometendo particularmente o controle do movimento e/ou postura, em decorrência de processos lesionais em uma ou mais áreas cerebrais específicas durante o período de desenvolvimento cerebral, isto é, durante a vida intrauterina e até os primeiros anos de vida (MARCONDES e ORAY, 2003).

Diante disso, Diament e Cypel (1996, p. 781) consideram a PC como um grupo de distúrbios caracterizados por reduzida habilidade em fazer uso voluntário dos músculos, causada por um distúrbio cerebral não progressivo e não hereditário, que se inicia antes ou no momento do parto ou nos primeiros anos de vida. Diante dessa agressão encefálica, as sequelas se caracterizam primordialmente por um transtorno persistente, mas não invariável do tônus muscular¹⁷, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância e que não só é diretamente

¹⁶ Dra. Karel Bobath trabalha melhor essa definição, dizendo que “a lesão afeta o cérebro imaturo e interfere na maturação do sistema nervoso central, que tem consequências específicas quanto ao tipo de paralisia cerebral desenvolvida, seu diagnóstico, sua avaliação e seu tratamento” (NELSON, 2004, p. 273).

¹⁷ Para Lundy-Ekman (2000, p. 140-1), tônus muscular é a quantidade ou grau de tensão do músculo em repouso. Em uma pessoa com sistema neuromuscular íntegro, capaz de relaxar seus músculos, a resistência ao estiramento passivo de um músculo é mínima. Quando uma pessoa normal fica ansiosa, o tônus muscular aumenta e os reflexos de estiramento ficam mais reativos. A lesão em qualquer ponto do sistema motor interfere na capacidade de regular o tônus muscular – a hipotonia (também chamada de flacidez) ou resistência anormalmente baixa ao estiramento passivo ocorre nas seguintes condições: distúrbios cerebelares, lesões dos motoneurônios inferiores, e temporariamente após lesão aguda de motoneurônio superior. O outro extremo, a hipertonia ou resistência anormalmente alta ao estiramento passivo ocorre nas seguintes condições: lesões crônicas de motoneurônios superiores e alguns distúrbios dos gânglios da base. Existem dois tipos de hipertonia: espástica (usualmente chamada de espasticidade, nela o grau de resistência ao movimento passivo depende da velocidade do movimento, assim, a espasticidade é uma hipertonia dependente da velocidade); rígida (a resistência ao movimento passivo permanece constante, independentemente da velocidade com que a força é aplicada, assim, a rigidez é a hipertonia independente da velocidade).

secundária, mas também pela influência que tal lesão exerce na maturação neurológica.

O comprometimento neuromotor pode envolver partes distintas do corpo da criança, resultando em classificações topográficas específicas. A classificação baseia-se nas alterações clínicas do tônus muscular e no tipo de desordem do movimento, podendo produzir o tipo espástico, discinético ou atetoide, atáxico, hipotônico e misto. A gravidade do acometimento neuromotor da criança pode ser caracterizada como leve, moderada ou grave, baseada no meio de locomoção da criança (ASSIS-MADEIRA e CARVALHO, 2009, p. 143).

No entanto, em conformidade com a distribuição do comprometimento motor, a PC é classificada como quadriplégica, hemiplégica e diplégica. Alguns autores consideram os termos dupla hemiplegia, monoplegia e triplegia; no entanto outros consideram que a monoplegia pura ou a triplegia provavelmente não exista, embora seja possível perceber alguns casos enquadrados nessas categorias (ASSIS-MADEIRA e CARVALHO, 2009, p. 152).

Em 1897, Sigmund Freud (*apud* MARANHÃO, 2005) dirigiu sua atenção ao fato de que muitas crianças apresentavam outros problemas além das alterações motoras, dentre eles: retardo mental, convulsões e distúrbios visuais. Tais alterações poderiam estar também relacionadas a agressões ocorridas em fases mais precoces da vida intrauterina.

Durante anos, essas observações de Freud não foram muito valorizadas, até que, no final de 1980, pesquisas importantes realizadas nos EUA e na Austrália demonstraram que tanto a hipóxia¹⁸ quanto outros problemas neonatais não são as principais causas de PC e que na maioria das crianças com PC a causa era desconhecida. Portanto, as causas de PC podem ser de origem pré-natal (infecções, parasitoses, intoxicações, radiações, fatores maternos e malformações genéticas e cromossômicas), perinatal (paralisia cerebral ou disfunção neuromotora, hemorragias intracranianas, asfixia aguda, encefalopatia hipóxico-isquêmica, encefalopatia por hiperbilirrubinemia e leucomalácia periventricular) ou pós-natal (meningite ou encefalite, traumatismo craniano, afogamento, parada cardíaca durante cirurgias, acidentes vasculares cerebrais, tumores, exposição ao chumbo e trombose pela anemia falciforme), como são comumente subdivididos os fatores etiológicos da paralisia cerebral (DIAMENT e CYPEL, 1996, p. 783; MARANHÃO, 2005).

¹⁸ Diminuição do teor de oxigênio do sangue (MANUILA, MANUILA e NICOULIN, 1997, p. 383).

Behrman e Khieghman (2002) e Maranhão (2005) esclarecem que o diagnóstico da PC é primordialmente clínico, baseado em anamnese e exame físico minucioso, que devem excluir um distúrbio progressivo do Sistema Nervoso Central (SNC) e incluir as doenças degenerativas, tumor da medula espinhal ou distrofia muscular, de acordo com a intensidade e a natureza das anormalidades neurológicas. O eletroencefalograma e a tomografia computadorizada podem ser indicados para determinar a localização e a extensão das lesões estruturais ou malformações congênitas associadas.

A maneira como a criança responde à presença de uma doença crônica dependerá de fatores relacionados à própria doença (limitações físicas e sociais, acarretando um diagnóstico precoce ou tardio, prognóstico, gravidade, visibilidade e origem genética); relacionados à criança (idade, gênero, temperamento e personalidade), e relacionados à família (estrutura familiar, habilidades de comunicação e solução de problemas) (PICCININI et al., 2003, p. 76).

A PC não tem cura, seus problemas duram toda vida. No entanto, muito pode ser feito para que o indivíduo alcance o máximo de independência. O prognóstico geralmente depende do tipo de PC e de sua gravidade, em que é sabido que 90% das crianças sobrevivem até a idade adulta; contudo, crianças com maior comprometimento neurológico (incapazes de realizar qualquer cuidado pessoal) apresentam menor expectativa de vida (MARANHÃO, 2005).

Assis-Madeira e Carvalho (2009, p. 143), juntamente com outros autores, retratam que os primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por grandes modificações no seu crescimento e desenvolvimento. O termo desenvolvimento, quando aplicado à evolução da criança, significa que com o decorrer do tempo existirá um aumento das possibilidades individuais de agir sobre o ambiente. Esse ambiente pode influenciar o desenvolvimento motor de crianças com paralisia cerebral, visto que o desenvolvimento motor não é algo estático, não é somente o produto de fatores biológicos, mas é, sobretudo, influenciado por condições ambientais que interferem na aquisição de habilidades funcionais dessas crianças.

É possível perceber que, apesar da doença crônica na infância apresentar um ritmo lento em seu desenvolvimento, com uma prevalência bastante elevada de alterações físicas e com implicações para a própria criança e também para sua relação familiar, como esclarece Castro e Piccinini (2002, p. 633), pode-se ainda acreditar que o desenvolvimento surge da influência entre os fatores intrínsecos -

como a força muscular, o peso corporal, o controle postural, o estado emocional da criança e o seu desenvolvimento cerebral - e os fatores extrínsecos - como as condições do ambiente e da tarefa - e que a partir desse longo e lento processamento as informações vão sendo armazenadas e um movimento atrasado, retrógrado, passa a atingir novas formas e adequações posturais.

Tanto os déficits funcionais e cognitivos, mudança de personalidade ou comportamento, quanto as mudanças da comunicação são alterações impostas pela doença crônica em crianças. A partir dessas alterações podem ser gerados ou evidenciados níveis de incapacidades, comprometendo não somente a pessoa com doença crônica, mas a família e a comunidade.

Esse contexto disfuncional pode contribuir para agravar o quadro dificultando a adesão aos tratamentos, à adaptação da criança e família à doença e a qualidade de vida do doente. Assim julga-se necessário medidas emergenciais de preparo para com o cuidado integral a essa população.

1.3 O DESEMPENHO DA FUNCIONALIDADE DE DOENTES CRÔNICOS NUMA DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerado como uma real conquista quando se agrega qualidade aos anos adicionais de vida. Qualquer medida de prevenção, intervenção, apoio e atenção integral à saúde da pessoa normal ou fragilizada deve levar em consideração a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autosatisfação, de atuação nos contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida (VERAS, 2009, p. 549).

Os fatos e as evidências apontam urgências de mudanças no cuidado à população atingida com qualquer que seja a DCNT, visto que a recuperação ou manutenção dos que adoecem está intimamente ligada ao desempenho de suas funções vitais e essenciais, ou seja, sua qualidade de vida. O desempenho nas ABVDs constitui parâmetro amplamente determinante na constituição do indivíduo.

Mediante a execução das habilidades funcionais, os profissionais da saúde têm uma visão mais precisa das condições atuais e existenciais da pessoa.

Rebelatto e Morelli (2007, p. 10) destacam a necessidade de um modelo de qualidade de vida em que possam ser contempladas todas as mudanças, sejam elas positivas ou negativas, que vêm com a doença crônica.

Entre as mudanças negativas, podem ser citadas as mais dependentes de mecanismos genético-biológicos as seguintes: alteração das capacidades biomecânicas, alteração nas capacidades sensoriais e psicomotoras, mudanças na velocidade do processamento da informação, prejuízos na memória, diminuição da capacidade de novas aprendizagens e redução no controle instrumental. Entre as mudanças positivas, há uma capacidade de melhor adaptação como, por exemplo: seletividade sócioemocional, capacidade de estabelecer prioridades, capacidade de administração dos eventos da vida prática, prudência e precisão ao realizar tarefas (REBELATTO e MORELLI, 2007, p. 10).

As capacidades relativas à realização de atividades de autocuidado ou de atividades de vida diária são compostas por duas classes de competências, as básicas (ABVDs): arrumar-se, alimentar-se sozinho, tomar banho, vestir-se, ser capaz de levantar da cama, transferir-se de um lugar para outro e locomover-se; e as instrumentais ou expandidas (AIVDs): fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transportes, cozinhar, comunicar-se, ler, escrever, pintar, ouvir música, telefonar, cuidar da própria saúde e manter a própria integridade e segurança (MANCINI et al., 2002).

Rebelatto e Morelli (2007, p. 11) afirmam que quando ocorrem déficits nas capacidades funcionais isso é refletido na dependência funcional. No entanto, dificuldades de locomoção, déficits sensoriais e até invalidez não implicam necessariamente numa descontinuidade do funcionamento intelectual e afetivo.

Pessoas incapacitadas têm argumentado que a incapacidade é, em si, uma categoria social e não natural. Os seres humanos vêm numa variedade de formas, com diferentes capacidades e incapacidades, habilidades e inabilidades, forças e fraquezas. Algumas das variantes são distribuídas ao longo da vida, algumas são atributos distribuídos de modo diferente por nascimento ou pelas circunstâncias. [...]. A incapacidade que é associada com a carência corporal deriva de um mundo social que privilegia alguns corpos mais que outros, algumas mentes mais que outras e, ao fazer isto, constroi um mundo que permite que as capacidades humanas floresçam em alguns e em outros não. A ideia de que a incapacidade é a consequência de preconceito social e uma falta de sensibilidade social para com as exigências de habilidades e demandas corporais diferentes agora se tornou conhecida como o modelo social de incapacidade. Havendo apoio e acesso adequados, as pessoas com incapacidades podem levar vidas que são tão completas e dignas com as daqueles cujos corpos não sofrem dessas deficiências (KITTAI, 2003, p. 104-5).

Ligado a tudo isso ainda estão os sentimentos, as dúvidas e possibilidades quanto à sexualidade de uma pessoa dependente. A maioria das pessoas não

acredita que uma pessoa dependente possa ter relações sexuais e muito menos possibilitar prazer ao parceiro ou parceira, quanto mais ter filhos ou filhas. Parece que a ideia do direito ao sexo e à felicidade é apenas para pessoas consideradas normais. A deficiência ou a debilidade funcional não limita a capacidade de amar, nesse sentido, é importante conhecer as reações emocionais e os processos psicológicos que auxiliam as pessoas com deficiência a elaborar a superação da deficiência e viver bem com seus limites (MÜLLER, 1997, p. 38-40).

É necessário refletir as reais necessidades e condições de vida e saúde do doente fragilizado, e isso é possível a partir de um processo de avaliação do estado de saúde da pessoa doente. Portanto, a capacidade funcional constitui-se no foco do exame um indicador de saúde mais completo relacionando-se diretamente com a qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (PEREIRA et al., 2006, p. 28).

Ramos (2003, p. 794) destaca que capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente de grande relevância ao doente fragilizado, visto que a partir da investigação das reais condições de saúde do doente, por intermédio da capacidade funcional, é possível identificar as potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do doente, interferindo no seu processo saúde-doença, estabelecendo assim sua qualidade de vida.

O termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados, condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do doente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) por intermédio do seu grupo de estudos, *The WHOQOL Group*, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente. Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (PEREIRA et al, 2006, p. 28).

Ser capaz de exercer e desenvolver as capacidades do incapacitado impõe à sociedade exigências diferentes, mas qualquer sociedade com dignidade deve estar

empenhada em prover recursos para as pessoas incapazes participarem de todas as áreas da vida humana (KITTAI, 2003, p. 106).

Todavia há algumas pessoas com incapacidades que não são [...] incorporadas em nenhuma das caracterizações dos merecedores de dignidade. Há pessoas com incapacidades que, apesar dos recursos postos à disposição e da eliminação de preconceitos, não serão capazes de moldar sua vida como julgam conveniente, que não mostram evidentemente a capacidade de começar um raciocínio prático moral, e que não podem funcionar reciprocamente num esquema de cooperação social. Contudo podem experimentar alegria humana, relações humanas, beneficiar-se com habilitação, experiências artísticas, etc. Podem dar e receber amor, mesmo se isto nem sempre possa manifestar-se da maneira habitual. Também não podem sempre ser independentes e produtivos, e não é totalmente claro se podem ser atores morais (KITTAI, 2003, p. 106).

Perante conceitos ordenados anteriormente há evidências de que a manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos doentes, por estar relacionada a autonomia, independência, incapacidades¹⁹, deficiências²⁰, vantagens e desvantagens (ROSA et al., 2003, p. 41).

A capacidade funcional é um conceito comum em diversas culturas, por ser considerada como a habilidade em que a pessoa tem para a realização de atividades que permitam a ela cuidar de si própria e viver independentemente (AZEVEDO, 2010, p. 24).

Desta maneira, a capacidade de se autocuidar e de atender as necessidades básicas diárias, ou seja, as ABVDs, são indicativas das reais condições do indivíduo e da qualidade de vida em que a pessoa se encontra. Diante de um estado de doença e com existência de incapacidades funcionais à pessoa, a figura da pessoa que cuida, o cuidador, se torna uma peça essencial e fundamental ao suporte físico e emocional do dependente (DIOGO, 2003; GARRIDO e ALMEIDA, 1999).

Boff (2011, p. 89-90) sinaliza que o cuidado é uma constituição ontológica sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz; cuidado subministra preliminarmente o solo em que se move toda interpretação do ser humano.

¹⁹ A incapacidade funcional, para Rosa et al. (2003, p. 41), é definida pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

²⁰ Buscaglia (1997) esclarece que uma deficiência não é uma coisa desejável e quase sempre causará sofrimento, desconforto, embaraço, lágrimas, confusão, gasto de tempo e dinheiro.

A virtude do cuidado, a dedicação assimétrica, não recíproca e parcial ao bem estar do outro, que exige que a pessoa se torne transparente às necessidades do outro, é uma capacidade moral característica com propriedades não facilmente assimiladas às propriedades de um imperativo categórico imparcial, cognitivista e ligado à obrigação ou de utilitarismo calculista. Mas se cuidar não é o mesmo que agir de acordo com o imperativo categórico ou princípio utilitário, todavia é uma capacidade moral caracteristicamente humana como o exercício da autonomia moral racional. [...] nenhuma outra criatura dedica-se a cuidar dos doentes, dos incapacitados e dos idosos frágeis como os humanos fazem como sendo coisa natural. [...] Nosso cuidado dos filhos e dos doentes, deficientes ou idosos mostra uma capacidade moral tão caracteristicamente humana e tão caracteristicamente digna de dignidade humana como a autonomia moral, a autocriação e a capacidade de fazer arranjos de cooperação social recíproca. [...] A capacidade de prestar cuidado, de admitir cuidado, de estar ligado por relações recíprocas de cuidado não é apenas uma pré-condição para uma moralidade [...] ela mesma é uma força moral distinta que é simultaneamente uma resposta ao valor intrínseco de cada indivíduo e a fonte desse valor. O valor de cada um deriva do cuidado que lhe haja prestado uma pessoa [...] (KITTAI, 2003, p. 113-4).

Para Kittay (2003, p. 115), o reconhecimento desse valor não vem pela atitude de respeito, mas pela atitude de cuidado amoroso. O cuidado surge do amor concreto de um particular, e esse amor dá surgimento a um dever, ou seja, o dever de prestar cuidado quando for preciso. Prestar cuidado ao outro infunde na pessoa o valor daquele que presta o cuidado. Assim, prejudicar ao que é cuidado também é violar o indivíduo que cuida.

Ninguém almeja ter a necessidade de uma pessoa cuidadora inserida em seu contexto familiar, ou seja, ninguém almeja ter em seu contexto familiar uma doença. O indivíduo sempre cria expectativas de uma vida com saúde. Contudo, ter uma pessoa doente no contexto familiar pode gerar frustração e sofrimento. A doença, segundo Romano (1998, p. 70), é uma quebra do equilíbrio biopsicossocial, e esta quebra pode direcionar na pessoa cuidadora e no doente uma busca por significados e sentido em sua vida, podendo levar a pessoa a buscar saúde por intermédio da experiência religiosa.

Para Berger (1985, p. 32, 73-99), a vida do indivíduo está embutida na vida da coletividade, ou seja, o mundo construído por cada indivíduo é uma ordenação de experiências. “Uma ordem significativa, ou *nomos*²¹, é imposta às experiências e sentidos discretos dos indivíduos”. Assim, a religião pode ser constituída como um dos baluartes contra a anomia na história humana.

²¹ O termo “*nomos*” é indiretamente derivado de Durkheim a partir do conceito de anomia.

[...] não se pode haver indivíduo totalmente socializado, assim sempre haverá também significados individuais que permanecem fora ou à margem do nomos comum. Na verdade, as experiências do indivíduo são de considerável importância para a compreensão da existência social. Apesar disso, há uma lógica inerente que impede todo nomos a expandir-se em áreas mais amplas de significado. Embora a atividade ordenadora da sociedade nunca atinja a totalidade, pode ainda assim ser descrita como totalizante. O mundo social constitui um nomos tanto objetivo como subjetivamente. O nomos objetivo é dado no processo de objetivação [...] e interiorizado no decurso da socialização. O indivíduo se apropria dele tornando-o sua própria ordenação subjetiva da experiência. É em virtude dessa apropriação que o indivíduo pode “dar sentido” à sua própria biografia. [...] viver num mundo social é viver uma vida ordenada e significativa. A sociedade é a guardiã da ordem e do sentido não só objetivamente, nas suas estruturas institucionais, mas também subjetivamente, na sua estruturação da consciência individual. É por esse motivo que a separação radical do mundo social, ou anomia, constitui tão séria ameaça ao indivíduo (BERGER, 1985, p. 33).

Lemos (2002, p. 488) caracteriza a religião como um fator de nomia por fornecer justificativas para a existência do indivíduo na posição em que se encontra no mundo e para as experiências vividas por pessoas doentes. Assim, o ser humano se volta para a religião em seus momentos críticos de doença, pois representa o caos, e a religião busca trazer significados ao universo, impedindo o indivíduo de entrar num estado de anomia.

Numa situação de caos, o indivíduo não perde apenas os laços que o satisfazem emocionalmente, mas perde a sua orientação na experiência. Em casos extremos chega a perder o senso da realidade e da identidade, tornando-se anômico no sentido de se tornar sem mundo, ou seja, o indivíduo é mergulhado na anomia quando há uma interrupção, perda ou ruptura das forças e comunicações às quais há pertencimento e integração. Nestas circunstâncias o indivíduo começará a perder as suas posturas morais, com desastrosas consequências psicológicas, tornando-se inseguro quanto às suas posições cognitivas, tendo um esmorecimento de sua sustentação (BERGER, 1985, p. 35).

A realidade e a identidade são transformadas em figuras de horror destituídas de sentido. [...] A anomia é intolerável até o ponto em que o indivíduo pode lhe preferir a morte. Reciprocamente, a existência num mundo nômico pode ser buscada a custo de todas as espécies de sacrifício e sofrimento, se o indivíduo estiver persuadido de que esse sacrifício supremo tem alcance nômico. A qualidade protetora da ordem social se patenteia de modo especial ao se considerar às situações marginais da vida do indivíduo, isto é, as situações em que ele é levado até as proximidades ou para além dos limites da ordem que determina a sua rotina, a existência cotidiana. Essas situações marginais ocorrem comumente nos sonhos e na imaginação. Podem surgir no horizonte da consciência como suspeitas obsessivas de que o mundo possa ter outro aspecto que não o seu aspecto

normal, isto é, que as definições previamente aceitas da realidade possam ser frágeis e até fraudulentas. Essas suspeitas se estendem à identidade própria e à dos outros, postulando a possibilidade de metamorfoses catastróficas. Quando tais suspeitas invadem as áreas centrais da consciência elas assumem, naturalmente, as constelações que a moderna psiquiatria denominaria neuróticas ou psicóticas. Seja qual for o *status* dessas constelações [...], o profundo terror que encerram para o indivíduo está na ameaça que constituem ao seu *nomos* previamente operativo. A situação marginal por excelência é [...] a morte. Assistir à morte dos outros [...] e antevendo a própria morte, o indivíduo é fortemente impelido a pôr em questão os procedimentos cognitivos e normativos operantes *ad hoc* na sua vida normal na sociedade. A morte constitui para a sociedade um formidável problema não só devido à sua óbvia ameaça à continuidade das relações humanas, mas também porque põe em cheque os pressupostos básicos da ordem sobre os quais descansa a sociedade. Em outras palavras, as situações marginais da existência humana revelam a inata precariedade de todos os mundos sociais (BERGER, 1985, p. 35-6).

Para Berger (1985, p. 40) a existência humana é essencial e inevitavelmente uma atividade exteriorizante. No decorrer da exteriorização os homens conferem significado à realidade. “Toda sociedade humana é um edifício de significados exteriorizados e objetivados, que tendem sempre a uma totalidade inteligível” (BERGER, 1985, p. 41). Pode-se dizer, portanto, que toda cosmificação tem um caráter sagrado, ou seja, somente através do sagrado é possível ao homem conceber um cosmos em primeiro lugar. Assim, a religião desempenhou e ainda desempenha uma parte estratégica no empreendimento humano da construção do mundo.

A vivência da saúde com a espiritualidade revela o fato de que a sociedade é marcada por fragilidades²² e vulnerabilidades. Para Pessini (2010, p. 91), essas fragilidades interferem no campo psicoespiritual e afetam o mais íntimo da pessoa: a espiritualidade, o sentido da vida, os valores, as relações interpessoais, a administração da vida, do tempo e a vida afetivo-emocional.

Para Azevedo (2010, p. 21), a incapacidade cognitiva é uma das fragilidades que mais comprometem a funcionalidade da pessoa cuidadora, tornando o cuidado diário uma tarefa de difícil realização, complexa e sofrida, chegando a ser, de certa forma, destrutiva e ofensiva às próprias condições da vida humana.

²² Para Azevedo (2010, p. 21) definir fragilidade são utilizados vários critérios, dependendo da população analisada. No entanto, merece destaque para as polipatologias (cinco diagnósticos ou mais); polifarmácia (cinco drogas dia ou mais); imobilidade total ou parcial e/ou redução do condicionamento cardiorrespiratório limitante; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (distúrbios da marcha ou quedas de repetição); instabilidade cognitiva (síndrome demencial, depressão, *delirium*); história de internações recentes e/ou alta hospitalar; dependência para AVDs básicas e/ou instrumentais; insuficiência familiar (impossibilidade de desfrutar da família como órgão de apoio e de saúde, favorecendo a situações de morbidade significativas, podendo levar a pessoa doente a situações de agressão afetiva, física ou psíquica); incapacidade cognitiva (surdez ou cegueira parcial ou total).

Os fenômenos anômicos destrutivos à condição humana podem ser superados e qualquer informação que forneça significado e constitua uma legitimação religiosa pode ser denominada de teodiceia, exprimindo elementos psíquicos individuais e coletivos, envolvendo um conjunto de explicações religiosas que buscam tecer justificativas sobre o sofrimento do ser humano (BERGER, 1985, p. 65).

A teodiceia afeta diretamente o indivíduo na sua vida concreta na sociedade. Uma teodiceia plausível [...] permite ao indivíduo integrar as experiências anômicas de sua biografia no nomos socialmente estabelecido e o seu correlato subjetivo na sua própria consciência. [...] Nas situações de intenso sofrimento, a necessidade de significado é tão forte quanto a necessidade de felicidade, ou talvez maior. Não resta dúvida de que o indivíduo que padece de uma moléstia que o atormenta, ou de opressão e exploração às mãos dos seus semelhantes, deseja alívio desses infortúnios. [...] Se uma teodiceia responde, de qualquer maneira, a essa indagação de sentido, serve a um objetivo de suma importância para o indivíduo que sofre, mesmo que não envolva uma promessa de que o resultado final dos seus sofrimentos é a felicidade neste mundo ou no outro. Seria, por esta razão, um equívoco considerar as teodiceias unicamente em termos do seu potencial redentivo. [...] As teodiceias podem servir de legitimações tanto para os poderosos como para os fracos, para os privilegiados como para os desfavorecidos. Para estes últimos elas podem, evidentemente servir de ópio para tornar menos miserável a sua situação, e justamente por isso impedi-los de se revoltarem contra ela. [...] Em outros casos, pode haver duas teodiceias discretas estabelecidas na sociedade – uma teodiceia do sofrimento para um grupo e uma teodiceia da felicidade para o outro. Essas duas podem relacionar-se entre si de diversos modos, ou seja, segundo diferentes graus de simetria. Em todo caso, a desintegração da plausibilidade das teodiceias legitimadoras das desigualdades sociais é potencialmente revolucionária nas suas consequências (BERGER, 1985, p. 70-2).

As experiências vivenciadas e construídas por cada pessoa estão, na maioria dos casos, ameaçadas por forças do caos e pela realidade inevitável da morte, “a não ser que a anomia, o caos e a morte possam ser integrados no nomos da vida humana, assim, a teodiceia é uma tentativa de se fazer um pacto com a morte” (BERGER, 1985, p. 92).

Ao vincular o cuidador informal neste contexto, suas experiências cotidianas de cuidado podem ser grandes ameaças de uma vida saudável, sendo incapaz de executar algumas funções que possam ser exigidas na continuidade do cuidado, pois com uma sobrecarga, em uma pessoa que já apresenta evidências anômicas e propícias ao caos, podem apresentar na pessoa cuidadora manifestações psiquiátricas e comportamentais de difícil controle, levando a um maior desgaste físico, mental e emocional (LUZARDO, 2006, p. 26).

Para tanto as diversas manifestações das capacidades e incapacidades da pessoa doente geram demandas múltiplas na vida do doente e especialmente na vida do cuidador.

Para tais manifestações julga-se como elemento prioritário para a manutenção da qualidade de vida do doente crônico a figura do cuidador, que de certa forma necessita de alguma renúncia do seu eu individual e de suas necessidades, ansiedades e problemas para que a vida do outro seja conduzida ou adequada, mediante suas particularidades. A partir dessa entrega autonegadora de si ao outro intensifica uma necessidade de algum sentido. Assim, mediante essa trama de sentidos e significados, o indivíduo pode embarcar na busca pelo numinoso, pelo transcendente, pelo sagrado e pela espiritualidade como tentativa de retomar seu equilíbrio, contra a ameaça de sua destruição pelas forças anômicas, próprias da condição vivenciada no seu cotidiano como cuidador.

1.4 COMPREENDENDO O CUIDAR PARA CUIDAR DE QUEM CUIDA

A quantidade de pessoas com determinados graus de dependência ou incapacidade tem aumentado a cada dia, o que condiciona para um aumento do número de cuidadores existentes. Cuidar é um ato inerente à condição humana, uma vez que à medida que as pessoas ultrapassam as várias etapas do ciclo vital vão sendo alvo de cuidados ou prestadores de cuidados. Esse ato de cuidar é uma experiência única vivenciada de um modo personalizado e mais ou menos dificultado diante das características pessoais de cada cuidador e da pessoa alvo dos cuidados (BIDARRA, 2010, p. 23).

Waldow (1999, p. 130-1) cita alguns construtos de cuidar / cuidado encontrado em 54 culturas:

aceitar, assistir os outros, ser autêntica (o), envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, fazer para/com, tocar, amar, ser paciente, proteger, respeitar, compartilhar, compreender, ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento, segurança, valorizar o outro, ser responsável, usar silêncio, relacionar-se espiritualmente, ouvir. [...] Respeitar os outros, respeitar estilo de vida, respeitar desejos, respeitar a privacidade, respeitar diferenças sexuais.

Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma "atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito" (VALLA e LACERDA, 2004).

Cuidar sugere uma atitude moral alternativa. Na perspectiva de cuidar, o importante não é chegar à decisão correta, compreendida como a maneira pela qual um indivíduo abstrato gostaria de ser tratado nessa ou naquela situação, mas à de satisfazer as necessidades de um outro específico ou preservar as relações de cuidados existentes (TRONTO, 1997, p. 191).

Para Cardoso, Rosalini e Pereira (2010, p. 35), o cuidar é um conjunto de ações que envolvem administração de medicação, dieta alimentar, higiene pessoal, realizar exercícios, entre outras ações, ou seja, o ato de cuidar representa uma atitude de responsabilização, preocupação e envolvimento afetivo.

O conhecimento de ações, hábitos, padrões e comportamentos de cuidar auxiliam na forma como poderá ser desenvolvido o processo de cuidar pela pessoa cuidadora. Assim, pode-se afirmar que as pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar com o decorrer do tempo, e a forma como expressam esses cuidados está grandemente ligada a padrões culturais (WALDOW, 1999, p.131).

O cuidado existe quando se dedica ao outro, participando de suas buscas, sucessos, sofrimentos, angústias, felicidade, enfim, de sua vida. O cuidador sai de si e centra-se no outro (BOFF, 2011, p. 33-4).

Cuidar lembra, a princípio, uma situação que envolve a emoção de um indivíduo e reflete em proteção e segurança de outro (MACHADO, 2006, p. 33).

O cuidar é um ponto de partida, uma atitude; é um desejo de empenhamento que se manifesta em conhecimentos adquiridos e atos a fim de prestar cuidados a uma pessoa única (GRELHA, 2009, p. 36).

Para tanto, o termo cuidado em Silva (2004, p. 17-20) é entendido como o próprio ser da existência na sua capacidade de projetar-se a si mesmo e de poder ser. O cuidado dispõe a sustentação sobre a qual a interpretação e a compreensão humana se organizam e se movimentam.

A partir do cuidado é possível aproximar-se de uma compreensão humana acerca do modo como se organiza e vive o ser humano. O “modo-de-ser-cuidado é movido por uma paixão comum” que se faz por meio de um “querer-viver na empatia que busca pelo consenso, a escuta sensível relembrando a ideia de uma vivência construída na dinâmica de coordenações consensuais” (SILVA, 2004, p. 21).

O cuidado apresenta alguns ingredientes principais que constituem as qualidades necessárias para cuidar:

- O cuidado requer conhecimento do outro ser. O cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de

forma adequada. Estar bem intencionado (a) não é suficiente para garantir uma resposta de cuidado;

- Outro ingrediente apontado é a capacidade do (a) cuidador (a) modificar seu comportamento frente às necessidades do outro, ou seja, aprender com os erros, adquirindo assim um comportamento mais flexível. Esse ingrediente é denominado de alternar ritmos;
- Paciência é outro ingrediente, significando com isso permitir que o outro cresça em seu próprio ritmo e na sua própria maneira de ser;
- A honestidade consiste em estar aberta (o) para si própria (o) e para o outro. Isso engloba aceitar o outro como ele é e não como se desejaria que fosse;
- A confiança é uma qualidade ou ingrediente que requer confiar na habilidade que o outro possui para crescer e se realizar, também a sua maneira e ritmo. Inclui o libertar, não criar dependência e conseqüentemente a coragem de arriscar;
- A humildade consiste em estar disposta (o) a aprender com o outro. Esse comportamento é a antítese do poder que frequentemente ocorre em relação ao cuidado;
- Outro ingrediente importante é a esperança de que o outro cresça no processo de cuidar. Essa esperança é sem pretensões, ou seja, sem haver uma ideia idealizada de como será o futuro;
- Finalmente, a coragem é o ingrediente que o (a) cuidador (a) deve ter em deixar o outro ser, apesar do desconhecido (WALDOW, 1999, p. 134).

Por sua própria definição, supõe-se que o ato de cuidar implica nos binômios atividade/passividade e sujeito/objeto. O cuidado é contínuo e, quando fornecido à pessoa irreversivelmente incapaz de gerenciar sua vida, ele acaba por tornar-se uma representação social do incapacitado, o que por sua vez implica em ética²³, podendo ter uma participação essencial na dinâmica de prestação de cuidados, já que pode se tornar inteiramente invasiva (GONÇALVES, 2002, p. 32).

Para Boff (2011, p. 34) cuidar é uma atitude e característica primeira do ser humano, revelando a natureza e a maneira mais concreta do ser humano. Sem cuidar, o ser deixa de ser humano, define-se, perde o sentido e morre. O ato de zelar por alguém só existe quando é sentido, vivido e experienciado. Isso envolve respeitar o outro e respeitar-se a si mesmo.

Nessa perspectiva, pode ser instituído um cuidado autêntico no qual Heidegger o define como o exercício do poder do ser para cuidar de si mesmo. O cuidado autêntico não é uma forma de ensinar autocuidado, mas uma forma em que o

²³ A caracterização da moral feminina como uma moral de cuidado ou Ética do Cuidado, que acentua a relevância de relações e que contrasta com uma moral orientada por regras universais e direitos concorrentes, contém uma crítica fundamental a procedimentos tradicionais da ética universalista que estabelece regras, normas e princípios como neutralidade, imparcialidade e racionalidade que supostamente seriam aplicáveis a todas as pessoas. A ética médica tematizou a ética de cuidado e seu conceito de autonomia orientado pela relação. Os elementos de seu conceito da orientação pelo contexto foram comparados detalhadamente com os elementos que determinam o conceito habitual da ética médica, ou seja, a orientação pelo caso individual (HOFMANN, 2008, p. 66-7).

cuidador possibilita ao outro conhecer e utilizar suas próprias capacidades, sem criar uma dependência. A relação com o outro é um estado em que se pode reconhecer, conhecer e importar com o outro como sujeito (WALDOW, 1999, p. 135).

Essa forma de analisar o cuidado promove o surgimento da ideia de bem-estar comum, construída a partir de ações que perpassam no cuidado ao outro e de um olhar sensível e criterioso ao cotidiano. “O bem-estar é a soma das pequenas ações e condições que tornam possível educar-cuidar-assistir o outro de forma agradável, confortável, suprimindo suas necessidades básicas” (SILVA, 2004, p. 23).

Cuidar implica sentir as pessoas, é acolhê-las e respeitá-las. Para cuidar é necessário uma preparação emocional, é fundamental a disponibilidade para entender e lidar com a pessoa como um todo. O processo de cuidar não deve ser pautado somente pela identificação de sinais ou sintomas, mas nas modificações que ocorrem nas estruturas dos seres humanos as quais abalam a totalidade. A compreensão destes aspectos é fundamental para reconhecer o cuidar como um ato, uma tarefa e um dever do ser humano. Cuidamos porque queremos ser mais felizes, plenos e para alcançarmos a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós e dos outros. A condição humana é tão frágil que requer cuidados, sejam eles, pessoais, sociais e ambientais, só desta forma poderá manter o equilíbrio (BIDARRA, 2010, p. 24).

Para cuidar é necessário reconhecer que o doente é um todo, um ser único e total, uma pessoa, na sua face da doença ou dependência. É ir ao encontro numa abertura de espírito e tolerância, de calor humano, de autenticidade, de respeito a fim de construir uma relação de confiança e segurança respeitando a suas escolhas. Cuidar é assistir o doente na satisfação das suas atividades básicas de vida diária, é aceitá-lo sem julgamentos. É manter a esperança e ajudá-lo a encontrar as suas próprias opções de vida (GRELHA, 2009, p. 36).

Quando o doente se encontra em fim de vida o cuidado tem como questão primordial determinar qual o tratamento adequado em função das suas perspectivas biológicas e de suas circunstâncias pessoais e sociais. Os cuidados paliativos são os indicativos e têm como meta proporcionar ao doente, família e/ou pessoa significativa condições para que alcancem uma boa qualidade de vida. Além de promoverem o ajuste do doente, família e/ou pessoa significativa a uma nova realidade, enfrentando da melhor forma possível a condição de doença terminal, cujos caminhos passam pelo bom controle da dor e de outros sintomas, boa comunicação, apoio psicossocial e trabalho em equipe (GOMES, 2010, p. 2).

Em suma, o ato de cuidar engloba a compreensão de si e do outro. Desse modo, o cuidado é tido como um encontro em que a fragilidade vivenciada no cotidiano deve ser suportada, por fim, o cuidado revela-se desafiador necessitando

ser acompanhado e vivido dia a dia (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 409).

O processo de cuidar envolve crescimento e ocorre como algo independente da cura, pois pode promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana. É intencional e seus objetivos dependem do momento, da situação e da experiência. Por ser um processo. Não há preocupação com um fim. A cura pode ou não ocorrer, assim como a morte (WALDOW, 1999, p. 129).

Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer e constitui, em última análise, um processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado (WALDOW, 1999, p. 149).

Ao profissional de saúde cuidar é um ato de vida, é uma atividade básica de vida diária que tem como finalidade permitir, que a vida continue e se desenvolva. É perceber que cada ser humano é único. É perceber o que passa com as pessoas em seu contexto. É mobilizar recursos que lhes permitam lidar com a dependência de forma adaptativa. Atualmente os cuidados de saúde estão direcionados para a cura e/ou prevenção da doença, tornando-se difícil cuidar e acompanhar de forma global e integral doentes com sofrimento intenso e contínuo, principalmente no fim de sua vida, e prestar ajuda necessária para que continuem a viver com dignidade e qualidade de vida (GRELHA, 2009, p. 37-38).

Nessa perspectiva, pode-se considerar que a qualidade dos cuidados será grandemente influenciada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida, pela riqueza do olhar, do toque e da motivação do cuidador. Os cuidados prestados no cotidiano ao doente crônico são compostos de múltiplas ações, cuja somatória vem de uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao doente (BIDARRA, 2010, p. 28).

As ações da cuidadora deverão convergir para que o cuidado produza crescimento, transformação, não importando as circunstâncias, pois a finalidade do cuidado é ajudar a crescer seja para a vida, seja para a morte, seja para a incapacidade (WALDOW, 1999, p. 151).

Assim, os objetivos de cuidar vão desde aliviar, confortar, ajudar e favorecer até promover, restabelecer, restaurar, dar e fazer. O cuidado é imprescindível em diversas situações e circunstâncias tanto de doenças, incapacidades e no processo

de morrer quanto na ausência de doença e no cotidiano das pessoas, em que o processo de cuidar é visto tanto como uma forma de viver como de se relacionar, de ser e de se expressar (WALDOW, 1999, p. 129).

Cuidar de uma pessoa que tem dependência²⁴ ou apresenta incapacidades pode resultar em um importante e debilitante estresse emocional. Este é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada indivíduo, suas angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades, assim como sentir a pressão da dependência do doente crônico (LIMONGI e RODRIGUES *apud* CORDOVA, 2007, p. 11).

Nessas circunstâncias estressantes vivenciadas pelo cuidador, podem aumentar a insatisfação e a vulnerabilidade, tornando o ato de cuidar algo frustrante, sendo interessante que cuidadores utilizem mecanismos de *coping*, ou seja, adote recursos para lidar com a frustração, depressão, revolta, enfim, com o estresse. Nesse sentido, é benéfica “a auto-reflexão, a consciência do papel e do significado do cuidar / cuidador”, além de uma ajuda por meio de um sistema de apoio e assistência específica (WALDOW, 1999, p. 153).

Para tanto, as diversas formas de estresse podem resultar à pessoa cuidadora sentimentos como ressentimentos, amargura e até raiva pelas constantes responsabilidades e privações. Também podem ser evidenciados conflitos nas relações entre pais e filhos, vindo, muitas vezes, a intensificar-se, causando quadros de ansiedade ou depressão. Apesar dessas constatações, algumas pessoas são capazes de enfrentar mais adequadamente as situações estressantes decorrentes do cuidado prestado em relações a outras (MACHADO, 2006).

Para propor intervenções, é necessário identificar a variabilidade das respostas aos estressores, e a partir disso viabilizar alternativa de ações terapêuticas para ajudar a limitar o impacto que o cuidar pode trazer ou ajudar a identificar e aumentar fatores que possam mediar e reduzir o impacto vivido no dia a dia de um cuidado assistido.

²⁴ A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, por causa das limitações físico-funcionais, limitações cognitivas ou combinação dessas duas condições. Assim, é possível ser inválido sem ser dependente ou vice-versa. Essa conceituação é central à diferenciação entre os conceitos de independência e autonomia (noção e o exercício do autogoverno). O conceito inclui os seguintes elementos: liberdade individual, privacidade, livre-escolha, auto-regulação e independência moral, liberdade para experienciar o *self* e a harmonia com os próprios sentimentos e as necessidades (REBELATTO e MORELLI, 2007, p. 11-2).

A relação existente entre o ajustamento de um doente crônico com as atitudes de seus cuidadores e as relações familiares tem um importante significado na autoestima, interação social, dependência e habilidades acadêmicas (AUSTIN, McBRIDE e DAVIS, 1984; LOTHMAN e PIANTA, 1994). Conseqüentemente, quando há um desenvolvimento social e emocional prejudicados, pode ter uma alteração na qualidade de vida da pessoa com doença crônica, em sua adaptação ao tratamento e em seu ajustamento psicossocial.

O cuidado, mesmo no silêncio, é interativo e pode promover um crescimento ao doente, pois, ao ajudá-lo em seu crescimento, fica mais fácil enfrentar os momentos difíceis e isso o auxilia a extrair significado da experiência vivida. O cuidado auxilia no processo de cura, acelerando-o e tornando menos traumático. Assim, o cuidado pode ser despertado pelo desejo natural de ajudar e isso envolve esperança, o que difere de expectativa. Não tem tempo nem espaço ao cuidado. Ele simplesmente é o momento, é o presente, que é experienciado em sua totalidade, como algo absoluto e único (WALDOW, 1999, p. 144-5).

Portanto, o doente crônico incapacitante necessita de cuidados e de assistência, e esse apoio e auxílio são possíveis mediante a presença do cuidador. Assim pode-se considerar que o cuidador é uma necessidade social, pois é ele quem conhece as características, necessidades e expectativas do doente, conduzindo uma assistência mais direcionada, adequando as condutas necessárias à realidade de cada incapacidade funcional e adaptando as orientações a cada tipo de disfunção motora. É especialmente importante conhecer, orientar e ouvir as necessidades e os anseios de cada cuidador familiar, pois ele é a pessoa que está em contato mais próximo com o doente crônico e deve ser o maior aliado dos membros da equipe de saúde.

1.5 A IMPORTÂNCIA DA PESSOA CUIDADORA INFORMAL OU FAMILIAR

Ao emergir a temática cuidador, Machado (2006, p. 32) esclarece que há necessidade de aprofundá-la explorando o seu significado por se tratar de nomenclatura intimamente relacionada aos efeitos negativos das incapacidades ocasionadas nas doenças crônicas de crianças, de pessoas adultas e idosas, e ao papel assumido pela pessoa cuidadora, seja formal ou informal (familiar).

Essa temática é abordada pela língua inglesa por meio do termo *burden*, que descreve os aspectos negativos associados ao cuidado de pessoas doentes, apresentando as sinonímias fardo, impacto, sobrecarga e interferência (GARRIDO e ALMEIDA, 1999, p. 428).

No contexto de prestação de cuidados, pode assumir duas formas distintas: uma no âmbito formal – executada por uma atividade profissional qualificada e remunerada, existindo uma preparação para o desempenho desse papel; e outra no âmbito informal – podendo ser primário ou principal, secundário e terciário (GRELHA, 2009, p. 47).

O cuidador primário ou principal é aquele que assume a responsabilidade de supervisionar, orientar diretamente o doente, realizando a maior parte dos cuidados, ou seja, são familiares de primeira instância e num segundo momento parente ou amigos.

O cuidador secundário é aquele medido pelas relações solidárias, que ajuda na prestação dos cuidados de forma ocasional, mas não tem a responsabilidade, habitualmente familiares que dão apoio ao cuidador informal principal ou voluntário que dedicam sem nenhuma remuneração.

O cuidador terciário pode ser medido pelas relações profissionais, comerciais e burocráticas, fazem parte da chamada terceirização do cuidado, ou seja, alguém que esporadicamente ajuda quando é solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade do cuidado diário, dentre eles tem os profissionais da saúde, pastores, capelães, professores, assistente social, amigos, vizinho, dentre outros (OLIVEIRA e HEIMANN, 2004, 80-4).

Cuidador refere-se ao principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pela pessoa com doença crônica. Alguns sintomas deficitários (apatia, depressão, isolamento) podem ter um grande impacto sobre a vida da pessoa cuidadora (LIMA, 2010, p. 23). No entanto, deve ser levado em consideração que algumas sintomatologias, como a agitação e os comportamentos agressivos, podem sugerir estarem mais associados com um fardo do que com o cuidar²⁵.

Julga-se a motivação ser uma variável importante no processo de cuidar e constitui a disposição para ajudar o doente no crescimento e no desejo de viver perante os mistérios da vida e da morte (WALDOW, 1999, p. 154).

Segundo Rosa (2004, p. 84), prestar cuidados aos doentes crônicos traduz-se, no imaginário social, como uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família consanguínea. A mulher torna-se vinculada à esfera doméstica, armazenando funções de articuladora da coesão da unidade familiar, gerenciadora do orçamento, educadora e prestadora de cuidados para o homem e

²⁵ Para análise e interpretação desses elementos, veja Machado (2006).

seus filhos. Assim, os serviços executados no lar, às vezes invisíveis, são voltados para a reprodução social do grupo familiar, convertendo-se em 'atos de amor'. Diante do papel social destinado à mulher, designa-se uma concepção de que a mulher é naturalmente dotada para prestar cuidado.

Para Bidarra (2010, p. 29-30), o cuidado abrange várias dimensões, dentre elas: dimensão pessoal – cuidar de si para cuidar do outro; dimensão relacional – cuidar da relação própria e com o outro; dimensão emocional – cuidar do afeto; dimensão profissional – cuidar técnico; dimensão política – cuidar com diretrizes, ideologias; dimensão social – cuidar inserido numa demanda social; dimensão humana – cuidar do ser humano; dimensão ética – cuidar com a melhor reflexão e compromisso ético possível. O cuidador deve lidar com o cuidar de forma integral, ou seja, a abordagem da pessoa deve ser feita em todas as dimensões. Para tanto, é importante lidar equilibradamente com a razão e a emoção, visto que sempre é necessário desenvolver habilidades e atitudes relacionais e competências interpessoais.

Os amigos mantêm relações afetivas que podem predispor a vários tipos de assistência: companhia, compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas. Com os vizinhos, as relações podem limitar-se à assistência na prestação de algum tipo de serviço ou auxílio, tratando-se de um apoio instrumental nem sempre imbuído de caráter afetivo (DOMINGUES, 2000, p. 18).

Rosa (2004, p. 56-9) esclarece que a mulher internaliza o provimento de cuidado como inerente ao seu ser. O indivíduo sequelado pode apresentar deficiências leves, conseguindo uma vida normal ou próxima da normalidade. Caso as deficiências sejam moderadas, necessitará de um auxílio adicional para realizar suas atividades diárias. Se as deficiências são graves, a necessidade de auxílio é extrema, tornam-se totalmente dependente (KARSCH, 2003, p. 863).

Essas pessoas com dependência considerável, em consequência de lesões, normalmente ficam sob os cuidados de parentes mais próximos, filhos, irmãos, sobrinhos e pais (MAKIYAMA, 2004, p. 108).

No entanto, como foi mencionado, ainda se vê maior participação feminina dentre as pessoas cuidadoras, pois o papel de cuidar ainda é delegado à mulher, levando em consideração as tradições culturais, em que a mulher cuida da casa e da família (MACHADO, 2006, p. 33-4).

Euzébio e Rabinovich (2006, p. 74) ainda esclarecem que cuidar de uma pessoa dependente exige do cuidador familiar uma mobilização interna e uma disponibilidade emocional, física e econômica que, muitas vezes, os filhos não conseguem pela própria situação de vida em que se encontram.

O ser humano na sua fase inicial de vida é totalmente dependente, e por mais competente que uma pessoa possa ser em suas aptidões sempre terá a necessidade de ajuda para progredir na vida, ou seja, “ninguém, em idade alguma, é totalmente capaz de fazer o que quer sem a participação de outros” (GRELHA, 2009, p. 45).

As expectativas do ser cuidado têm uma grande influência na forma como se processa o cuidado. As experiências prévias com saúde, doença, hospitalização e com cuidadores são importantes para ajudar ou para dificultar o cuidado, e o seu conhecimento pode auxiliar a amenizar estados de ansiedade, caso as experiências tenham sido negativas. O conhecimento dos rituais de cuidado é uma variável importantíssima para assegurar que o cuidado seja significativo. Respeitar esses rituais tentando adaptá-los às rotinas da organização acarreta maior satisfação e confiança (WALDOW, 1999, p. 154-5).

A família é o centro para o cuidado e é outra variável muito importante no processo de cuidar, e apesar de se ter uma maior ênfase às mulheres, já se pode perceber o envolvimento paterno nas tarefas de cuidado com crianças (EFFGEN, 2005, p. 96).

A estrutura da família inclui todos seus membros, pessoas cuidadoras, outros familiares e amigos. Ela possui papel fundamental no cuidado, pois é em seu contexto que estão inseridos o portador de DCNT e seu cuidador e é nela que este cuidador pode alicerçar suas bases e buscar motivação (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 409).

Até a família e o doente chegarem a uma estabilidade perante o quadro de um estado de doença, passam por diversas fases:

- Fase da incerteza – momento em que a família toma conhecimento da nova situação, não sabe o que fazer e nem por onde caminha. Tenta fugir da realidade ou negar o fato, não entende como e o porquê isso aconteceu. É um choque. Desorganiza sua vida, destrói seus planos, vê-se colocado diante do desconhecido, cheio de temor profundo, beirando o pânico;
- Fase da certeza – chegou o momento em que não dá para fugir da situação. A realidade é esta e precisa ser enfrentada e assumida pela família. Mas a pergunta é: como? O ideal seria que o profissional dedicasse o tempo que a família e o doente necessitam para sanar

- dúvidas, ver possibilidades, discutir os primeiros passos a ser tomado à frente;
- Fase da agressão – esse é o momento em que a família descarrega seus sentimentos. Nessa fase a pessoa consegue entender tudo o que lhe aconteceu. Querem achar um culpado e uma explicação. O fato está aí e é preciso conviver com ele, mas pergunta-se: por que justamente nós? Nessa fase são importantes os amigos e os vizinhos que se colocam a disposição para ouvir os desabaços. É indispensável um acompanhamento adequado que levante a autoestima da família e mostre-lhe que é possível aprender a conviver com o diferente;
 - Fase da negociação – percebendo que esta situação é concreta e real, e não podendo fugir dela, começa a trajetória em busca de soluções para o problema. Apela-se para todas as alternativas possíveis: medicina, curandeiros, promessas, peregrinações, pactos, apelos, entre outras. Negocia-se até com Deus. Frustrações começam a fazer parte da vida, mas não se desiste;
 - Fase da depressão – depois de tentativas fracassadas para mudar a situação, a família perde o interesse de continuar fazendo algo para se autoajudar. Tudo é negativo e pessimista, por todos os lados estão a tristeza e a dor. Nada mais faz sentido na vida. As defesas frágeis contra a dor da aceitação são abandonadas e o verdadeiro impacto da perda é sentido e encarado. A pessoa reflete sobre o seu auto-conceito, seu estilo de vida e seu desempenho pessoal são perdidos. Entrega-se à solidão e ao sofrimento eterno. Nesta fase é de suma importância o acompanhamento de um profissional específico, para evitar que a família caia no mais profundo abismo;
 - Fase da aceitação – essa é a fase em que a família começa a viver com a deficiência e não mais contra ela. Como todas as alternativas foram em vão, não resta outra coisa do que aceitar. Procura-se achar e reconhecer qualidades na pessoa debilitada. É hora de ordenar uma nova história, com tonalidades diferentes da anterior, mas sua história. A pessoa, com deficiência, começa a mobilizar seus próprios recursos para ser feliz, não é só consolo, mas um inicial controle da nova situação, contribuindo para a convivência com as novas limitações e busca por novos limites;
 - Fase da ação – depois de ter aceitado a deficiência, começa a reestruturação da família e do doente. É assumido o inevitável, não como resignificação, e sim porque ampliou as suas capacidades de ver o mundo, a vida, percebe que é possível viver uma vida de outra maneira, ora nem pensada. Procura-se valorizar todas as ações que o doente realiza;
 - Fase da solidariedade – depois de ter experimentado todas as dificuldades e sofrimentos, a família coloca-se a serviço de outras pessoas que passam por situações parecidas. Começam a fazer campanhas de informação e prevenção para evitar que outras pessoas sejam atingidas, esse é o momento em que famílias começam a se unir com outras, formando grupos de apoio (MÜLLER, 1997, p. 41-6; DETTMANN, 2001, p. 16-7).

É na família que se encontram os principais cuidadores e é nela que se reconhecem os primeiros sinais e realizam o primeiro cuidado. Porém, as alterações na saúde de um indivíduo desencadeiam modificações na dinâmica familiar, podendo gerar estresse e crise em toda sua unidade. Os cuidadores familiares mais jovens são os que sofrem maior impacto em suas vidas, visto que com a progressão da doença em seu familiar pode instalar um caos, um misto de insegurança, o

despertar de fantasias esquecidas, exaltando sentimentos deixados de lado no dia a dia, por outro lado, o cuidado pode levar o cuidador a uma nova realidade imposta (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 408).

O cuidador familiar, ao assumir o cuidado de uma pessoa doente, procura oferecer o melhor de suas possibilidades e crenças. Isso faz emergir na experiência o desenvolvimento de dois modos distintos de cuidar, permeados por duas categorias: 1) incentivando o doente a recuperar a sua autonomia²⁶; 2) não estimulando a autonomia do doente²⁷ (BOCCHI e ÂNGELO, 2005, p. 731).

A cuidadora ao cuidar, no seu verdadeiro sentido, relaciona-se com o outro exprimindo seu conhecimento e sensibilidade, demonstrando habilidade técnica e espiritualidade, elevando-o, ajudando-o a crescer. O outro, em sua experiência genuína, compartilha seu ser, seu conhecimento, seus rituais de cuidado, suas características que auxiliarão no processo de cuidar. Assim, o doente contribui no processo de atualização da cuidadora, no seu aprimoramento, ou seja, no seu vir a ser mais, como [...] pessoa (WALDOW, 1999, p. 162).

Para tanto, Effgen (2005, p. 96) ressalta que a constituição, estruturação e organização da família podem refletir em todo processo de recuperação da pessoa acometida com doença crônica. Os profissionais de saúde precisam estar atentos à influência que membros da família, ambiente doméstico e recursos materiais podem exercer sobre o processo de intervenção para recomendar as estratégias apropriadas com intuito de promover resultados que sejam identificados pela família. A função da família e o desenvolvimento pessoal de todos os seus membros são interdependentes com o ciclo de vida da família. O padrão do ciclo de vida é variável

²⁶ É o primeiro modo de cuidar, desenvolvido pelo familiar, subsidiado nas suas possibilidades e crença de que ele deve se integrar ao processo de reabilitação do indivíduo, considerando-o sujeito participativo e ativo de sua recuperação. É uma categoria que congrega três subcategorias: a) estimulando o restabelecimento de movimentos – conjunto de ações que auxiliam na recuperação funcional; b) reorientando o doente no tempo e no espaço – conversas sobre eventos do cotidiano, com intuito de situar o doente no tempo e no espaço; c) oferecendo outros cuidados que possam ajudar na recuperação – atitudes que possam promover o bem-estar físico e mental do doente, como oferecer alimentação de agrado do doente, auxiliar o doente na higiene pessoal e eliminações, e promover distrações ao doente (BOCCHI e ÂNGELO, 2005, p. 731).

²⁷ É um segundo modo de cuidar, quando o cuidador familiar acredita que, ao assumir o papel, deve fazer tudo pelo doente, desconsiderando-o como sujeito ativo e participativo de sua recuperação. Esta categoria congrega duas subcategorias: a) superprotegendo o doente – conjunto de atitudes do cuidador familiar, de maneira a fazer tudo pelo doente, desconsiderando como sujeito participativo e ativo de sua recuperação; b) sendo resistente em estimular o doente a andar – é uma atitude característica do cuidador super-protetor que, mesmo recebendo orientações para incentivar o doente para realizar suas atividades por si só, age ao contrário, fazendo tudo pelo doente, considerando-o como agente passivo no tratamento e não estimulando a se esforçar e tentar desenvolver habilidades importantes para sua recuperação e autonomia (BOCCHI e ÂNGELO, 2005, p. 734).

e depende de eventos e circunstâncias da vida. Fatores como cultura²⁸, economia, política, saúde, baixa taxa de natalidade, maior expectativa de vida, mudanças no papel da mulher modelam um padrão de ciclo de vida da família.

O ciclo de vida da família envolve muitas gerações e o processo influencia cada membro individualmente. O ponto em que a família está no processo de vida, assim como nas tarefas de desenvolvimento de cada membro da família individualmente, irá influenciar em como os seus membros dão sentido às suas circunstâncias de vida e como eles respondem à incapacidade. Conhecer e respeitar as tarefas de desenvolvimento da família como um todo, bem como dos membros individualmente, e como essas se interrelacionam fará o processo de intervenção mais significativo para a família (EFFGEN, 2005, p. 96).

Hanson (*apud* EFFGEN, 2005, p. 97) recomenda que é preciso considerar como a família vê a incapacidade do doente, o quanto a família é receptiva em relação à intervenção e as preferências da família em relação ao local, método, tipo, agente e estilo de prestação de atendimento.

A doença crônica representa um grande impacto para a família, com significativas desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano, na medida em que a família enfrenta as alterações de comportamento do familiar e passa a assumir a função do cuidado e a responder às demandas dessa função (CAMPOS e SOARES, 2005, p. 222).

O estresse familiar e as habilidades de enfrentamento influenciam a capacidade da família de funcionar e se desenvolver. É necessário que se reconheça o estresse diário da família, assim como é preciso estar consciente de que o estresse nem sempre está relacionado à existência de uma pessoa com doença crônica. As complexidades do manuseio diário podem adicionar estresse primário à vida contemporânea. Cuidar por período prolongado de tempo pode alterar dramaticamente o funcionamento da família e pode ter efeitos fisiológicos e psicológicos negativos (EFFGEN, 2005, p. 97-8).

Em todo esse processo de doença é necessário uma família de suporte, ou seja, aquela que desempenha um papel de facilitadora durante a recuperação,

²⁸ A cultura da família fornece fundamentos para suas expectativas e ações. Low (1984, p. 14) define cultura como um sistema integrado de comportamentos aprendidos. A identidade cultural de uma pessoa é influenciada por muitas variáveis, incluindo etnia, raça, idade, gênero, família, vocação, religião e incapacidade. Uma avaliação profunda da cultura familiar irá fornecer informações que servirão como recurso para uma intervenção. A cultura afeta a intervenção por meio de três processos: comunicação da informação entre a família e o profissional; estilo de vida da família e do profissional de saúde; e ambiente social em termos de normas para o cuidado de saúde (EFFGEN, 2005, p. 96).

agindo de forma positiva em suas atitudes e interações com o doente, incentivando o restabelecimento da autonomia do doente, e não acomodando à situação do cuidado diário junto ao doente – apesar da sobrecarga que pode ser desencadeada em sua vida, procura ir superando ou convivendo com os problemas com resignação e em consideração ao doente; ou retomando as estratégias que possam torná-lo livre – busca de outro cuidador para assumir a assistência ao doente (BOCCHI e ÂNGELO, 2005, p. 735-6).

Portanto, cuidar de dependentes²⁹ traz uma variedade de efeitos adversos, além do impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença crônica. Esse impacto emocional e sobrecarga têm sido definidos como: problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de doentes (ZARIT, 1994).

As exigências no cuidar parecem ser mais fortes no início de cada nova atividade, porém o senso de sobrecarga pode se estabilizar ou diminuir ao longo do tempo em virtude de uma variedade de processos que ocorrem na vida da pessoa cuidadora, tais como aprender a desempenhar as tarefas, reorganizar-se de acordo com sua disponibilidade e com as demandas ou estabelecer novos níveis de adaptação para comportamentos e estados psicológicos (FREITAS et al., 2002).

Cattani e Girardon-Perlini (2004, p. 266) ressaltam que outro fator a contribuir para o desgaste emocional das pessoas cuidadoras está relacionado às dificuldades financeiras, visto que, diante da impossibilidade de suprir todas as necessidades que o familiar necessita e que a doença exige, sentem-se impotentes e tristes.

A responsabilidade de cuidar é potencializada também pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde, que não fornece respostas definitivas sobre a causa e o prognóstico da doença (CAMPOS e SOARES, 2005, p. 222).

Assumir o cuidado com um valor, como um imperativo moral, é de suma importância, pois isso prescinde de uma consciência do que realmente tem significado no ato de cuidar para cada pessoa que cuida individualmente. Essa condição somente é possível no momento em que o cuidador se questiona acerca do significado do cuidar e de sua relação com a sua vida (WALDOW, 1999, p.162).

²⁹ Cuidar de uma pessoa dependente faz que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função das necessidades do outro. Independente do fato de o cuidador ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas e dando a este a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter de viver em torno do outro. O indivíduo que necessita dos cuidados, por sua vez, cobra a presença do cuidador e nem sempre reage favoravelmente às suas ausências (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 267).

O cotidiano do cuidado favorece o surgimento de sentimentos de insatisfação por parte do cuidador e a manifestação do seu descontentamento pode produzir situações de conflito entre ele e um dos membros da família (CAMARGO, 2010, p. 238).

Apesar de o cotidiano do cuidado apresentar toda uma dimensão de insatisfação e sobrecarga emocional, mental e física, o cuidado também apresenta momentos e situações de prazer e compartilhamento de experiência humana entre doente e cuidador. Assim pode-se considerar que o processo de cuidar é envolvido por uma dimensão estética, que é reservada aos “sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer” (WALDOW, 1999, p. 164).

A arte captura, expressa e recria o espírito humano e a vida em todas as suas várias formas. Ela evoca a espiritualidade, a intuição, a imaginação, a criatividade e a dedicação. [...] Ela é vivenciada, expressa e co-criada no momento do cuidar. [...] engloba movimentos, toque, som, formas – atos ou arte sensorial, tátil. A característica estética do cuidado revela-se na percepção e nas ações da cuidadora, incluindo direção, força, balanço e ritmo (WALDOW, 1999, p. 165).

Para Poulshock e Deimiling (1994), a pessoa cuidadora é caracterizada como aquela que ajuda em cuidados pessoais. No entanto, a demanda de cuidados pode gerar um estresse que afetará a vida do cuidador em vários aspectos, em função da complexidade de situações envolvidas nos cuidados, proveniente de práticas de atividades variadas no ato de cuidar e de demandas emocionais do cuidado, consequentes de um cansaço emocional³⁰. O estresse que o cuidador sofre pode ser de ordem fisiológica, financeira, ambiental, social e emocional.

O ser humano cuidador é um ser-no-mundo-com-outros sempre se relacionando, construindo seu *habitat*, ocupando-se com as coisas, preocupando-se com as pessoas, dedicando-se àquilo que lhe representa importância e valor e dispondo-se a sofrer e a alegrar-se com quem se sente unido e ama (BOFF, 2011, p. 35).

³⁰ Caracteriza-se pela perda progressiva de energia, fadiga e esgotamento emocional, refletindo a situação que a pessoa não pode dar de si no âmbito afetivo. É experiência de desgaste psicológico, ocasionado pela assistência cotidiana prestada a pessoas que demandam ajuda, ou seja, um fazer solitário em que são vivenciados conflitos e sentimentos ambivalentes. Esses sentimentos solitários fazem com que o cuidador e o doente se lancem numa relação de busca, querendo (re)montar, (re)fazer e (re)estabelecer uma vida cotidiana nos moldes anteriores à doença, o que já não é mais possível pela necessidade e dependência do doente para com o cuidado (CAMARGO, 2010, p. 239-40).

À pessoa cuidadora é exigida a vontade de procurar ajudar a pessoa doente a atingir um elevado nível de harmonia dentro de si, de modo a promover o seu autoconhecimento, autorrespeito e autocuidado. No entanto, os dois elementos desta relação interagem e interinfluenciam entre si³¹ (BIDARRA, 2010, p. 26).

Enfim, a doença crônica é sempre um acontecimento estressor que gera efeitos na pessoa doente, na família e na pessoa que cuida do doente.

Nesse contexto, a família, ao vivenciar a crise provocada pela doença, experimenta um desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento normal que exige uma reorganização e reestruturação familiar. Apesar de a doença crônica afetar toda família, geralmente a responsabilidade recai sobre um único membro familiar, denominado de cuidador principal (FONSECA e PENNA, 2008, p. 1176).

Campos e Soares (2005, p. 231) destacam que a sobrecarga é percebida em maior proporção às mulheres, mas essa sobrecarga não é ocasionada apenas pela atividade extra que precisam assumir, em função dos comportamentos disfuncionais do doente, mas também pelo estresse psicológico que a situação acarreta. Em contrapartida, o outro lado da dimensão de gênero parece indicar que os sujeitos do sexo masculino são mais afetados pela sobrecarga financeira e pela alteração nas rotinas da interação familiar. O homem normalmente se ocupa das questões da esfera pública, social, deixando a cargo da mulher se ocupar com questões do âmbito privado, familiar, e, portanto, ele não sofre as mesmas consequências da sobrecarga emocional, pois passa grande parte do tempo fora de casa.

Em resumo, às mulheres a sobrecarga é percebida nos aspectos psicológicos causados pelas dificuldades encontradas nas alterações da rotina familiar. Já aos homens, a percepção da sobrecarga recai sobre os aspectos concretos relacionados às alterações na interação familiar e na situação familiar, em decorrência do surgimento da doença.

É importante notar que a sobrecarga familiar é um fenômeno facilmente perceptível e que persiste mesmo quando o doente crônico responde positivamente a tratamentos inovadores e efetivos. Isso pode ser evidenciado pelo fato de que é a

³¹ Oliveira (2002, *apud* BIDARRA, 2010, p. 30) associa a teoria do sujeito autopoietico nesta relação entre cuidador e quem é cuidado. Conforme esta teoria, os referenciais, as significações e os sub-sistemas responsáveis por estas significações (cuidar) vão criar uma série de conexões. Quer o cuidador, quer o doente, como individualidades psicológicas, são constituídos por três sistemas: personalidade, etoético (subjetividade) e de significação. Cada um deles tem um código ou uma matriz e uma posição que resulta da interação do sujeito com o ato de cuidar – dá significação, ou seja, o cuidador e o cuidado (doente crônico) passam a funcionar em simultâneo, tendo uma articulação entre o eu individual e o nós coletivo.

pessoa cuidadora do doente crônico que presta uma atividade contínua e por um período ininterrupto, tornando-se uma tarefa cansativa, gerando no cuidador cansaço físico e emocional (MACHADO, 2006; CAMPOS e SOARES, 2005, p. 223).

Além disso, os cuidadores também experimentam situações de medo envolvendo a perda do apoio e a rejeição das pessoas queridas, podendo ser severamente desafiada sua capacidade para compartimentar e manejar o estresse. O colapso no manejo do estresse pode assumir várias formas. Algumas vezes, o cuidador pode se sentir sobrecarregado, em outras vezes, desamparado e, em outros momentos, sentir raiva. Essas “formas de estresse não manejadas criam violações básicas nos laços que definem a relação do cuidador com doente” e podem ser percebidas pelo doente como “ameaças à disponibilidade do cuidador, incluindo desamparo, rejeição ou abandono do cuidador” (KOBAK e MANDELBAUM, 2012, p. 147).

Para tanto, o cuidador familiar deve ser amparado por uma equipe organizada e especializada que realize esclarecimentos, intervenções e orientações com intuito de obter conhecimento acerca de questões referentes à DCNT, fazendo que o cuidador e o doente cuidado alcancem melhores resultados na qualidade de suas vidas, além de facilitar seu manejo com o doente e de mais pessoas para prestar o cuidado, resultando em diminuição do impacto causado pela doença sobre a vida do cuidador principal (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 410).

É por essas razões que se torna imprescindível o acesso do binômio cuidador familiar-pessoa dependente às Políticas Públicas de Saúde que possam ser promovidos programas de avaliação, de detecção e de intervenções por equipes de saúde. O papel da pessoa cuidadora é algo que pode gerar sobrecarga ante os cuidados exigidos diariamente aos doentes crônicos que não apresentam um quadro promissor de recuperação da autonomia. Provavelmente a pessoa cuidadora terá sua saúde física, mental e emocional exposta aos efeitos de assumir o papel de cuidador familiar, podendo comprometer o processo de reabilitação/readaptação do doente e até empreenderem ações extremas de submissão do doente aos maus tratos.

Na prática profissional, o cuidar deve ser o ideal moral e um fim em si próprio, em vez de pensar que o cuidar seja simplesmente um meio para a cura, valorizando a intervenção centrada no cuidar e não no curar. Visto que, ao nascermos, fomos cuidados, logo, precisamos ser cuidados ao morrer, desfalecer ou adoecer, valorizando sobremaneira que a ética, a dignidade humana e o bem-estar de cada pessoa é uma realidade a ser alcançada e superada.

1.6 A SOBRECARGA SOBRE A PESSOA CUIDADORA COM SEUS MALES E SEUS BENEFÍCIOS NA PERSPECTIVA DA ESPIRITUALIDADE

Para abordar a sobrecarga de um cuidador informal ou familiar, é importante entender o seu significado, pois se trata de uma nomenclatura relacionada a efeitos negativos de um papel assumido mediante uma carga exaustiva e diária de contato como doente crônico (BOCCHI, 2004).

Sobrecarga familiar (*family burden*) é o impacto causado no meio familiar pela convivência com o doente, seja objetiva³² ou subjetiva³³, envolvendo aspectos econômicos, práticos³⁴ e emocionais aos quais os cuidadores/familiares são submetidos. Familiares sobrecarregados têm uma demanda de apoio por parte de profissionais de saúde com intuito de receber maior suporte social e mais informações sobre os transtornos mentais e sobre como lidar com os doentes crônicos. Vários fatores podem influenciar a sobrecarga³⁵ das pessoas cuidadoras, tais como características dos doentes, grau de parentesco, frequência do convívio entre pessoas cuidadores e doentes, a personalidade dos cuidadores, suporte social, estrutura e adequação dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2010, p. 74).

O peso sentido pelo cuidador familiar parece ser maior ou menor dependendo, entre outros fatores, da qualidade da relação que havia anteriormente com o doente. Assim, a forma como o relacionamento entre as duas partes (doente e cuidador) for se constituindo influenciará o convívio entre as partes, podendo significar uma melhor ou pior qualidade na prestação de cuidados, ou seja, se o cuidador traz em sua história de vida um relacionamento satisfatório e harmonioso com o doente, a tendência é que os cuidados sejam mais bem administrados e haja um maior empenho para tal ato. Caso a história de vida tenha conflitos, os cuidados

³² A sobrecarga objetiva se refere às consequências da alteração da rotina e dos projetos de vida, da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos (ALMEIDA et al., 2010, p. 75).

³³ A sobrecarga subjetiva se refere a distúrbios emocionais experienciados pelo cuidador ou às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados pelo fato de ter que cuidar de uma pessoa doente incapacitante (ALMEIDA et al., 2010, p. 77).

³⁴ A sobrecarga de ordem prática, traduzida pela dependência do doente, gera uma tensão cotidiana no cuidador, que agrega essas atividades a outras responsabilidades da vida diária. Esse aspecto se agrava ainda mais em cuidadores que sobrevivem com baixa renda (ALMEIDA et al., 2010, p.76).

³⁵ Cuidadores de doentes portadores de condições crônicas e incapacitantes experienciam algum tipo de sobrecarga, seja ela objetiva ou subjetiva, daí a necessidade de implementar ações que possam apoiar as famílias dos doentes e espaços para aliviar as tensões (possam ser ouvidas e cuidadas), evitando danos tanto na vida da pessoa cuidadora quanto aos seus doentes (ALMEIDA et al., 2010, p.74 e 78).

podem ser prestados sem a devida atenção ou até com a presença de sentimentos de raiva pelas imposições associadas à situação de doença (LAHAM, 2003, p. 16).

A sobrecarga da pessoa cuidadora informal é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa alvo da atenção e dos cuidados. A sobrecarga do cuidador informal pode ser resultado das diversas tarefas do papel de cuidar e das mudanças em sua vida social e profissional, colocando as necessidades dos doentes em primeiro lugar, deixando suas próprias necessidades em segundo plano (AZEVEDO, 2010, p. 26).

Todos os fatores e tipos de estresse que recaem sobre a pessoa cuidadora resultam em um importante e, muitas vezes, debilitante estresse emocional. Este é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos, de raciocínio (conscientes ou inconscientes - que formam a personalidade de cada indivíduo), as angústias, os medos, as tristezas e as múltiplas responsabilidades (frequência elevada de tarefas de assistência realizadas pelos cuidadores no cotidiano), assim como sentir a pressão da dependência da pessoa com doença crônica (MACHADO, 2006).

Reportando-se ao impacto na vida dos cuidadores, pode-se perceber que os distúrbios de comportamento do doente crônico incapacitante geram impacto negativo na vida dos cuidadores familiares, tornando-os mais suscetíveis a quadros de ansiedade e depressão, repercutindo diretamente nas condições físicas da pessoa cuidadora. Além disso, a extensão e a complexidade das doenças crônicas podem repercutir negativamente sobre o cuidador. Nesse sentido, o cuidador pode vir a apresentar elevado grau de ansiedade, tanto pela sobrecarga de cuidados quanto pelas modificações em sua estrutura familiar (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 408).

Quando experiências conduzem a pessoa a perceber que a vida não é apenas alegria, saúde e sucesso, mas há existência de dor, dificuldades, impotências, dentre tantas outras circunstâncias, então, após um processo de luto, pode-se ter a possibilidade de a pessoa aceitar tudo como parte de um todo, ou seja, aceitar as fraquezas como parte inerente ao próprio ser. A partir da concepção e do entendimento de que somos um todo, passamos a compreender que precisamos inspirar tudo, para que nossa força vital se renove nas limitações e potencialidades da nossa existência construída junto a outros corpos (RICHTER REIMER, 2009, p. 193).

A experiência também pode demonstrar que uma das condições para o familiar se libertar ou não do papel de cuidador está condicionada à recuperação da autonomia do doente e que esta pode estar relacionada à modalidade de cuidado adotado pelo cuidador.

As estratégias que superprotegem não promovem a autonomia da pessoa com incapacidades, ao se estabelecer uma relação de dependência recíproca doente-cuidador familiar, tornando-o cada vez dependente da família e [...] retardando o processo de reabilitação. Mediante o processo empreendido, ele acaba promovendo a relação de dependência e [...] preso a sua própria escolha de modalidade de cuidados (BOCCHI, 2005, p. 735).

As manifestações depressivas reativas ou que ocorrem perante determinadas situações de estresse representam reações afetivas normais, moduladas por respostas autonômicas, que devem ser entendidas como normais e fisiológicas. Diante de fatos estressantes e conflitivos, pode-se esperar, fisiologicamente, a tristeza e não a depressão. O controle e o desenvolvimento de habilidades para lidar com situações estressantes são considerados fatores fundamentais na redução da reatividade fisiológica em resposta a tais situações (ANISMAN e ZACHARKO, 1990).

Frank e Tomaz (2000) relacionam emoção com cognição e enfatizam seu substrato neurológico na perspectiva do modelo de múltiplos níveis de processamento. Os autores postulam que essa relação oferece condições para a geração de respostas emocionais a todas as contingências as quais são submetidos os indivíduos na luta pela sobrevivência. A cognição participa do comportamento emocional como um avaliador, inibidor, instigador e modulador, facilitando a capacidade adaptativa dos indivíduos. Cognição refere-se de forma direta ao conhecimento.

Quando adoecemos, não somos tratados como um corpo em desequilíbrio, mas nosso corpo é fragmentado na investigação e no tratamento, como se não *fôssemos*, mas apenas *tivéssemos* corpo. Na doença, nosso corpo nos é desapropriado e tratado como praticamente à parte de nós, fragmentado em partes boas e ruins; também na saúde vivemos desapropriados de nosso corpo, porque ele sempre é colocado em relações funcionais com outros, sejam indivíduos ou instituições, em trabalho e lazer, moda e cosmética, seguradoras e funerárias (RICHTER REIMER, 2009, p. 193).

Para Miranda (2004), os pressupostos disfuncionais produzem uma eclosão de pensamentos negativos automáticos, os quais estão associados a emoções desagradáveis que invadem a mente sem esforços deliberados. Os pensamentos negativos automáticos interferem nas interpretações de experiências atuais, previsões sobre eventos futuros ou lembranças de fatos passados. À medida que os

sintomas depressivos se intensificam, os pensamentos negativos automáticos vão se tornando cada vez mais presentes, dominando os pensamentos racionais. Esse processo é acelerado pelo agravamento da depressão, em que se estabelece um círculo vicioso: quanto maior o grau de depressão, maior a ocorrência de pensamentos negativos, conseqüentemente, mais deprimida a pessoa se torna.

Nesse sentido, Dias (2005) ressalta a importância da aceitação e compreensão da doença para evitar o isolamento e a vergonha de ter um doente em casa. Visto que, essa atitude de negação em relação à doença cria barreiras, dificultando o tratamento e a recuperação do doente. Por outro lado, quando a família se envolve, a recuperação do doente é facilitada. A diminuição da resistência da família em relação à doença possibilita a busca de alternativas que melhorem a vida do doente e das pessoas cuidadoras facilitando a recuperação do doente.

Assim, a DCNT é tida como uma doença vivida no contexto familiar, a qual muda significativamente o cotidiano das famílias com significativa repercussão emocional e socioeconômica, sobretudo para aqueles que assumem a função de cuidador principal, podendo repercutir na sua saúde física e mental. O ato de cuidar de uma pessoa incapacitada é um fator estressante e produz desgaste físico, mental e emocional no cuidador. Além disso, com o passar do tempo, associada a diversas situações, a repetição das tarefas realizadas constitui-se em evento estressor expressivo, tornando visível o aumento do grau de dificuldade, mediante a exposição prolongada ao cuidado. Dessa forma, não será raro encontrar cuidadores sobrecarregados, depressivos, desgastados física e emocionalmente e vulneráveis a doença, tanto físicas como psíquicas, podendo levar a abusar física e verbalmente do doente ou, ainda, de medicamentos psicotrópicos e de álcool. Porém, outros procuram manter a fé e a crença em alguma força superior para que consigam dar continuidade ao cuidado (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 409).

À medida que a pessoa perde os laços que a satisfaz emocionalmente, ela perde sua orientação na experiência e, por consequência disso, há uma separação do mundo social, a anomia³⁶, constituindo uma séria ameaça à pessoa (LEMOS, 2009b, p. 34).

³⁶ O *nómos* é, portanto, um escudo contra o terror, e a mais importante função da sociedade é a nominação. Uma forma de manter o *nómos* é tornar o mundo socialmente construído como uma forma óbvia, natural. Não basta que os indivíduos considerem os sentidos-chaves da ordem social como úteis ou desejáveis ou corretos; ele deveria considerá-los como inevitáveis, como parte da natureza universal das coisas. Dessa forma, *nómos* e *cosmo* são coextensivos. Recebem uma estabilidade que deriva de fontes mais poderosas do que esforços históricos dos seres humanos. Ela deriva de entidades religiosas (LEMOS, 2009b, p. 34).

Dessa forma, as situações diárias que envolvem os cuidados com pessoas com doença crônica implicam claramente em sobrecargas física, mental, emocional e social de pessoas cuidadoras. Pode-se notar que as tarefas de manuseio, somadas às tarefas domésticas e de atenção aos demais familiares, acabam levando a pessoa cuidadora à exaustão emocional, à despersonalização e redução da realização pessoal e profissional pelas pressões externas e conflitos internos.

A falta de liberdade e os momentos solitários³⁷ vivenciados pela pessoa cuidadora fazem com que o cuidador e a pessoa doente se lancem numa relação de busca, querendo (re)montar, (re)fazer, (re)estabilizar uma vida cotidiana nos moldes anteriores, o que já não é mais possível pela demanda dos cuidados e pela dependência do doente para com a pessoa cuidadora (MENDES, 1995).

Lemos (2009b, p. 34) fundamenta que a religião pode fornecer os elementos que garantem a nomia social, uma vez que ela é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos seres humanos mediante a formulação de conceitos de uma ordem de existência geral.

A religião é o empreendimento humano pelo qual se estabelece um cosmos sagrado. Ou por outra, a religião é a cosmificação feita de maneira sagrada. Por sagrado entende-se aqui uma qualidade de poder misterioso e temeroso, distinto do homem e, todavia, relacionado com ele, que se acredita residir em certos objetos da experiência. Essa qualidade pode ser atribuída a objetos naturais e artificiais, a animais, ou a homens, ou às objetivações da cultura humana (BERGER, 1985, p. 38).

Pelo fato de as pessoas cuidadoras ficarem expostas a situações de desordem em sua vida, há evidências de apresentarem altas taxas de prevalência de estados de ansiedade, depressão e outros sintomas psiquiátricos, podendo ter mais problemas de saúde que outras pessoas com a mesma idade, mas que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais por causa da separação radical do mundo social, têm mais problemas no trabalho e apresentam maior frequência de conflitos familiares, frequentemente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum (ZARIT, 1994).

³⁷ Em meio à solidão de ficar inserida somente no meio do cuidado e não ter liberdade para fazer o que gostam, cuidadores apontam que, apesar disso ser um fator gerador de dificuldades no enfrentamento pessoal, procuram organizar suas atividades de rotina e de vida para se sentirem, além de úteis, felizes consigo mesmos. No entanto, diante da tentativa de readequação de suas vidas, os cuidadores principais ainda enfrentam dificuldades. Muitas vezes, o dependente acaba por ficar sozinho em casa, enquanto realizam atividades fora de casa, situação essa que gera preocupação à pessoa cuidadora (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 267-8).

O cuidador familiar ao se encarregar sozinho do cuidado no espaço doméstico, repetidas vezes expressa seu desconforto e sentimento de solidão quando não recebe suporte e apoio de outras pessoas da família. Nessa situação, busca equilíbrio energético, por meio do fortalecimento espiritual, seja rezando ou meditando, de acordo com sua fé e conforme sua orientação religiosa. Para alguns cuidadores familiares, o carinho e a vontade de ficar junto da pessoa que agora necessita de atenção, os impulsiona, motivando-os para realizar o cuidado (ALMEIDA, LEITE e HILDEBRANDT, 2009, p. 409).

As situações geradoras de sofrimento e a valorização das forças espirituais podem ser uma forma de buscar significados para os acontecimentos da vida. A espiritualidade é referida como parte da essência de quem cuida, sendo uma força que impulsiona a pessoa nas situações difíceis. Acredita-se que a pessoa cuidadora informal, na relação de cuidado, atenua o sofrimento do outro, do doente e de si mesmo a partir do reconhecimento de sua essência e de suas forças internas, uma vez que, ao transcender o sofrimento, as pessoas cuidadoras buscam significados para a sua vida pessoal (SCHOSSLER, 2007, p. 71).

Não há dúvida de que as emoções exercem influência direta sobre o sistema imunológico. Há quem diga que o mesmo é uma espécie de sexto sentido, remetendo informações acessíveis do ambiente, por intermédio dos cinco sentidos, ao cérebro. Uma mudança no estado emocional produz uma mudança na estrutura do corpo e uma mudança na estrutura do corpo produz uma mudança na estrutura das emoções (AUSTIN, McBRIDE e DAVIS, 1984).

Neste contexto, Lemos (2009a, p. 21) enfatiza que é na experiência do sagrado que a pessoa pode encontrar sentido para a vida, com seus males e seus benefícios. Esse fator faz que as pessoas, ao não quererem ou não poderem enfrentar suas fragilidades e responsabilizarem-se para resolvê-las, possam também culpar o sagrado pelos seus fracassos. Isso lhes permite permanecer de cabeça erguida, mesmo nas situações mais difíceis.

Na experiência religiosa dá-se o tremendo e fascinante encontro entre Sagrado e ser humano. Existem maneiras mais espontâneas e mais sistemáticas de vivenciar o Sagrado. Há caminhos diversos que o Sagrado faz para se dar a conhecer em diferentes culturas. Em todas elas, em todos os tempos e lugares, porém, há formas específicas de comunicar estas experiências sagradas. A experiência que se faz com o transcendente, sagrado, divino passa por um processo de comunicação mediante as formas de linguagens (REIMER e RICHTER REIMER, 2009, p. 25).

Em outras palavras, a espiritualidade³⁸ está na essência do ser humano e se manifesta na relação com o outro.

A espiritualidade permeia o cuidado que contemplam atenção, carinho e amorosidade, sentidos no olhar e no toque da cuidadora. Revela-se na calma, no diálogo e na capacidade de escuta (DEZORZI, 2006, p. 131).

Para Dezorzi e Crossetti (2008), a espiritualidade é o que produz transformação interior no ser humano. A partir da profunda mudança interior, a espiritualidade desencadeia uma rede de transformações na comunidade, na sociedade e nas relações com a natureza e com o universo.

Souza (2006, p. 27) ainda reafirma que as representações sociais acerca da mulher como cuidadora se confirmam pelo fato de “ser a mulher a responsável pelo bem-estar dos filhos e do marido”, e, em consequência dessa responsabilidade, é a mulher quem busca os motivos religiosos para solução dos problemas, “forçando o sagrado a uma necessária adequação às suas demandas”.

No momento em que o ser humano reconhece sua espiritualidade, mobiliza forças internas e torna-se capaz de agir de maneira transformadora em sua realidade (SCHOSSLER, 2007, p. 67).

Afinal, toda pessoa é espiritual, enquanto dotada de espírito. Isso não implica que a espiritualidade esteja necessariamente relacionada na fé em uma divindade específica, pois a palavra espírito não se refere apenas à divindade, mas a uma “capacidade de autoconsciência, de fazer uma reflexão sobre si mesmo; e que o ser humano é um ser intrinsecamente espiritual, pois demonstra esta capacidade de refletir e autotranscender-se” (SALGUEIRO e GOLDIM, 2007, p. 15).

Dessa forma, o ser humano relaciona-se com o sagrado como uma realidade poderosa, diferente da sua.

Essa realidade a ele se dirige e coloca sua vida em uma ordem dotada de significado.

Assim, o cosmo postulado pela religião transcende o ser humano e ao mesmo tempo o inclui, ensinando-o como sofrer, como fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota em face do mundo ou da impotente contemplação da agonia alheia como

³⁸ Refere-se à consciência de um Eu interior e à propensão de construir significado através do senso de estar ligado a dimensões que transcendam o ego e que podem ser experienciadas em nível intrapessoal (conectando-se consigo mesmo), interpessoal (no contexto do outro e do ambiente natural) e transpessoal (em conexão com o que não está visível, Deus ou Força Superior) (DEZORZI e CROSSETTI, 2008).

algo tolerável e suportável, minimizando na vida da pessoa cuidadora as possíveis evidências de quadros de ansiedade e depressão em decorrência do contato e cuidado diário com a pessoa doente.

1.6.1 Ansiedade: ameaça à qualidade de vida

A ansiedade é um sinal de alerta que adverte sobre perigos iminentes e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças. Parente próximo do medo é distinguido dele pelo fato de, no medo, haver um fator desencadeante real e palpável, enquanto na ansiedade o fator de estímulo teria características mais subjetivas (ITO, 1998).

Conceitualmente, a ansiedade³⁹ é considerada como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos. Ela faz parte da normalidade das experiências humanas, tendo função estimuladora. No entanto, a ansiedade pode ser patológica quando desproporcional à situação desencadeante ou quando direcionada a um objeto específico (GORENSTEIN, ANDRADE e ZUARDI, 2000; CASTILLO et al., 2000).

Para Barlow (1999), a ansiedade é o grande sintoma de características psicológicas que mostra a intersecção entre o físico e o psíquico, uma vez que tem claros sintomas físicos como taquicardia, sudorese, tremores, tensão muscular, aumento das secreções (urinárias e fecais), aumento da motilidade intestinal, cefaleia entre outros.

Para Beck e Rush (1978), a ansiedade pode se originar de três formas: origem genética, origem precoce (manifestando-se na avidez de mamar, postura mais teimosa ou possessiva como criança, infância carente e problemática) e origem na dificuldade de incorporar fatos e intercorrências novas ou desconhecidas.

A principal característica psíquica do estado ansioso é uma excitação, uma aceleração do pensamento, causando uma confusão mental, ineficiência da ação, aumento da sensação de perigo e de incapacidade de se livrar do perigo. Isso configura um círculo vicioso, pois essa sensação só faz aumentar ainda mais o

³⁹ A maneira prática de se diferenciar a ansiedade normal da patológica é avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas como depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hiperativo dentre outros (CASTILLO et al., 2002).

estado ansioso, contribuindo para a chamada ansiedade patológica, que tende a cronificar e agravar-se com os anos (SCHULTZ, 2002).

Segundo Barlow (1999), a ansiedade prepara o indivíduo para lidar com situações potencialmente danosas, ou seja, é uma reação natural e necessária para a autopreservação. As reações de ansiedade normais não precisam ser tratadas por serem naturais e autolimitadas. Os estados de ansiedade anormais, que constituem síndromes de ansiedade são patológicos e requerem tratamento específico.

A ansiedade é um acompanhamento normal do crescimento, da mudança, da experiência de algo novo, do encontro da própria identidade e significado da vida. A ansiedade patológica, por outro lado, caracteriza-se pela excessiva intensidade e prolongada duração proporcionalmente à situação precipitante (ITO, 1998).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na ansiedade, há uma grande variabilidade de sintomas dominantes, estando entre as queixas mais comuns: contínuas palpitações, tremores, sudorese, nervosismo, desconforto epigástrico, tensão muscular, sensação de cabeça leve e tonturas, além de medos relacionados a parentes que adoeceram e/ou sofreram acidentes, e uma série de outros pressentimentos e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

As escalas de avaliação possibilitam uma quantificação dos sintomas de ansiedade, agrupando-os e sugerindo hipóteses. A Escala de Hamilton para Ansiedade é uma das mais utilizadas, sendo que gradua os sinais de ansiedade em ausência de ansiedade ou ansiedade leve, ansiedade leve a moderada e ansiedade moderada a grave (MANZONI, 2011, p. 34).

Apesar dessas constatações, algumas pessoas ainda são capazes de enfrentar e lidar mais adequadamente com as situações de ansiedade decorrentes do cuidado prestado, não se deixando reduzir a situações de desamparo igual ao vivenciado na infância, por exemplo.

1.6.2 Depressão: resposta anormal aos estresses da vida

A depressão é uma condição que quase todas as pessoas vivenciam de forma relativamente branda em algum momento da vida. Na maioria dos casos, o sentimento de melancolia, uma reação a um acontecimento específico, dissipa-se em poucos dias e não costuma ser considerada uma doença mental (COSTA, 2012, p. 25).

A depressão que merece atenção clínica é a de longa duração, suficientemente grave para interferir no funcionamento normal da pessoa. Vale ressaltar que a depressão clínica não é apenas 'sentir-se triste', mas nela a pessoa fica incapacitada. Além de um humor deprimido, fica sem energia mental e física em um grau extremo, tem sentimentos irracionais de desvalor e/ou culpa e pode pensar em morrer e suicidar-se (HAMILTON, 2002).

Para tanto, a depressão é uma doença psiquiátrica comum, crônica e recorrente. Frequentemente está associada à incapacitação funcional e a comprometimento de saúde física (FLECK et al., 2003).

No CID-10 da Organização Mundial de Saúde (OMS) entende-se por episódio depressivo típico a pessoa que sofre de humor deprimido, falta de interesse, prazer e energia reduzida, levando a um aumento de fadiga e redução das atividades. Concentração, atenção, autoestima e autoconfiança podem apresentar prejudicadas, somando-se a ideias de culpa e inutilidade, a visões desoladas e pessimistas do futuro, assim como a ideias ou a atos autolesivos ou suicidas; podendo ainda apresentar perturbações de sono e de apetite (OMS, 1993).

Embora a depressão possa ser caracterizada como um transtorno de humor, existem outros conjuntos de sintomas que a acompanham como os sintomas cognitivos, emocionais e físicos. A tristeza e o abatimento são os sintomas emocionais mais evidentes. Associado a essa tristeza, a pessoa deprimida tende a ter baixa autoestima, sentindo-se incapaz, culpada por seus fracassos, com desesperança além de duvidar de sua capacidade de fazer alguma coisa para melhorar sua vida. O fator desesperança contribui mais para predizer o suicídio do que somente a depressão causa (ATKIWSON et al., 2002; BECK et al., 1975).

Uma etiologia única da depressão ainda é desconhecida, visto que ela deve ser avaliada como um transtorno de etiologia multifatorial em que diferentes variáveis⁴⁰ devem ser consideradas fundamentais para o desenvolvimento e a manutenção dos sintomas (BIGHETTI, 2010, p. 10).

A depressão costuma se apresentar, na maioria dos episódios estressores, ora como um sintoma ou consequência de determinado episódio, ora apenas

⁴⁰ Dentre as variáveis fundamentais estão as biológicas, relacionadas a fatores de influência genética e de estrutura cerebral; as psicológicas, tais como estresse durante a vida, traumas, desamparos adquiridos e a forma como o indivíduo percebe ou lida com o mundo; e as socioculturais, relacionadas ao conceito de normalidade, estrutura familiar e social (MYERS *apud* BIGHETTI, 2010, p. 10-1).

coexiste junto com outros estados emocionais, ora aparece como causa desses transtornos, comprometendo ainda mais o indivíduo. Aparece como um sintoma associado e permeando todo o viver da pessoa cuidadora, tanto sob sua forma típica com tristeza, choro, desinteresse, quanto em sua forma atípica com somatizações, pânico, ansiedade ou doenças crônicas e degenerativas (CARNEIRO, 2008, p. 11).

Para compreender os sintomas de depressão atípica é necessário referenciar a coexistência da depressão com a ansiedade, sabendo que esta última é pródiga em sintomatologia somática e emocional atípica. Miranda (2004) afirma que o medo reflete grande insegurança e pode se fazer presente tanto nos transtornos da ansiedade quanto nos transtornos de natureza depressiva.

Costa e Souza (2002) enfatizam que a depressão abrange um leque de sintomas que partem de um pólo que representa a normalidade até outro que representa um processo patológico indiscutível. Por ser uma alteração do estado mental, ou seja, o afeto, não significa, obrigatoriamente, sinal de patologia. Pelo menos deve ser um sinal de alerta. Tal fato ilustra a presença de sintomas depressivos que não necessariamente correspondem a quadros psicopatológicos definidos. A fronteira entre a doença afetiva e a normalidade é, talvez, mais tênue nessa condição e necessita ser bem examinada.

Para tanto, ansiedade e depressão são alguns dos enfrentamentos desencadeados e vivenciados pela pessoa cuidadora mediante o ato contínuo e incessante de cuidar.

Outro argumento que pode indicar o sofrimento dos cuidadores é o seu treinamento no controle das emoções, tendo como principal consequência um esgotamento psicológico, prejudicando seu raciocínio, julgamento e habilidade para agir de modo decisivo (HEIMANN, 2003, p. 105).

Nessa perspectiva, a OMS (2002) alerta-nos para a importância do apoio formal adequado aos cuidadores familiares, caso contrário, poderão tornar um novo grupo de pacientes nos sistemas de saúde.

Afinal, proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante e interferir de forma drástica na saúde e bem-estar de quem cuida. Por essas razões, a promoção da saúde nos cuidadores familiares poderá trazer a consciência das reais necessidades, anseios, aspirações para a vida, sentido à vida e benefícios para todos envolvidos no processo de cuidar.

A atenção e o apoio aos cuidadores são fundamentais, quer para a melhoria da qualidade de vida dos doentes incapacitantes e dos próprios cuidadores familiares, quer para a continuidade da disponibilidade familiar.

1.7 CUIDADOR: UM DOENTE OCULTO, CARENTE DE SENTIDO À VIDA

Quando a pessoa toma consciência de que é humana, frágil, limitada, imperfeita e mortal, é surpreendida com uma questão: que sentido tem minha vida?

As pessoas têm sofrido a solidão, o vazio e, assim, perdem o sentido da vida. Aos poucos vão se afastando de Deus e se sentem esmagadas pelo peso das próprias limitações (ZSCHORNACK, 2006, p. 22).

Muitas vezes essas limitações são decorrentes de um processo de adaptação a novas situações existentes na vida, como um cuidado ao doente crônico, exigindo um processo de reestruturação de sua rotina cotidiana. Nessas situações o desenvolvimento de mecanismos de restauração das condições iniciais da pessoa é de grande importância, caso contrário, o “organismo pode evoluir para o *distress* ou estresse⁴¹ destrutivo, com efeitos deletérios à saúde física e psicológica que no estágio crônico, podem evoluir para a Síndrome de *Burnout*⁴²” (MORI, VALENTE e NASCIMENTO, 2012, p. 537).

Essa síndrome foi denominada por Selye como “síndrome de se sentir doente”, cujo intuito era compreender o mecanismo do adoecer. Diante de um estado de

⁴¹ Hans Selye, médico endocrinologista considerado o “pai do estresse”, nasceu em Viena, em 1907, e faleceu em 1982. O percurso de suas pesquisas na universidade desde 1925 revelava seu fascínio real pelas reações do organismo, chamadas reações inespecíficas ou não-específicas. Para ele, o conceito científico de estresse “tem a sorte de ser muito difundido e a falta de ser muito mal interpretado”. É evidente que nem todos os estresses são iguais e nem todos implicam as mesmas consequências fisiológicas e patológicas. Por isso pode ter a existência de estresse que evoca respostas positivas, em termos de bem-estar psicofísico, ao qual Selye chamou de “eustresse” (do grego *eu*, bem) e um estresse que anuncia consequências negativas, o “*distress*” (do grego *di*, mal). Nesse sentido, o *distress* conduz à debilidade física e psicológica em intensidades variadas, não permitindo resposta adequada aos estressores, tornando vulnerável e com sistema nervoso menos capaz de suportar as sobrecargas cotidianas, levando à deficiência comportamental. Já o eustresse é uma situação de equilíbrio alcançada após um estímulo estressor, em que a pessoa consegue superar os estímulos negativos e ao mesmo tempo cria uma imunidade com intuito de vencer os estados de sobrecarga estressante que possa vir a passar futuramente (COUTO, 2004, p. 38).

⁴² *Burnout* é uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, desumanização e reduzida realização pessoal no trabalho. A exaustão emocional se caracteriza pela sensação de esgotamento emocional e físico. A desumanização é marcada por uma atitude de distanciamento emocional com as pessoas; os contatos se tornam impessoais, desprovidos de afetividade, desumanos; a reduzida realização pessoal diminui a satisfação, e a sensação de ineficiência no trabalho o torna um fardo. A causa não é definida, existindo múltiplos fatores que facilitam o desencadeamento da síndrome (MORI, VALENTE e NASCIMENTO, 2012, p. 537).

agressão ao organismo há mecanismos de adaptação semelhantes entre si, que denominou “*General Adaptation Syndrome*”⁴³, composta de três fases: a fase de alerta (ou reação), a fase de resistência e a fase de exaustão (COUTO, 2004, p. 40).

- 1) Fase de alerta: o confronto inicial com um estressor instala uma reação de alerta e o organismo se prepara para a luta ou fuga. Esta fase termina algumas horas após a eliminação da adrenalina e a restauração da homeostase⁴⁴, se o estressor tiver uma curta duração. Neste caso, o organismo se restabelece e nenhum dano maior ocorre. É nesta fase que a produtividade aumenta e, se a pessoa souber administrar o estresse, poderá usá-lo a seu favor devido à motivação, entusiasmo e energia que esse estágio do estresse produz. No entanto, o estado de alerta não pode ser mantido por muito tempo;
- 2) Fase de resistência: se o estressor perdura ou se ele é de uma intensidade excessiva, mas não-letal, o organismo por meio da sua ação reparadora tenta restabelecer o equilíbrio interno, entrando na fase de resistência ao estresse. Nesta fase a pessoa automaticamente utiliza toda a energia adaptativa para se reequilibrar. Quando consegue, os sintomas iniciais desaparecem e a pessoa tem a impressão de que está melhor. Dois sintomas que passam despercebidos do clínico [...]: a sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e dificuldades com a memória. [...] Tipicamente o organismo está enfraquecido e muito mais suscetível a doenças, porém se a pessoa puder utilizar meios de controle/diminuição/alívio do estresse ou se o estressor é eliminado, ela pode voltar ao normal, sem sequelas. Se a pessoa permanece nesta fase por um tempo muito longo, o processo de estresse se desenvolve na direção da fase mais crítica do estresse: a da exaustão;
- 3) Fase de exaustão ou esgotamento: [...] o indivíduo se torna mais vulnerável a doenças, há disfunções fisiológicas, irritabilidade excessiva, depressão, baixa autoestima, aumento da glicose e do colesterol, dependendo de cada um. Se esta situação permanecer, há o aparecimento de doenças graves, como: gastrites, úlceras gástricas ou duodenais, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, acidente vascular cerebral, asma brônquica, depressão e doenças autoimunes. Perdurando o estresse ainda mais, ou quando outros estressores ocorrem simultaneamente, o processo do estresse evolui, há um aumento das estruturas linfáticas, a exaustão psicológica em forma de depressão, ansiedade aguda, inabilidade para tomar decisões, vontade de fugir de tudo, irritabilidade normalmente ocorre e a exaustão física se manifesta na forma de hipertensão arterial essencial, úlceras gástricas, retração de gengivas, psoríase, vitiligo e diabetes, ou seja, doenças mais sérias começam a aparecer ou a se agravar (COUTO, 2004, p. 40-2).

O estresse é, portanto, a reação sistêmica aos agentes agressores. Como esses agressores podem se manifestar a qualquer instante e em qualquer situação,

⁴³ Expressão traduzida em português como “Síndrome de Adaptação Geral” ou “Síndrome Geral de Adaptação”, trata-se de uma síndrome geral por ser provocada por agentes que afetam grandes porções do corpo, causando uma defesa generalizada e sistêmica. É de adaptação por ajudar na busca e na manutenção de um estado de equilíbrio e é síndrome porque as manifestações são coordenadas e parcialmente interdependentes (COUTO, 2004, p. 39).

⁴⁴ O conceito de homeostase é fundamental para o estudo do estresse, visto que a principal ação do estresse é a quebra do equilíbrio interno decorrente da ação exacerbada do sistema nervoso simpático e a desaceleração do sistema nervoso parassimpático em momentos de tensão. Assim, qualquer situação geradora de um estado emocional forte que leve a uma quebra da homeostase interna e exija alguma adaptação pode ser chamada de um estressor (COUTO, 2004, p. 46).

o estresse é uma condição que também pode se manifestar a qualquer instante ou situação, ou seja, qualquer acontecimento que altere o ritmo que o indivíduo mantinha, de forma a necessitar encontrar meios para adaptar à nova situação, desencadeia uma série de sintomas e sinais. Eles não só acontecem mediante agressões físicas, mas também em situações cotidianas que geram desconforto interior (COUTO, 2004, p. 44-5).

A angústia ocupa um lugar de destaque na “síndrome de se sentir doente”, tendo espaço na etapa de resistência ao estresse, desde que possa ser assimilada como um organizador, prenunciando que alguma coisa vai acontecer. Ela marca o mais profundo e íntimo da singularidade de uma pessoa, pois é quem acompanha qualquer pessoa em todos os momentos da vida com a persistência e a teimosia de uma sombra. Assim, o adoecer ou não dependerá da oportunidade que se oferta a essa pessoa de resignificar, compreender e entrar em contato com sua angústia e com seu estresse (COUTO, 2004, p. 63-4).

Fica cada vez mais evidente que a angústia que não se permite sequer ser sentida pelo cuidador, acaba por tomar o corpo, manifestando-se através de sintomas passíveis ou não de ocasionar uma doença mais grave, mas que estão ali presentes desde o princípio dos cuidados e camuflados pelas atividades estressantes próprias do cuidar prolongado. O estresse, mesmo camuflado, pode ser percebido através do desgaste, definido como a perda da capacidade afetiva e/ou potencial, biológica e psíquica (COUTO, 2004, p. 67).

Para tanto, o apoio e a prestação informal de cuidados, em grande proporção, são realizados aos doentes incapacitados por um prestador informal de cuidados, que, na maioria das vezes, é encontrado em um dos membros da família como o único e imediato recurso, fácil, acessível e viável para tal necessidade. Apesar de serem vistos primeiramente como um recurso, também têm as suas necessidades e problemas específicos resultantes da prestação de cuidados a um familiar doente, razão pela qual são apelidados de pacientes ou doentes ocultos, ou seja, também necessitam de ajuda para incrementar a sua saúde e bem-estar (FIGUEIREDO, LIMA e SOUSA, 2009, p. 98).

O desamparo é uma palavra usada com grande frequência pelas pessoas traumatizadas com transtorno de estresse quando procuram expressar seus estados emocionais. Assim, é sugerido que o aumento da esperança e a diminuição do desespero e do desamparo perante fatores estressores e/ou agressores possam ser fatores importantes para melhorar a saúde e a longevidade. Afinal, pessoas com

transtorno de estresse procuram novos sentidos e significados em suas vidas, e as crenças e práticas religiosas são “fortemente baseadas em buscas pessoais para compreender o significado da vida, o relacionamento com o sagrado e o transcendente” (PERES, 2009, p. 4).

A valorização da vida supõe atenção à sacralidade e à qualidade de vida das pessoas. Os dois princípios não se excluem. A vida continua sendo o mistério que escapa à total inteligência e determinação da ciência. A experiência humana é marcada pelo encontro com o numinoso, com o transcendente e absoluto. A existência é pautada por perguntas e necessidades, sonhos e esperanças, tristezas e angústias. Diante de inquietações profundadas, a humanidade conheceu o fascinante mundo do sagrado e da experiência do divino. [...] A vida humana, portanto, tem uma dignidade sagrada, porque emerge da vontade e do poder criador desse Absoluto [...]. Deus é sempre um mistério que transpõe toda habilidade humana. Sendo ele o autor da vida e considerando que ninguém consegue produzir a vida sem o princípio original, conclui-se que a vida humana é puro dom. Oferta de amor que não cobra e nem reclama, apenas pede preservação e cuidado (BRUSTOLIN, 2006, p. 447).

O adoecimento silencioso dos cuidadores familiares obriga as pessoas cuidadoras a pararem e a ouvirem os gritos do seu interior, ou seja, o estresse em si não é o elemento fundante das doenças, mas ele leva a um enfraquecimento do organismo e do sistema imunológico de tal maneira que patologias programadas geneticamente se manifestam por causa do estado de exaustão presente na pessoa envolvida. O estresse não causa uma determinada doença aleatória, mas pode estar presente na sua ontogênese por facilitar o seu desenvolvimento em pessoas propensas a ele (COUTO, 2004, p. 48).

Cabe às pessoas cuidadoras se permitirem um momento de autorreflexão, de autoconscientização, ou seja, um momento de tomar as rédeas de sua vida, de suas escolhas, de suas prioridades, de sua vitalidade como pessoa humana; um momento de ouvir sua voz interior de socorro, de clamor por um corpo que adocece e sofre aos poucos com as circunstâncias da vida, um corpo que padece de sentido e de vida mediante as angústias, as dúvidas, as incertezas e o vazio existencial.

Brandalise (2004, p. 34) esclarece que o sentido da vida precisa ser decorrente de uma fonte da vida, e essa fonte é o próprio Deus. A vida das pessoas deve ser uma nota na pauta de Deus, e o sentido para a vida de uma pessoa nasce da sintonia profunda com o Deus da vida. Pelo sentido da vida está em jogo não só o destino de cada pessoa, mas também o destino da humanidade, pois são, nas situações de crise, dúvida e insatisfação interior, que a pessoa é verdadeiramente surpreendida pela questão sobre o sentido da vida.

A crise é uma ruptura na dinâmica da vida. Exige parar, pensar e refletir, experienciar-se frágil, curtir a solidão, sacrificar algumas coisas que pareciam essenciais. Tempos de crise chegam à vida das pessoas de forma brusca para pôr à prova crenças, valores e purificá-las.

Caso a pessoa saiba trilhar esse caminho com esperança e coragem, a crise possibilitará um novo nascimento. É tempo de reler a vida e descobrir razões profundas pelas quais valham a pena viver e empenhar a vida. Permitir abandonar mochilas que estão carregadas e que estão vazias de sentido e significado para cada pessoa e para a humanidade.

Nessa busca da intencionalidade dos fatos e objetos que circundam a pessoa, pode-se descobrir que sua alteridade está simplesmente voltada para o grande Outro: o Absoluto, Deus. “O ser humano recebeu das mãos do criador a tarefa de cuidar da criação e valorizar o dom da vida que lhe é concedido [...], portanto, a pessoa depende do Autor da Vida para encontrar a plenitude e o sentido de sua existência mortal” (BRUSTOLIN, 2006, p. 454-5).

A espiritualidade é definida como uma procura pessoal de compreensão das respostas às questões fundamentais da vida, do significado e das relações como sagrado, procura essa pode ou não nascer ou focar-se nos rituais religiosos e na formação da comunidade religiosa. O sagrado está presente na religião e na espiritualidade, mas enquanto a religião é um sistema formal focado na comunidade e orientado para o comportamento e para as práticas de rituais, a espiritualidade é menos formal e sistemática, focada no indivíduo e orientada pela emoção. A religião é a procura de significado por caminhos relacionados com o sagrado, abrangendo tanto o individual como o institucional, enquanto que a espiritualidade é a procura individual pelo próprio sagrado [...], ou seja, procura de um objeto particular de significado individual (GARRETT, 2009/2010, p. 4).

Assim, a espiritualidade pode ser vista como o esforço de trazer para o cotidiano o encontro com Deus, ou seja, é a capacidade de viver cotidianamente a dimensão transcendente da existência. Com esse pressuposto, a espiritualidade se torna algo exigente, uma área do conhecimento humano pautada numa construção de sentido existencial baseada na convicção de pertencer a Deus e na permissão de que Ele esteja presente e atuante em todos os setores da realidade, pois o sentido da vida está na coerência dos fatos e nas bases que sustentam cada pessoa no dia a dia (SANCHES, 2009, p. 296-300).

A experiência com Deus não aliena o homem, mas o engaja sempre mais na vida cotidiana. Só mergulhando com Deus o homem consegue construir

a si mesmo e descobrir a própria dignidade humana. Sentir-se habitado por Deus é uma alegria, que não pode ser manifestada com palavras, mas transparece na sua vida (ZSCHORNACK, 2006, p. 22).

As práticas religiosas podem ter uma grande influência no modo como as pessoas interpretam e lidam com os eventos traumáticos em sua vida, promovendo percepções resilientes⁴⁵ e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor psicológica e a autoconfiança em lidar com as adversidades e eventos estressantes em seu cotidiano; além de promover condições para equipar as pessoas para responderem às situações em que se veem face a face com os limites do poder, do desamparo e do controle humanos quando confrontados com suas vulnerabilidades e desesperanças, fornecendo uma estrutura cognitiva que possa diminuir o sofrer e desenvolver a finalidade e o significado ante o evento estressor e/ou traumático (PERES, 2009, p. 4).

É a partir do encontro com a espiritualidade e/ou religiosidade que a pessoa pode se reencontrar, reconstruir ou identificar sua imagem com Deus, seus valores religiosos, restabelecer sua relação com o divino e com o próximo e, assim, estabelecer uma relação com o mais íntimo de seu ser por meio da oração (ROESE, 2010, p. 303).

A Associação Psiquiátrica Americana produziu um guia que orienta os terapeutas a compreender e manter um respeito empático ao abordar as crenças religiosas dos pacientes, reforçando que o treinamento adequado do terapeuta, a compatibilidade terapeuta-paciente, a atenção à pessoa e não apenas à doença e a busca da compreensão empática podem reduzir a ocorrência da conversão de valores e minimizar os problemas éticos associados [...]. Algumas observações éticas merecem atenção como: 1) a habilidade de inquirir sobre a vida religiosa e espiritual dos pacientes é um elemento importante da competência psicoterapêutica; 2) a informação sobre a vida religiosa e espiritual dos pacientes revela frequentemente dados extremamente importantes para superação de suas dificuldades; 3) o processo da investigação sobre esse domínio deve ser respeitoso; 4) há um potencial significativo para faltas éticas quando o terapeuta busca impor suas convicções pessoais (religiosas ou antirreligiosas) abandonando o princípio da neutralidade (PERES, 2009, p. 3).

Para tanto, acredita-se que a espiritualidade seja ao cuidador dar um passo para a resolução de sua fadiga, de sua angústia, de seus limites, de sua incompreensão diante do sofrimento e do vazio existencial.

⁴⁵ Resiliência, um termo que vem da Física, significa, muito resumidamente, que, após um trauma, pode-se voltar ao estado anterior a ele, ou seja, é rescindir o contrato com a adversidade (OLIVEIRA, 2012, p. 36).

É a partir da espiritualidade que o cuidador pode compreender que sua vida não está reduzida a apenas um corpo de dores, de sofrimento ou de renúncias, mas que ainda existe um espaço dentro de si que se pode ir ao seu encontro, ou seja, esse espaço é dar abertura para além, para o infinito, para o misterioso, o numinoso, o transcendente, o divino.

A espiritualidade não é um simples acontecimento do acaso na vida da pessoa cuidadora, mas é algo que proporciona esperança, e isso pode ser bem percebido nas narrativas bíblicas que serão abordadas no próximo capítulo, de um Jesus curador e cuidador de pessoas que sofrem e carecem de cuidado, amparo, atenção e amor.

2 É NO CUIDAR DE DEUS QUE EMERGE UM SER HUMANO INTEGRAL E CONECTADO COM AS PESSOAS E O UNIVERSO

*Não é tão importante o que acontece e sim como o interpretamos.
(Anônimo)*

Neste segundo capítulo encontra-se uma análise das características básicas da história e formação dos textos bíblicos de Marcos 10,46-52, Mateus 9,1-8 e Lucas 13,10-17, ou seja, trata-se de reconstruir o processo de comunicação no qual os textos foram concebidos, transmitidos e inseridos.

Os textos serão trabalhados numa fundamentação teórica com a explanação de conceitos, categorias e métodos de interpretação textual e análise de narrativas bíblicas em seu contexto, num olhar em relação à pessoa cuidadora e seu doente, com intuito de realizar uma construção de identidade e sentido, remetendo aos conceitos de cuidado e cuidar de si para uma prática de acompanhamento para com as pessoas que exercem e carecem de cuidados, ou seja, nem sempre quem cuida quer dizer que não carece de cuidados, de atenção e de proteção. Finaliza-se tecendo uma construção de identidade e sentido da importância da pessoa cuidadora como pessoa, como um ser que necessita de cuidados, a partir dos personagens bíblicos, reprojetoando-se a tradição cristã aos tempos contemporâneos.

Para compreender o estudo e apreender de forma adequada o objeto, são utilizados referenciais sob o olhar fenomenológico existencial da hermenêutica compreensiva de Martin Heidegger que se fundamenta no estudo ontológico do ser.

Esse referencial adota pressupostos e fundamentos filosóficos numa condição de desconstrução no modo de pensar e fazer a saúde para as pessoas se voltarem ativamente à presença do outro no espaço existencial, à otimização das formas e qualidade da interação eu-outro nesses espaços.

Além disso, há o enriquecimento dos horizontes de saberes em saúde numa perspectiva de compreender acerca do cuidado, a fim de fornecer conceitos de cuidado e cuidar de si para uma prática de cuidado integral e especial com as pessoas que exercem e carecem de cuidados, ou seja, para com os cuidadores informais ou familiares de doentes crônicos.

O intuito é estudar os fenômenos como algo que se manifesta. Desse modo, toda estrutura de Heidegger pauta-se no conhecimento do ser como tal, ou seja, o

pensar se estabelece sobre o seu ser, e não sobre o seu fazer. Assim, o fenômeno é o que se revela, é o que se mostra em si mesmo. O cuidar tem a ver com a identidade de uma pessoa e é o princípio mais básico e necessário para a sobrevivência e desenvolvimento da vida.

Para Heidegger (2011, p. 264), o cuidado, a partir de um ponto de vista existencial, se acha *a priori* antes de toda atitude e situação do ser humano, isto é, por intermédio do cuidado podem derivar-se atitudes e situações, sentimentos e atos como vontades, desejos, inclinações e impulsos próprios do ser humano. Assim, a condição humana passa, indispensavelmente, pelo cuidado.

No entanto, essa compreensão de Heidegger sobre cuidado ou cura só é possível se for assumida como um traço fundamental que caracteriza o humano como presença⁴⁶, a saber, a compreensão do ser (FERNANDES, 2011, p. 159).

Falar do humano como presença e do traço fundamental do cuidado, não é necessariamente descrever o humano enquanto algo já constituído ou já formado com determinadas propriedades características, muito menos falar do humano enquanto sujeito que se autoconstitui em seus relacionamentos com os objetos e o mundo objetivo, com o outro enquanto objeto ou mesmo com o outro enquanto outro sujeito no mundo das relações intersubjetivas; nem mesmo consigo enquanto objeto ou enquanto sujeito, numa perspectiva de uma dimensão intrasubjetiva. Falar do humano enquanto presença significa abrir uma compreensão de poder-ser, no entanto, não se trata de entender o futuro como um prolongamento do passado e do presente, mas como um porvir a partir de uma possibilidade de uma passagem que proponha o humano numa relação originária com o ser, ou melhor, um salto de liberdade proporcionando “ao humano ser o aí do ser, ou seja, que se reage na proximidade do ser [...] como evento-apropriador” (FERNANDES, 2011, p. 159-160).

O viver humano, portanto, oscila constantemente entre o subjetivo e o intersubjetivo ou relacional. Em tudo o que deseja e faz, o ser humano manifesta que não é um ser pleno: deve crescer biologicamente, aprender

⁴⁶ Presença é o modo de ser, no qual o aí é, tomando-se o verbo ser, por assim dizer, como ativo transitivo. Presença é estar aí para o mistério do ser. É ser o aí, ou seja, a abertura que deixa ser o ser em sua proximidade. Cuidado é o ser do aí. O homem, fundado na presença, deixa de ser o senhor do ente para se tornar o cuidador do ser. Somente cuidando do ser é que o homem deixa de ser o ente como ente. Do contrário, no esquecimento do ser, o ente só vigora em sua inessência, em sua niilidade. Contudo, se a presença vigora como um “ser-quem” e não como um “ser-que”, então, também o “ser” e o “cuidar” só poderão ser apreendidos e compreendidos em seu sentido a partir do “ser-quem”. Enfim, o homem precisa se transformar para poder-ser-si-mesmo, e é nesse horizonte de transformação que se inscreve a necessidade do humano e sua humanidade se fundar no fundo e no abismo da presença (FERNANDES, 2011, p. 161).

intelectualmente, preparar-se para tudo, buscar metas, melhorar a saúde, aspirar a uma vida melhor, reiniciar uma e outra vez caminhos novos; ainda na véspera da morte, sente que tem que fazer algo para ser o que ainda não é. É um ser que está sempre em busca. Essa é uma característica fundamental do ser humano (CROATTO, 2010, p. 42).

Alcançar uma compreensão do cuidado requer, portanto, a capacidade de as pessoas se manterem no sentido de ser e entenderem o poder-ser da presença.

Nesse contexto, pode-se observar que Heidegger (2011) busca pensar o homem em seu sentido de ser e não como um objeto calculável, ou seja, ele preocupa com o sentido do ser. A angústia desvela o poder-ser originário do ser. Por meio dela o ser mostra-se como cuidado de si mesmo e dos outros. É nesta relação do ser com os outros, ou melhor, com o mundo, que se pode expressar o pertencimento mútuo entre o homem e as coisas, e é nessa relação que o homem se difere dos outros entes, pelo fato de compreender e significar o mundo.

Isso porque, na presença enquanto existência, o que está em jogo é o seu ser, o seu poder-ser-si-mesmo. Nesse sentido, existir é ser livre para o poder-ser-mais-próprio, ou seja, estar indo adiante de si mesmo, antecipar-se, ultrapassar-se, transcender-se na direção do próprio ser, ou melhor, na direção do poder-ser mais próprio. Existir é, afinal, estar “sob a lei da liberdade, que diz: torna-te o que tu és, ou seja, torna-te quem tu és, ou torna-te quem tu podes ser” (FERNANDES, 2011, p.162).

O existir apropria a pessoa de um poder-ser mais próprio. Querer possuir, dominar, assegurar-se é um modo impróprio de se apropriar do vigor do próprio, e isso demonstra a inaptidão para o próprio, no entanto, a abnegação⁴⁷ e a renúncia⁴⁸ tornam a presença apta à regência do próprio (FERNANDES, 2011, p.163).

O viver humano é considerado muito mais que existir. Viver implica cuidar-se, e cuidar num movimento relacional com as pessoas e com o universo, ou seja, num movimento de relações que transcende o que é necessário à sobrevivência. Num movimento em contato direto e contínuo com elementos que alavancam a resiliência daqueles que sofrem ou daqueles que venham a sofrer.

⁴⁷ A abnegação não é a mera negação de si, mas a negação do modo impróprio de querer apropriar-se de si, ou seja, do querer possuir-se sem conquistar-se, sem conquistar a aptidão para ser, a capacidade de poder-ser. A negação da abnegação não é mera negatividade (FERNANDES, 2011, p.163).

⁴⁸ A renúncia não tira algo de alguém, mas dá uma força inesgotável da simplicidade, portanto, a renúncia não é perda. No não da renúncia vigora o poder-ser do sim à verdade do ser. A renúncia anuncia o que se vela e se oculta, ela assinala o retraimento do mistério do ser, o outro do ente. A renúncia não tira, ela dá a força inesgotável da identidade de si sob a regência do próprio, por isso, a aptidão do poder-ser se consuma como dedicação, na pertença do ser, é crescimento e maturação de si a partir do ser (FERNANDES, 2011, p.163).

A espiritualidade, o sagrado, a fé podem ser considerados elementos essenciais para que as pessoas que sofrem possam ser cuidadas de forma integral e especial, pois constituem fatores ligados à saúde mental e resiliência perante agentes estressores e agressores à vida das pessoas. Fato esse pode ser observado em algumas narrativas bíblicas de cura, destacando logo a seguir três dessas, apresentando a *práxis* terapêutica de Jesus a contribuir para a reconstrução das pessoas visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar.

2.1 A ESPIRITUALIDADE E O SAGRADO NA DIMENSÃO DO CUIDADO

O ser humano é um microcosmo que possui, em sua essência e formação, uma força vital e uma alma que o diferencia das coisas materiais. A força vital, a alma, faz do corpo humano um organismo. Caso cesse sua vida, o corpo continua sendo apenas uma coisa material como as outras.

Possuir uma alma significa possuir um centro interior para onde converge sensivelmente tudo aquilo que provém de fora e de onde partem as atitudes do corpo vivente. Há nesse núcleo um espaço de troca entre sensações, reações e impulsos. A alma fala por meio do corpo vivente. É no corpo vivente que se dá a manifestação da interioridade; nele, o ser humano manifesta seu caráter e seu modo de ser. O corpo vivente é expressão da interioridade. A alma é vida e a vida é a força vital que se articula na força psicofísica e espiritual. É o modo de ser peculiar de cada um que se manifesta na sua estrutura corpórea animal e no seu caráter psíquico, constituindo a natureza da espécie. Os indivíduos são exemplares imperfeitos ou menos completos da espécie e se distinguem um do outro. É a individualidade do ser humano que estabelece os limites entre o ser animal e o ser humano (PERETTI, 2010, p. 60).

Toda tradição de expressão religiosa deve ser ouvida, pois diz uma palavra e pode proporcionar um aspecto de mistério sagrado que ninguém pode dizer novamente.

Os mundos mítico e simbólico são incomensuráveis. Nenhum pode dizer o que o outro disser. Cada um oferece um acesso diferente à riqueza da realidade, disponibilizando diferentes modalidades de entrar na dimensão do sagrado. O papel deles é estabelecer uma construção e constituição de vida determinada nos indivíduos, nas relações sociais e no mundo em que a vida em grupo se estabelece. Assim, o uso religioso dos mitos e símbolos não modifica nenhuma estrutura, nem altera a função determinada por cada programação genética. As religiões não apontam nenhuma nova estruturação do mundo, muito menos uma nova articulação

aos indivíduos, nem nas relações sociais, nem altera o sistema de valores estruturado em cada grupo (FAJARDO, 2009, p. 219).

“O comportamento do ser humano religioso é o espelho de sua experiência do sagrado, onde tal comportamento manifesta-se em seus símbolos, mitos e ritos, que têm relação com sua vida concreta e histórica” (CROATTO, 2010, p. 57).

Para Fajardo (2009, p. 220), os símbolos e os mitos também expressam, de forma significativa, em sua própria capacidade, o significado e a realidade, segundo o inefável e o transcendente imanente. A sabedoria religiosa consiste em compreender que não se pode transferir nem confundir a intocabilidade daquele que aponta as expressões religiosas para as mesmas expressões, porque isso poderia tentar as mutações da história humana e resultar em idolatria.

A religião desempenha um papel importante no empreendimento humano da construção do mundo, ao ser representada como o ponto máximo da autoexteriorização do homem pela infusão dos seus próprios sentidos sobre a realidade. A religião supõe que a ordem humana é projetada na totalidade do ser, ou seja, ela é a ousada tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo (BERGER, 1985, p. 41).

A espiritualidade predispõe o ser humano a buscar sentido para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, ou seja, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal. Na prática médica, a espiritualidade tem-se tornado um paradigma, visto que, apesar de a doença exercer um impacto nas relações sociais, psíquicas, econômicas, e um amplo comprometimento fisiopatológico, é na espiritualidade que as pessoas encontram conforto e satisfação (GUIMARÃES e AVEZUM, 2007, p. 89).

Convém definir neste cenário que a religiosidade e a espiritualidade, apesar de relacionadas, não são claramente descritas como sinônimas. A religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo. A espiritualidade está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados (GUIMARÃES e AVEZUM, 2007, p. 89).

Numa condição reflexiva, o ser humano tem consciência de sua dor e de seu sofrimento, pois cada momento da vida de uma pessoa pode iniciar ou findar uma situação existencial, ou seja, uma experiência pode revelar sentido ou destinar em direção ao sentido último de sua existência. Por essa razão, a questão da morte não

se coloca apenas em relação ao fim da nossa existência, mas também está presente a cada gesto que as pessoas realizam.

Mediante essa condição que o ser humano tem de sofrer, de viver e de morrer, é possível que a ele sejam reveladas questões fundamentais do seu destino, desvelando em seu ser a verdade sobre o Real, sobre o que é essencial em sua existência e sobre sua verdadeira condição como pessoa, como homem e como sujeito de seus atos, pensamentos e ações.

2.1.1 Dimensão de Pessoa, Homem e Sujeito

Na ética, o conceito de pessoa fundamenta-se numa atribuição de responsabilidade e de direitos e deveres pessoais específicos, podendo tematizar tanto o sujeito como também o objeto de uma relação ética, ou seja, as pessoas têm a capacidade de escolher e agir, sendo a elas atribuída certa dose de liberdade, de responsabilidade, de direitos e deveres (REICHOLD, 2006, p. 25).

“O conceito de pessoa designa no homem aquilo que o distingue em um sentido moral e esboça a estrutura fundante dessa distinção” (REICHOLD, 2006, p. 27).

Nesse sentido, subsiste uma estreita correlação entre os conceitos éticos de homem e de pessoa. Em muitas teorias éticas, no conceito de pessoa, encontra-se uma distinção entre a vida orgânica e a vida pessoal do ser humano. Já o conceito de homem designa o todo corporal e racional. E na referência à personalidade do ser humano, destacam-se isoladamente os elementos espirituais. O conceito de pessoa formula uma determinada perspectiva sobre o homem: a consideração do homem como ser racional (REICHOLD, 2006, p. 27).

Uma aproximação ao conceito de pessoa pode ocorrer por um confronto do conceito de pessoa com outros conceitos filosóficos centrais. Manifesta-se, então, que o conceito de pessoa apresenta entre cruzamentos com os conceitos de eu, si-mesmo (*self*) e sujeito. [...] Uma clara conexão com a tradição do conceito de homem encontra-se, no entanto, nas determinações pessoais da corporeidade e da sociabilidade. A corporeidade da pessoa diferencia nitidamente o conceito de pessoa daquele de sujeito e aponta para a diferenciada história conceitual e função sistemática dos conceitos de pessoa e de sujeito. [...] O corpo de uma pessoa não é um objeto livre de significado, porém o portador imediato de uma mensagem. A materialidade da pessoa comprova-se aqui como determinação básica da pessoa, como base na qual a comunicação no palco e no mundo é de fato possível (REICHOLD, 2006, p. 29-39).

Em Paulo, a pessoa (o Eu) é experienciada como o lugar da atuação da fraqueza ou da força, com limites permeáveis. Assim, o Eu pode ser reduzido ao mero nome (expressão bíblica do *self*), e a força (não pensar ou sentir) de outra pessoa pode me determinar. Para tanto, o termo moderno da identidade do Eu / do *self* depende essencialmente de experiências e noções modernas com a autonomia e a liberdade, ou seja, elas são decisivas para a autocompreensão e a autovalorização da pessoa (BERGER, 2011, p. 66).

O *self* é uma *gestalt* organizada consistentemente, constantemente se formando e reformando enquanto as situações mudam. O *self* não pode ser capturado como em uma fotografia posada, pois é uma entidade instável, mutável, ou seja, está sempre em mudança, em um processo em que está sempre em transformação (FADIMAN e FRAGER, 2004, p. 359).

O *self* ideal é o autoconceito que o indivíduo mais gostaria de possuir, sobre o qual atribui o maior valor para si mesmo. O *self* ideal é um modelo pelo qual uma pessoa pode se esforçar. [...] Se nosso *self* ideal é muito diferente do *self* real, a pessoa pode sentir-se desconfortável e insatisfeita e experimentar dificuldades neuróticas. Ser capaz de ver-se com precisão e sentir-se confortável consigo mesmo é um sinal de saúde mental. Inversamente, na medida em que o *self* ideal é inteiramente diferente de nosso comportamento e valores reais, ele pode inibir nossa capacidade de desenvolvimento [...]. O *self* ideal pode se tornar um obstáculo para a saúde pessoal quando ele difere muito do *self* real. As pessoas que sofrem dessa discrepância muitas vezes não estão dispostas a ver a diferença entre ideais e atos (FADIMAN e FRAGER, 2004, p. 359-360).

No âmbito da cristologia, o conceito de pessoa foi empregado para expressar o valor indeclinável da pessoa de Jesus Cristo. O ser moral de Jesus é fundamentado por sua natureza divina. Assim, a dignidade humana não se baseia em propriedades biológicas, e sim em determinações éticas, em uma representação do homem como sujeito ético (REICHOLD, 2006, p. 45).

Relacionando à pessoa na cristologia chamam a atenção valorações acerca de interior e exterior da realidade humana que são totalmente diferentes e que existem simultaneamente lado a lado, visto que elas têm sua origem em experiências diferentes de valores (BERGER, 2011, p. 115).

Quando o Novo Testamento se refere ao interior do ser humano, isso não significa sempre o âmbito da intimidade, dos sentimentos, da consciência ou do inconsciente ou o âmbito dos meros planos e intenções [...]. Do conceito do interior deve-se distinguir o coração, esse âmbito é invisível e impalpável e tem uma estrutura pessoal, é aproximadamente aquilo que chamaríamos o centro da pessoa. Ao interior corresponde necessariamente o exterior, o

externo – não a condição corporal do ser humano como fator antropológico, mas aquilo que a pessoa faz com seu corpo e aquilo que acontece com esse corpo. Por isso, o exterior é sempre caracterizado por dinâmica e relação. Também o interior é compreendido como dinâmico num certo sentido, mas diferente da compreensão entre nós (BERGER, 2011, p. 115-6).

Não delimitado ao conceito de pessoa e muito menos no sentido de ser algo fechado, mas ligado aos outros seres humanos, a Deus e ao pecado estão o corpo e a corporeidade como algo que trata o ser humano por inteiro. Na medida em que se submete ao domínio de Deus, o ser humano é também corpo, por isso, o corpo do ser humano nunca pode ser fechado e delimitado para fora ou autônomo no sentido moderno, mas esfera do domínio de Deus ou do pecado. Para tanto, corporeidade significa a experiência de dependência, e a renovação do corpo não é nada mais que uma troca dos relacionamentos (BERGER, 2011, p. 102).

Na atualidade o corpo é visto apenas na sua materialidade, como corpo funcional ou objetificado. O corpo funcional é apenas instrumento de transformação do mundo, útil na realização de tarefas. O corpo objetificado é apreendido enquanto abstração, compreendido por meio de conceitos e não pela experiência viva, podendo promover o adoecimento humano (SAFRA, 2006, p. 35).

O corpo pode ser compreendido como elemento primordial e material que demonstra todas as relações históricas, sociais e espirituais às quais estão envolvidos os seres humanos. São as relações com o trabalho que configuram determinadas visões do corpo como símbolo da emancipação de homens e mulheres e lugar ideal da manifestação do poder de Deus (LEANDRO, 2005, p. 86).

É o corpo que dá condições para a existência do ser humano no mundo. Nele combinam capacidades e dimensões biopsíquicas e culturais da espécie humana, como racionalidade, paixões, sensibilidade, sensualidade, sexualidade, sentimentos, emoções, crenças, valores, fantasias, sonhos, desejos (PEREIRA, 2008, p. 133).

Pensar por meio do corpo é estar aberto para o que ele pode revelar sobre o destino de cada ser humano. Para tanto, é possível afirmar a partir dessa condição a peregrinação pela vida afeta a corporeidade das pessoas, pois é na vida que estão as alegrias decorrentes da celebração e as dores decorrentes do sofrimento. Tendo o ser humano vivido a precariedade e a instabilidade, pode ser levado a um saber sobre a condição humana e sobre o destino humano que se alojam em sua corporeidade (SAFRA, 2006, p. 49).

Jesus em suas peregrinações orientava as pessoas por um “ser” do ser humano definido como bom ou mau por meio de seu coração. Essa identidade moral

pode ser manifesta em atos, como também os seres humanos podem ser percebidos em sua biografia, ou seja, quem ou o que alguém é manifesta-se em seus atos e suas obras. Dessa forma, a identidade de uma pessoa pode ser determinada pelo interior, mas esse precisa se manifestar por meio de obras como sinais, ou seja, as obras são o único caminho para o interior. O exterior revela as pontas do *iceberg* como palavras ou atos (BERGER, 2011, p. 120-1).

A presença física de Jesus no contexto em que vivia não era atitude vaga e abstrata em relação ao povo, ou seja, Jesus tratava cada pessoa de forma personalizada. Ele entrava na vida e nos pensamentos das pessoas de forma que ninguém era excluído e todas as pessoas eram amadas por si mesmas e não por causa de seus antepassados, raça, nacionalidade, ligações familiares, inteligência, bens ou por qualquer outra atribuição. Por isso, em sua missão, Jesus ensinava, a partir de suas atitudes físicas e corporais, sendo capaz de recuperar a vida das pessoas por onde passava (CORREIA Jr., 2005, p. 16-7).

Assim, o desejo de cada ser humano, orientado por seus valores que o atraem e o impulsionam, gera dentro dele a consciência de suas necessidades⁴⁹ e gera também a consciência de uma tríplice limitação: a fragmentação⁵⁰, a finitude⁵¹ e a falta de sentido⁵². Segundo Croatto (2010, p. 43), isso acontece porque o ser humano tende à totalidade e, assim, sente com tanta intensidade suas necessidades e suas limitações.

A capacidade de ter experiência reflexiva oferta ao homem uma possibilidade de ser tocado pelas experiências, de poder sair delas para contemplá-las e de sair de si para se pôr em direção ao mundo externo. Nessa capacidade pode ser encontrado um ser humano ontologicamente aberto para uma experiência de transcendência que é parte de sua estrutura, ou seja, nessa condição o homem pode ir para além de si em direção ao externo ou pode ir além de si em direção ao interno (SAFRA, 2006, p. 37).

⁴⁹ Necessidades são específicas para a vida, tanto físicas como psíquicas e socioculturais. Tais necessidades são receptivas (comida, presentes) ou expressivas (arte, amor), pondo em evidência a condição relacional do ser humano (CROATTO, 2010, p. 43).

⁵⁰ Refere-se ao bem, à felicidade, ao descanso, ao dinheiro, ou seja, aquilo que só se pode ter parcialmente, em fragmentos, nunca em uma totalidade plenificante (CROATTO, 2010, p. 43).

⁵¹ Há limites em todas as coisas, até mesmo na própria vida. O bom experimenta-se como algo transitório e que se esgota. Os espaços não são suficientes. O tempo tampouco o é. A natureza está mostrando continuamente que a vida é cíclica, concluindo-se com a morte. A finitude da vida opõe-se a uma infinitude do sofrimento, daí a ansiedade existencial gerada e da qual a vivência religiosa vem socorrer (CROATTO, 2010, p. 43).

⁵² O ser humano tem falta de sentido de muitas experiências vitais como, por exemplo, o trabalho alienante no lugar de um trabalho criativo; como também a morte, a dor ou uma vida vazia (CROATTO, 2010, p. 43).

Essa experiência é inserida na vida de uma pessoa a partir de suas bases, ou seja, de suas raízes. Assim, ela se torna relacional e específica de cada pessoa, pois contempla uma necessidade⁵³ particular e individual. Seu resultado será sempre limitado à realidade, por isso será sempre objeto de um desejo e de uma busca incessante (CROATTO, 2010, p. 45).

A transcendência acontece ao mundo e em direção à interioridade do si mesmo e funda a espiritualidade do ser humano. Assim, nessa condição, o homem parte de um centro e é capaz de contemplar o todo, ou seja, ele é capaz de sentir, de se ver sentindo e apreender sentindo (SAFRA, 2006, p. 37).

Para tanto, o ser humano interior não é apenas aquele que se relaciona somente com a intimidade, mas um ser humano novo que pode ser sentido nos esperados pontos de rompimento com o ser humano exterior, e a partir dessa relação pode ser jogado para uma experiência de dispersão de si reconhecendo a espiritualidade e o sagrado em sua vida e em suas relações cotidianas.

2.1.2 A Dimensão da Espiritualidade na Vida das Pessoas

Espiritualidade é uma qualidade do ser humano, uma capacidade de ir além do corpo revelando o transcendente. Espiritualidade se refere à individualidade e à vivência de cada ser humano. A espiritualidade é a relação pessoal de cada um com o fundamento último de sua existência, com o sentido da vida, com aquilo ou aquele que lhe confere o sentido máximo da vida de uma pessoa. Espiritualidade é uma forma com a qual o ser humano conduz a vida. Ela liga as pessoas com Deus. É um caminho, não o único, para buscar e encontrar o sentido último da vida. A espiritualidade não precisa ser eterna constância, mas se influencia e se molda conforme as experiências e dificuldades de cada pessoa (WONDRACEK, 2010, p. 18-20).

Na relação com as pessoas e na relação com as coisas é que se manifesta nosso espírito. É pelo corpo que nossa dimensão espiritual se manifesta e se comunica. Por isso, espiritualidade tem tudo a ver com o jeito de ser de cada pessoa. Se traduz em atitudes profundas do coração humano e na visão da vida. Viver uma espiritualidade encarnada é estar sob a noção do

⁵³ Essas necessidades podem ser saciadas, na instância religiosa, por realidades de ordens transcendentais como: as físicas por milagres; as psíquicas com a paz, o gozo da glória ou a visão de Deus, estados místicos, amor plenificante; as socioculturais por uma nova ordem social, a libertação como ação divina na história, a irrupção de um mundo novo ou outros acontecimentos escatológicos (CROATTO, 2010, p. 45).

Espírito de Deus, o qual vai transformando e criando em nós atitudes divinas: pureza, integridade, amor, compaixão, misericórdia, atenção às necessidades de outrem, disponibilidade para servir, esperança, coragem e capacidade de persistir na luta por um mundo melhor. É a capacidade de manter sempre o olhar contemplativo para enxergar a presença de Deus na vida de cada pessoa e ter a energia para viver sempre na presença de Deus (ZSCHORNACK, 2006, p. 24).

Para Garrido (1996, p. 272), a verdadeira espiritualidade é a capacidade de o ser humano incorporar uma realidade integrando fé e vida, tanto por razão humana (a pessoa é capaz de viver a realidade em diferentes níveis) quanto por razão espiritual (a fé expressa o significado último do que é real, a presença salvadora do absolutamente real, Deus, em tudo).

Espiritualidade não abrange apenas uma relação aos sentimentos íntimos, mas também uma integração e coerência de um ser humano como uma pessoa que experimenta e age. Espiritualidade bíblica é a espiritualidade social. É a espiritualidade do reino de Deus, de um povo peregrino. Espiritualidade é um progresso em direção à maturidade. A ênfase não está em paz e ajuste interno, mas sim em movimento e peregrinação. No progresso espiritual de que o Novo Testamento fala, a centralidade do amor é enfatizada, em contraste com o conhecimento ou esclarecimento mútuo (LOUW, 2008, p. 51).

A espiritualidade cristã é uma indicação de esperança e de fé. Indica um movimento em que se estabelece uma consciência da transcendência em meios aos conflitos existenciais e sociais. Em primeiro lugar, resulta em oração, na comunhão com Deus e, em seguida, o foco é no crescimento na fé. Em segundo lugar, resulta em atos de caridade do amor no seio da sociedade, onde o foco é renovar e mudar a estruturação do ambiente político. O renovado interesse na espiritualidade reflete no desejo de significado e na dimensão transcendente na vida das pessoas, possibilitando sentido à vida das pessoas. Assim, a espiritualidade está diretamente ligada a experimentar a presença de Deus no mundo e a praticar a fé cristã, implicando um envolvimento com a vida, promovendo uma resposta a um desejo humano profundo e misterioso de autotranscendência e entrega (LOUW, 2008, p. 51).

A espiritualidade tem a ver com reflexão, uma busca pessoal sobre o significado da vida e a relação com o sagrado ou o transcendente. A espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião. As pessoas podem ter crenças individuais sem se voltar a um deus ou a crenças e atividades específicas de uma religião. O indivíduo pode experienciar sua religião de duas maneiras: extrínseca ou intrínseca. A maneira extrínseca refere-se a utilizar a religião como meio de obter benefícios. Neste caso, a

religião ocupa um lugar superficial em sua vida; suas crenças religiosas são herdadas, não houve reflexão sobre a escolha da filosofia religiosa. Vivenciar a religião de maneira intrínseca significa colocar suas crenças religiosas em primeiro lugar; é viver de acordo com seus preceitos, numa atitude de comprometimento e busca de sentido da vida (DUARTE e WANDERLEY, 2011, p. 50).

Espiritualidade torna-se, assim, um termo que liga o ser humano a uma construção que integra uma compreensão psicológica da maturidade com a compreensão teológica da maturidade, sendo de suma importância para esta ligação serem entendidas as relações humanas que envolvem a espiritualidade. Para tanto, uma verdadeira espiritualidade cristã é viver uma vida humana em união com Deus, ligando as questões de espiritualidade das escrituras aos aspectos individuais e corporativos da fé cristã (LOUW, 2008, p. 53).

Louw (2008, p. 58-62) esclarece que de um modo geral, relacionado com a espiritualidade está cura, em que, de uma forma direta ou indireta, funciona de acordo com alguns princípios básicos:

- 1) O princípio da gestão e controle do estresse emocional: saúde e cura estão focadas no indivíduo, no entanto, depende dos fatores de agressão e ansiedade em que a pessoa se expõe em seu cotidiano; e do local de trabalho, pelo fato de ser um espaço de desempenho e produtividade individual. A cura se concentra em superar o estresse por meio de controle emocional e intervenção religiosa.
- 2) O princípio de significado e de crescimento pessoal: tentativa de se concentrar na transformação por meio de escolher livremente o desenvolvimento e crescimento pessoal.
- 3) O princípio da energia pessoal e integridade: a intenção é reduzir os bloqueios e ativar o sistema imunológico, desbloqueando os poderes espirituais latentes no indivíduo que podem ser canalizados para a direção da cura e liberando a mente, o corpo e o espírito para curar. Assim, quando a pessoa está em harmonia com a natureza, a integridade completa pode ser alcançada, e a energia pessoal (interna e subjetiva) pode acender a fim de combater a doença. Enfim, doença pode ser percebida como resultado de submeter mente, corpo e espírito para coisas nocivas como estresse, má alimentação e produtos químicos artificiais.

- 4) O princípio da intervenção divina: processa-se pelo poder da oração como um meio para convencer Deus a intervir e curar. Nesse contexto, a cura está relacionada com milagres numa esfera do sobrenatural e na ação do Espírito de Deus.
- 5) O princípio de cura moral: cura é muitas vezes vista como uma questão de abster-se de maus hábitos. A ênfase aqui é sobre o comportamento moral e controle, visto que nesse princípio doença, qualquer que seja, é uma ilusão, assim, negá-la é curá-la.
- 6) O princípio de poderes externos e transcendentais – empoderamento espiritual: em movimentos neopentecostais cura é um meio para fortalecer a fé do crente, tornando uma prova da existência de Deus. A ênfase é sobre a doutrina do pecado e conexão com a doença, em que para ser curado deve ter um poder transcendental e exterior ao indivíduo, que produz cura e transformação, condutora de capacitação para ser curado. Um pré-requisito para esta capacitação divina é ser "nascido de novo". A oração e a imposição das mãos devem então acompanhar renascimento espiritual e capacitação pelo Espírito Santo.
- 7) A cura interior como princípio de libertação: um dos aspectos polêmicos e complexos e dominantes de cura pentecostal é o de que os poderes e as forças das trevas governam a doença por causa da guerra espiritual, existindo uma conexão direta entre a doença e os poderes demoníacos. Nessa abordagem, a cura é expressa pela libertação, a qual pode ser vista como uma forma de exorcismo, ou seja, se a pessoa não está "possuída", ela pode ser "oprimida" por demônios que a infligem e aplicam-na uma vasta gama de doenças emocionais e psicológicas ou hábitos pecaminosos difíceis de quebrar. Doença ainda pode estar relacionada a maldições ancestrais, ou seja, doenças demoníacas que devem ser expulsas para a obtenção de limpeza e desenvolvimento espiritual.
- 8) O princípio do pensamento positivo: nova abordagem na psicologia, também chamada de "psicologia positiva", tendo como objetivo uma compreensão e busca das melhores coisas da vida humana produtiva, ou seja, é simplesmente o estudo científico das forças e virtudes humanas comuns e essenciais da vida. O pensamento positivo opera com base no pressuposto de que o crescimento pessoal é possível devido ao potencial

humano do pensamento positivo, por causa da cultura, do sucesso e da riqueza. A oração pode ser utilizada nesse sentido, a fim de contato com Deus e para canalizar seu poder para o indivíduo. De acordo com esse princípio, o pensamento positivo se torna uma autoajuda diante de uma gestão espiritual. Jesus torna-se uma garantia automática para a cura.

- 9) O princípio da cura pela fé – força da fé: a cura está relacionada com a fé. Por causa da realidade das doenças e da exposição às fragilidades da vida, o indivíduo precisa de energia e de recursos extras. A fé se torna tal recurso extra que pode ser vista como uma energia espiritual, fazendo que as leis do mundo espiritual sejam ativadas, em virtude da energia positiva (Deus), e o que é energia negativa possa ser superada. Para tanto, fé torna-se aqui um elemento forte, como uma indicação de força espiritual.

Para tanto, a espiritualidade proporciona crescimento em diferentes campos do relacionamento:

No campo intrapessoal (consigo próprio), gera esperança, altruísmo e idealismo, além de dar propósito para a vida e para o sofrimento; no campo interpessoal (com os outros) gera tolerância, unidade e o senso de pertencer a um grupo; no campo transpessoal (com um poder supremo), desperta o amor incondicional, adoração e crença de não estar só. Tais atitudes podem mobilizar energias e iniciativas positivas, com potencial para melhorar a qualidade de vida da pessoa. Pessoas espiritualistas tendem a ser fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais benéficos e requerem menos assistência médica (SAAD e MEDEIROS, 2008, p. 135).

Louw (2008, p. 62) ainda refere que os princípios apresentados anteriormente representam uma verdade bíblica com condições e interações específicas no campo da espiritualidade e da cura, pois tratam de uma relação entre fé e pensamento positivo, libertação, fortalecimento espiritual, ação moral, intervenção divina, significado e controle emocional. Ainda argumenta que a espiritualidade cristã abrange uma abordagem à totalidade humana, em que a cura espiritual pode ser considerada como um novo estado de ser, como um novo estado de espírito, como uma nova atitude e maneira de fazer viver, e como uma totalidade e direção para a vida.

Saad e Medeiros (2008, p. 135-6) esclarecem que as pessoas com envolvimento espiritual tendem a enfrentar situações adversas com mais sucesso e de forma mais rápida, tendo melhores estratégias para enfrentar problemas e redução do estresse, ou seja, o envolvimento espiritual gera na pessoa um equilíbrio

das funções orgânicas controladas pelo sistema nervoso, como a produção de hormônios e a imunidade.

A cura espiritual cristã pode ter um impacto sobre algumas dimensões existenciais da vida: uma ameaça existencial da ansiedade, uma ameaça existencial de culpa, uma ameaça existencial de desespero, uma ameaça existencial de desamparo e vulnerabilidade, uma ameaça existencial de desilusão, frustração, raiva e preenchimento de necessidades; podendo ainda ser atingida por vírus que põem em risco a saúde espiritual, como: a ansiedade, a culpa, os sentimentos de culpa e vergonha, desespero e dúvida, desamparo e vulnerabilidade, frustração e desilusão (LOUW, 2008, p. 62-5).

É exatamente essa crise de sentido que obriga as pessoas a recorrerem aos valores essenciais que as alimentam e as recompõem, ou seja, à medida que esses valores são construídos na espiritualidade, são exercidas a compaixão, a solidariedade, a ética em sua plenitude, pois as pessoas são reeducadas para a comunhão consigo mesmas e com os outros (SOUZA, 2011, p. 309).

Sem dúvida, o viver humano evoca um viver pleno das pessoas numa totalidade do seu ser e numa integridade de sua história imanente apontada para o que está além, ou seja, para o transcendente.

Nessa perspectiva o ser humano é capaz de compreender que tudo em sua vida tem um momento e um tempo, que tudo em sua vida há uma conexão com seus centros vitais, e que tudo em sua vida responde aos anseios profundos de si em busca pela felicidade e plenitude humana. Assim, aos seres humanos é possível viver a experiência de uma enfermidade como uma experiência saudável e de viver e sentir a presença da graça em meio a tantas desgraças, sofrimentos, desamparo e desilusões.

2.1.3 Dimensão do Sagrado na Vida das Pessoas

O sagrado relaciona-se com as pessoas de uma forma que as dirige e coloca sua vida em uma ordem dotada de significado e sentido.

Sagrado é a palavra indo-europeia que significa separado. A sacralidade, portanto, não é uma condição espiritual ou moral, mas uma qualidade inerente ao que tem relação e contato com potências que o homem, não podendo dominar, percebe como superiores a si mesmo, e como tais atribuíveis a uma dimensão, em seguida denominada divina, considerada

separada e outra com relação ao mundo humano. O homem tende a manter-se distante do sagrado, como sempre acontece diante do que se teme, e ao mesmo tempo é por ele atraído, como se pode ser com relação à origem de que um dia nos emancipamos. Essa relação ambivalente é a essência de toda religião, que, como denota a palavra, contém, tendo-a em si reunida (*re-legare*), a área do sagrado, de modo a garantir simultaneamente a separação e contato, que ficam, todavia regulados por práticas rituais capazes de evitar, por um lado, a expansão descontrolada do sagrado e, por outro, a sua inacessibilidade [...] (GALIMBERTI, 2003, p. 11-2).

Para Croatto (2010, p. 59), o ser humano religioso tem um comportamento especial. Seus atos religiosos estão orientados numa realidade máxima, que se manifesta nas hierofanias⁵⁴ como algo totalmente diferente do profano⁵⁵. O sagrado é uma relação entre o ser humano e Deus. Sem essa relação, nada é sagrado.

Nas palavras de Otto (2007, p. 20-36), o sagrado é uma “categoria composta do irracional e do racional”, ou seja, na origem da experiência religiosa há o irracional (não pode ser explicado em conceitos), mas ao ser visualizado e contemplado algo, diferente do cotidiano, inicialmente há o espanto e ao mesmo tempo há consciência, gerando na pessoa envolvida um desdobramento de algo que, na origem, é uma coisa só. Assim, mesmo que os atributos racionais ocupem o primeiro plano, eles de forma alguma esgotam a ideia da divindade, uma vez que se referem e têm validade apenas para algo irracional. Embora não deixem de ser atributos essenciais, eles não passam de experiências.

As hierofanias, manifestações do sagrado, podem apresentar em pessoas ou em lugares, elementos da natureza e objetos. O sagrado é uma experiência, algo que acompanha a sensibilidade humana, algo objetivo, mediado pela subjetividade humana e cultural. Sagrado e profano remetem a espaços de vivência e experiência (MAGALHÃES e PORTELLA, 2008, p. 63).

Em outras palavras, o homem toma conhecimento do sagrado em sua vida por este se manifestar como algo totalmente diferente do seu cotidiano ou das situações diárias em sua vida, ou seja, ele se mostra como algo diferente do profano. A oposição sagrado versus profano traduz-se muitas vezes como uma oposição entre real e irreal ou pseudoreal (ELIADE, 2008, p. 17-8).

⁵⁴ Croatto (2010, p. 59) diferencia três elementos na hierofania: uma criatura, a Realidade invisível e aquela mesma criatura que, por ser mediadora, reveste-se de sacralidade. Autores posteriores a Mircea Eliade ainda acrescentam um terceiro nível: o profano, ou seja, o sagrado é, em si mesmo, parte do profano, mas é recebido pelo *homo religiosus* como mediação significativa e expressiva de sua relação com o divino.

⁵⁵ O profano ascende o divino por meio de sua sacralização, ou seja, o que não está associado ao divino fica como profano (CROATTO, 2010, p. 60).

Interessante que o objeto sagrado é mundano, ou seja, está ao lado do ser humano, mas as hierofanias o sacralizam. Daí o respeito ou a atração que ele desperta nas pessoas envolvidas (CROATTO, 2010, p. 60).

O espaço sagrado se conformaria a certos lugares ou objetos, tempos, pessoas, arquiteturas, danças, legislações especiais, que levariam à experiência numênica, de saída da vida profana – na liminaridade/fronteira entre mundos distintos – e de entrada ou contato com a dimensão do absoluto, dimensão esta não cotidiana. Esses espaços físicos ou psicológicos – proporcionariam experiências em oposição ao espaço profano, este identificado com a vida profana, com lugares, tempos, objetos, pessoas que estão numa dimensão comum, em que a experiência do incomum/absoluto não se manifesta. Dimensão profana esta que, muitas vezes, pode ser considerada como de impureza ou de ilusão [...]. A partir de uma visão do espaço profano como impuro para o contato com o espaço sagrado, o ser humano passa a carecer de purificação ou, ainda, de consagração (MAGALHÃES e PORTELLA, 2008, p. 63).

Uma das formas de contato com o espaço sagrado, de vivência e experimentação do sagrado, é a constituição de tempos sagrados, “esses tempos são caracterizados como cíclicos, pois trazem de volta uma realidade de fundação ou manifestação da divindade” (MAGALHÃES e PORTELLA, 2008, p. 64).

Na vivência dos tempos sagrados, há um reencontro com o sentido da vida e do mundo e a assimilação de forças e de sentidos axiológicos que alimentam esperança, relembram promessas divinas e dão condições para suportar sofrimento e dor (MAGALHÃES e PORTELLA, 2008, p. 64).

As manifestações históricas do sagrado variam muito, embora transversalmente se observem uniformidades na cultura. [...] O sagrado é apreendido com algo que salta para fora das rotinas normais do dia a dia, como algo de extraordinário e potencialmente perigoso, embora seus perigos possam ser domesticados e sua força aproveitada para as necessidades cotidianas. Embora o sagrado seja apreendido com distinto do homem, refere-se ao homem, relacionando-se com ele de um modo em que não o fazem os outros fenômenos não-humanos [...]. Assim, o cosmos postulado pela religião transcende, e ao mesmo tempo inclui o homem. O homem enfrenta o sagrado como uma realidade imensamente poderosa distinta dele. Essa realidade a ele se dirige, no entanto, e coloca a sua vida numa ordem, dotada de significado (BERGER, 1985, p. 39).

Ao observar as manifestações, Miranda (1991, p. 114) esclarece que o sagrado se busca utilizando diversas técnicas e métodos com intuito de promover bem-estar ao corpo e espírito com uma vida mais integrada, mais plena e mais feliz. Num âmbito de compreensão, o sagrado aparece como um esforço do homem para compreender, controlar e fazer favorável toda situação que está além do seu

conhecimento, do seu poder e de sua esperança, porque o ser humano tem um instinto que o leva à incondicionalidade de fazer sentido e conciliar consigo mesmo o desconhecido e o incontrolável.

O sagrado precisa ser experimentado, tem que tocar e despertar o coração das pessoas, sendo transmitido pelo sentido e sentimento que penetra e persiste. Ser tocado pelo sagrado é uma experiência que deve envolver o pensamento, o sentimento e o agir das pessoas (MÜLLER, 2004, p. 36-43).

Assim, o sagrado é essencialmente algo que estabelece relações, ou seja, é ele quem estabelece uma relação entre o sujeito e um termo. Essa relação pode ser visualizada na natureza, nas pessoas, na história ou em objetos, gestos, palavras. Sem essa relação, nada é sagrado (CROATTO, 2010, p. 61).

Para Reimer e Richter Reimer (2009, p. 25), na experiência com o sagrado, há um tremendo encontro entre o Sagrado e o ser humano. Assim, para que isso aconteça, julgam-se necessárias algumas formas específicas de manifestação da linguagem religiosa, entre elas, destacam-se: os símbolos, os mitos, os ritos e as doutrinas.

Os símbolos são substituídos por realidades corporais: em lugar do templo simbólico estão os corpos dos seguidores de Jesus que são o verdadeiro templo (COMBLIN, 2005, p. 60).

O símbolo religioso está localizado [...] entre o totalmente Outro e o sujeito humano que o experimenta. No símbolo não se apresenta a relação efeito-causa, mas entra-se na contemplação do que o objeto simbólico transsignifica. [...] Isso supõe uma capacidade de trans-ler nas coisas o que se experimenta na vida, ou ter uma experiência global do humano. O símbolo, profano ou religioso, supõe vivências conscientes e autoconhecimento. [...] Ele é um objeto, um acontecimento, uma pessoa, uma realidade experimentável que está carregada de uma transsignificação. Ele é evocativo e orientador [...], manifesta-se no enigma [...] por isso exige o ato posterior de interpretação (CROATTO, 2010, p. 99-109).

Para tanto, o símbolo é relacional, e o objeto simbólico não é somente o receptor de uma hierofania. O símbolo é gerador de um vínculo entre as pessoas, representando um ato social (CROATTO, 2010, p. 113).

Já o mito é uma “narrativa no horizonte do sagrado que procura dar sentido e fixar ordens originárias de mundo”, é ele quem inaugura a ordem de sentido do mundo em geral e dos mundos particulares (JOSGRILBERG, 2012, p. 57).

O mito, segundo Croatto (2010, p. 210-12), é algo que diz respeito a alguma coisa, ou seja, é uma vivência inicial do emissor transferida a outras pessoas. O mito

implica uma sequência narrativa, uma cadeia de episódios que configura um determinado acontecimento, por isso, ele situa-se em um lugar e em um tempo e apresenta-se como uma história. Assim, o tempo do mito não é coordenável com o tempo e o espaço de nossa experiência. Supõe-se que o acontecimento relatado está no limite entre um tempo primordial e o tempo cronológico que conhecemos e vivemos.

O ser humano-corpo é a pessoa humana, o conjunto das relações: técnicas, sexuais, intersubjetivas, sociais, estéticas, religiosas. Envolve todos os sentidos, gestos e emoções, como por exemplo: olhar, escutar, tocar, comer, beber, sentir e contemplar a beleza, abraçar, rezar, conversar, celebrar, festejar, dançar, cuidar da saúde, encontrar e cuidar do outro e do meio ambiente. O humano-espírito é o sentido profundo do humano-corpo. Expressa a relação com a transcendência ou alteridade radical, com a realidade última. O corpo humano pode exprimir a transcendência no âmbito do cotidiano, porque só ele é capaz de simbolizar e de produzir símbolos, isto é, uma presença que contém em si a ausência. O que caracteriza o ser humano é a capacidade que ele tem de simbolizar a partir de seu próprio aparecimento no presente. Na expressão simbólica, o corpo manifesta-se como espírito. Humanos-corpos, somos encarregados da apreensão do simbólico no cotidiano. Nós nos contemplamos no cotidiano com o desejo de decifrar os símbolos que somos e com os quais vivemos. O corpo é o horizonte da vida. Não existe nada fora desse horizonte, é por isso que Deus se fez carne para existir. Deus sem corpo não existe (HIGUET, 2001, p. 16-7).

A sacralidade dos corpos e a sacralidade das vestes estão ligadas aos sacrifícios. Somente corpos consagrados podem oferecer sacrifícios e também podem penetrar nos lugares sagrados em que celebram os sacrifícios. Os corpos transformados em símbolos são qualificados para realizar os atos simbólicos, constituindo os rituais (COMBLIN, 2005, p. 58).

Assim, o símbolo, o mito e o rito são as primeiras manifestações da vivência do encontro do ser humano com o Absoluto. O ser e o sentido estão no centro da experiência religiosa. No símbolo e no mito, os grandes temas do ser humano se fazem palavras e relatos. Sua representação ritual não faz mais do que expressá-los de novo, só que de outra maneira. A oração seria um componente dos ritos, e como linguagem expressa uma visão do mundo (CROATTO, 2010, p. 397-8).

Os rituais definem todos os gestos que os corpos sagrados devem executar para cumprirem as suas tarefas sagradas. O ritual é um jogo de palavras combinado com um jogo de gestos das mãos, dos pés, dos olhos, da boca, e um jogo de movimentos diversos, caminhar, deitar-se, levantar-se, ajoelhar-se, sentar-se, levantar os braços ou os pés ou a cabeça, emitir sinais para Deus ou para o povo. Todas as expressões corporais intervêm nas cerimônias religiosas, que se parece com balés. Em todas as cerimônias há um mestre de balé que no culto católico se chama

cerimoniário. O corpo gesticula como num balé bem articulado. O balé litúrgico pode ser acompanhado de música como aparece nos salmos (COMBLIN, 2005, p. 58).

O sagrado aparece como uma tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo para ser capaz de orientar e atuar nele. Há uma realidade transcendente, uma verdade que explica tudo, um poder que nada escapa, dela se ocupa o sagrado. Daí a pluralidade de funções do sagrado: evitar as ameaças de uma natureza caótica e incontrolável, acalmar ansiedades e frustrações típicas da condição humana, resgatar a expiração do tempo, tentar entender o absurdo do sofrimento e da morte, proteger o futuro desconhecido, legitimar organizações sociais e fortalecer a ética, sentir o calor de pertença de um grupo social e, finalmente, responder perguntas sobre o sentido da vida (MIRANDA, 1991, p. 114).

Num certo nível, o antônimo do sagrado é o profano, que se define simplesmente como a ausência do caráter sagrado. São profanos todos os fenômenos que não saltam fora como sagrados. As rotinas da vida cotidiana são profanas a não ser que, por assim dizer, se prove o contrário, caso em que se admite que estão impregnados, de um modo ou de outro, de poder sagrado [...]. Mesmo nesses casos, contudo, a qualidade sagrada atribuída aos acontecimentos ordinários da própria vida conserva o seu caráter extraordinário, um caráter que é tipicamente reafirmado através de vários ritos; a perda deste caráter equivale à secularização, isto é, a se conceber os acontecimentos como puramente profanos. A dicotomização da realidade em esferas sagrada e profana, conquanto relacionadas entre si, é intrínseca à especulação religiosa (BERGER, 1985, p. 39).

O sagrado, como resultado dos pensamentos e das questões do homem, é o produto do próprio homem e aparece ao longo da história das religiões em uma série de manifestações, sempre significativas em contextos culturais precisos, em que é impossível reduzi-los a um denominador comum. O sagrado também distingue do profano e do divino, visto que o divino não pode ser objeto de uma experiência imediata por parte do homem, e assim o sagrado se considera como mediação entre o profano e o divino: se localiza ao lado, é parte deste mundo, é um elemento do profano, ligando a experiência humana e a transcendência divina (MIRANDA, 1991, p. 115).

O homem religioso sente necessidade de mergulhar nesse tempo sagrado e indestrutível, pois é no tempo sagrado que torna possível o tempo ordinário, a duração profana em se desenrola toda a existência humana. “É o eterno presente do acontecimento mítico que torna possível a duração profana dos eventos históricos” (ELIADE, 2008, p. 79).

Num nível mais profundo, todavia, o sagrado tem outra categoria oposta, a do caos. O cosmos sagrado emerge do caos e continua a enfrentá-lo com seu terrível contrário. Essa oposição entre o cosmos e o caos é frequentemente expressa por vários ritos cosmogônicos. O cosmos sagrado, que transcende e inclui o homem na sua ordenação da realidade, fornece o supremo escudo do homem contra o terror da anomia. Achar-se numa realidade correta com o cosmos sagrado é ser protegido contra o pesadelo das ameaças do caos. Sair dessa relação correta é ser abandonado à beira do abismo da incongruência. Não é fora de propósito observar aqui que o vocábulo caos deriva de uma palavra grega que quer dizer voragem e que religião vem de uma palavra latina que significa ter cuidado. Por certo, aquilo sobre o que o homem anda cuidadoso é, sobretudo, o perigoso poder inerente às próprias manifestações do sagrado. Mas por trás desse perigo está o outro, muito mais horrível, de que se possa perder toda conexão com o sagrado e ser engolido pelo caos. Todas as construções nômicas destinam-se [...] a afastar esse terror. No cosmos sagrado, porém, essas construções alcançam sua culminância, literalmente, a sua apoteose (BERGER, 1985, p. 39-40).

Pode-se prever que toda experiência religiosa está intimamente ligada à vida ativa da pessoa, e isso acontece como um conjunto de práticas sociais em um grupo definido. Essas práticas são o espelho da doutrina contida nas Escrituras Sagradas ou no ciclo de mitos. Estes interpretam as realidades significativas e instituem modelos de comportamento tanto no rito como na práxis bíblica. Assim, as normas morais e demais comportamentos nos diversos aspectos da vida de uma pessoa ou grupo derivam do núcleo da crença deste grupo ou pessoa (CROATTO, 2010, p. 409-10).

A experiência com o sagrado não pode ser traduzida em elementos racionais. Ela é uma dimensão incontrolável que pode produzir inicialmente uma inquietação nas pessoas envolvidas, mas com a sua vivência produz plenitude de vida e lhe dá sentido propiciando reencontros e reconciliações consigo mesmo, com os outros e com o grande Outro, Deus.

2.2 A ESPIRITUALIDADE E O SAGRADO NOS LIMITES DA VIDA

A experiência de uma espiritualidade pode levar a pessoa a uma ação em busca de mudanças, para a plenitude da vida, mesmo com tantos desajustes existentes na sociedade e na vida das pessoas.

Altos níveis de envolvimento religioso estão positivamente associados há indicadores de bem-estar psicológico (satisfação de vida, felicidade, afeto positivo), bem como com menos depressão, pensamento suicida e abuso de álcool e drogas, e esse envolvimento religioso na saúde mental pode ser mais intenso entre

pessoas que estão em circunstâncias estressantes de vida (ALMINHANA e NOÉ, 2010, p. 262).

A reflexão sobre a vida das pessoas não deixa de contemplar o limite e as perdas como forma de compreender o mistério da existência. A sociedade consumista ensina que para viver uma vida cheia de sentido necessita explorar tudo que há o máximo de satisfação e prazer. “O doente, o agonizante, o indesejado e tantos outros sujeitos humanos são excluídos dessa lógica”, assim, a doença e a morte constituem “lugares teológicos” (BRUSTOLIN, 2006, p. 455).

A espiritualidade cristã deve envolver a totalidade do ser humano, assim sendo, ela deve ocupar-se também com a conversão das emoções e não somente com a conversão das convicções. A totalidade do ser está envolvida no processo de união com Cristo. Tanto nossa mente como nossos sentimentos precisam caminhar em direção à conversão, à progressiva purificação e, finalmente, à transformação. [...] A emoção, especialmente a emoção religiosa, é um fenômeno complexo. [...] Como em todos os outros aspectos da natureza humana, a afetividade precisa ser interpretada, disciplinada e, finalmente, redimida. [...] Uma espiritualidade cristã deve nos conduzir a dar valor aos acontecimentos simples e rotineiros de nossa vida, como também aos grandes (ZSCHORNACK, 2006, p. 17-8).

O tempo vivido neste mundo faz que a pessoa sempre esteja em profundas mudanças, passando por crises, novas experiências, limitações físicas e psíquicas. A valorização da vida e o reconhecimento de sua dignidade fazem surgir uma visão consciente da realidade humana, pautada no acolhimento ou na rejeição do ser humano, definindo as relações de cooperação ou de dominação, e de critérios que permitam cuidar da vida (BRUSTOLIN, 2006, p. 456).

As pessoas precisam admitir suas dificuldades diante da emotividade própria do seu ser. “É preciso reconhecer no ser humano sua totalidade tanto racional quanto emotiva, e dar sentido ao todo da pessoa: emocional, psicológico, moral e intelectual, para que ela tenha uma saúde de vida integral” (ZSCHORNACK, 2006, p. 18).

Acerca da dimensão de cuidado integral de saúde na vida das pessoas há algumas aproximações hermenêuticas destacadas por Heidegger (2011, p. 258-68) como: o movimento, a interação, a identidade e alteridade, a plasticidade, o projeto, o desejo, a temporalidade, a não-causalidade e a responsabilidade.

A identidade das pessoas é construída pelo movimento no mundo ou pelo ato cotidiano de viver. Suas interações na dimensão de cuidado podem ser construídas nesse cotidiano e transformam as pessoas envolvidas no ato de cuidar, ou seja,

tanto o cuidador quanto o doente. No entanto, percebe-se que o cuidado só se estabelece em virtude da presença do outro. Assim, a identidade de cada um se faz na presença do outro e a alteridade de cada pessoa sempre se define pela construção de uma identidade e vice-versa (AYRES, 2004a, p. 75-6).

Na base de todo movimento e de toda identidade e alteridade de uma pessoa, pode-se encontrar a plasticidade. É por intermédio dela que as pessoas podem se transformar e se moldar promovendo uma possível recriação, e impossibilitando sua dissolução. Todavia a plasticidade necessita de um potencial criador, ou seja, a capacidade de conceber e construir projetos próprios ao cuidado. Nessa construção se encontra o desejo, e é nesse encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivente. No entanto, somente numa perspectiva do fluxo do tempo que faz sentido o cuidado ao ser humano, e sem o cuidado não há ser humano. Nesse sentido, o cuidado exige ser pensado como “compossibilidade”, só podendo ser compreendido como um círculo hermenêutico no qual cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediato e dependente de cada uma de suas partes. A transcendência é, portanto, um plano de imanência, desde o qual o ser humano se constrói conhecendo (AYRES, 2004a, p. 76-7).

É pelo acompanhamento terapêutico e espiritual que a pessoa pode ter a possibilidade de ser restaurada em sua dimensão pessoal e espiritual, buscando novas direções para a vida relacional, despertando sua integridade pessoal, cuidando da dimensão psicológica, social, corporal, política e econômica, além de abrir espaço para a presença divina, para a sabedoria de Deus e para a sabedoria humana (ROESE, 2010, p. 303).

Heidegger (2011) propõe o cuidado como categoria que mais consegue aproximar as pessoas a esse plano de imanência, sem começo nem fim, no qual o ser humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si. Nesse sentido, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se, um projetar porque se responsabiliza.

Heidegger recorre à expressão cuidado usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser das pessoas, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir, baseando-se estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade autorreflexiva humana, nunca como um ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras, assim, designa como cuidado o próprio ser do ser humano (AYRES, 2004b, p. 21).

As emoções das pessoas foram e continuam sendo formadas por muitas e diferentes influências durante toda a existência humana. Muitas pessoas aprisionam suas emoções e não as demonstram. Por outro lado, as pessoas regulam quando podem aproximar dos outros por temor ou suspeita ou ainda por ódio ou ressentimento. As pessoas vão se tornando escravos e privados da sua liberdade diante de suas emoções. Porém, quando admitem-se emocionar, passam a conhecer verdadeiramente como Deus sente e como se pode compartilhar com o próprio Cristo da compaixão, do amor, da angústia e da determinação. Assim, à medida que a pessoa amadurece na fé, começa a ter suas emoções unidas com as emoções de Cristo, e se torna mais forte, conseqüentemente, mais segura emocionalmente e se tem uma visão mais clara do sentido e significado da vida (ZSCHORNACK, 2006, p. 19).

Embora a categoria cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se o termo cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004b, p. 22).

Heidegger (2011, p. 205-9) convida-nos a pensarmos no modo de ser das pessoas como uma contínua realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto em que estão imersas, antes e para além de suas consciências, e aberta à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas, interagindo e reconstruindo.

As experiências de passado, presente e futuro são marcas que se projetam no modo de ser de cada pessoa – o futuro pode ser caracterizado como a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que a pessoa vislumbra se realizar (AYRES, 2004b, p. 21).

A partir dos textos bíblicos que serão trabalhados logo a seguir, é possível entender o cuidado especial e integral de Cristo em diferentes circunstâncias de sua vida.

Nessas circunstâncias é possível perceber como Cristo convidava as pessoas para liberarem e se libertarem de suas emoções, mas também como hoje, no cotidiano da vida, as pessoas são convidadas para participarem com Cristo no seu amor com o outro. Isso pode acontecer nos dias atuais quando as pessoas participam com o outro nas relações humanas mais íntimas e mais simples da vida cotidiana. No entanto, ainda há muitos obstáculos no cotidiano das pessoas que as

impedem de expor suas emoções, pois pensam que expor suas emoções diante da vida é um sinal de fraqueza.

Zschornack (2006, p. 20) enfatiza que o medo é um dos obstáculos que impedem a pessoa de uma doação plena a Deus, e conseqüentemente ao bloqueio de viver suas emoções. As pessoas têm medo de não serem aceitas, merecedoras ou dignas de ter uma experiência com Deus por serem pecadoras ou ocupadas. Por outro lado, a concepção que as pessoas têm de Deus pode estar baseada em experiências negativas vividas na família, entre amigos ou até mesmo na comunidade cristã.

“O medo paralisa as pessoas, não permitindo que elas ajam por si mesmas, [...] procuram a fuga e logo caem na crise, na escuridão. Neste sentido, a maioria das pessoas [...] prefere procurar o que ameniza, o que ajuda a fazer de conta que está bem” (RANGEL, 2002, p. 37).

Essa experiência em Deus é em sua essência de sublime emoção, porque a emotividade faz parte do ser humano que é ao mesmo tempo divino. E ainda pode o mundo da afetividade conviver com a razão, sem que uma elimine a outra. O ser humano há tempos está acordando para uma nova busca de sentido de sua vida, sentido este que não esteja só ancorado na sua razão, mas na percepção das suas emoções enquanto manifestação fundante das significações que brotam da sua maneira de ser mundo e de se significar a sua própria existência (ZSCHORNACK, 2006, p. 20).

Para tanto, pode-se entender e compreender que a espiritualidade do ser humano se interrelaciona com tudo e com todos em busca de uma saúde integral, e essa saúde implica em um estado de harmonia emocional e racional ligado a uma espiritualidade encarnada na realidade cotidiana e na totalidade da vida humana na sua integralidade. É óbvio que, em tempos de incertezas, é necessário as pessoas terem esperança na vida, apesar de não poderem mudar mecanicamente as situações sociais, políticas ou econômicas do mundo, e muito menos eliminar as doenças físicas, psicológicas ou emocionais. Entretanto é preciso que as pessoas tenham esperança na vida, força e coragem para continuar na luta por uma vida com uma saúde mais digna, mais plena e mais integral.

2.3 O CUIDADO NA PRÁXIS DE JESUS: A ARTE DE INTERPRETAR TEXTOS BÍBLICOS

Interpretar textos sagrados é realmente uma arte, e como qualquer arte exige um trabalho cuidadoso e detalhado.

"É como tricotar coisas sagradas (histórias, acontecimentos, sentimentos, pessoas), é lidar com muitos passados e muitos presentes e futuros entrelaçados; é articular a vida com sacralidade desde ontem, olhando e revendo o hoje e sonhando coisas para o amanhã" (ROESE, 2007, p. 7).

Para análise e compreensão de textos sagrados, Richter Reimer (2004, p. 283) referencia que é importante entender o texto em seu caráter e estilo literário específico, bem como a história da formação do próprio texto. Tanto a situação de origem (transmissão oral) quanto de recepção (fixação escrita) por parte de quem escreve e de quem lê mostram que os textos sagrados fazem parte de um processo de comunicação, ou seja, o texto sagrado nos coloca em um caminho para um reencontro com o sagrado e acende e desperta algo que há dentro de cada pessoa.

O texto é traduzido em sua plasticidade para nosso imaginário, para nossos sentidos, e é experimentado. Personagens, oposições, forças, poderes, lugares, tempos e movimentos recebem cenas, ganham plasticidade por parte dos intérpretes desde suas experiências de vida ou ainda desde a imaginação espontânea (ROESE, 2007, p. 37).

O texto é um tecido (*textus*) composto por vários elementos entrelaçados que formam e fazem parte de um sistema de comunicação. Diferente do sistema de transmissão oral no qual existem um emissor e um receptor que atuam simultaneamente, o texto escrito apresenta uma situação diálogo dilatado, na qual autor e leitor podem se encontrar em tempos e lugares diferentes (RICHTER REIMER, 2004, p. 283-5).

A forma de comunicação e expressão⁵⁶ (linguagem falada ou escrita) tem muito a ver com o conteúdo a ser transmitido e com o objetivo a ser alcançado, visto que tanto a comunicação quanto a expressão dependem do momento e da situação em que são formuladas, da intenção com que são expressas das pessoas às quais são dirigidas e da situação com que cada pessoa se encontra, condicionando as expectativas dos ouvintes ou leitores (WEGNER, 1998, p.165-6).

⁵⁶ O bibliodrama é uma forma de acessar outras vias de expressão e comunicação em busca da compreensão profunda, e mediante sua interpretação e reinterpretação, é possível diagnosticar e pesquisar o contexto, as razões do sofrimento que envolvem uma pessoa. Busca cenas e imagens no texto, busca palavras plenas de sentido e história, busca personagens evidentes e obscurecidos e coloca tudo em cena, a fim de que se possa rever e encontrar significados para a vida atual. Todas as curas invocadas no bibliodrama dependem de processos, de articulações no cotidiano, que demandam tempo e insistência, precisam de mudanças de estruturas, modelos e modos de ser. Talvez essas sejam as curas espirituais às quais a Bíblia se refere, porque o espiritual permeia a vida e promove a integridade da vida (ROESE, 2007, p. 109,112-5).

O texto provoca várias situações de encontros e desencontros e avalia as consequências para com as pessoas envolvidas, ou seja, esses encontros e desencontros serão experiências que se corporificam, se traduzem para a vida e ficam guardadas na memória das pessoas. Uma vez guardadas na memória das pessoas, podem tomar movimento e por meio desse movimento invadem e buscam imagens, cenas e experiências que se associam, de alguma forma, àquela situação. Essas imagens encontradas podem ser colocadas em alguma imagem cênica e depois verbalizadas e compreendidas (ROESE, 2007, p. 35).

A reflexão hermenêutica tem como alvo não uma exposição neutra da compreensão, mas tem como finalidade renovar a possibilidade de produzir um efeito inovador. A religião de modo algum deve ser interpretada como um sistema para simplificar a realidade, parecido com o das regras psicológicas. Em outras palavras, isso significa ler os textos como histórias que causam admiração, como documentos de experiências humanas admiráveis e não óbvias. O *ethos* hermenêutico consiste em que o sentido seja despertado para o admirável, o singular e o curioso (BERGER, 2008, p. 203-15).

O texto bíblico guarda cenas de vida; guarda lugares de casas, de trabalho, de desavenças, de sofrimentos, de buscas por cura, encontros, dores, fugas, desespero; guardam perguntas pelo sentido da vida, memórias de esperança, de fé e de consolo; guardam perguntas instigantes, clamores, revoltas, injustiças. Quando o ser humano se coloca em movimento para compreender o texto, assume uma postura de abertura diante da vida e do texto sagrado. Coloca ambos em movimento e reinterpreta o texto escrito e o texto da vida cotidiana (ROESE, 2007, p. 36).

Os textos emergidos da realidade e do cotidiano das pessoas podem ser constituídos por parábolas. São elas que falam de corpos e movimentos, e seus elementos de convivência podem servir como estrutura para transmitir uma mensagem, ou seja, a vida dos indivíduos está imbricada pelas relações sociais em suas diversas manifestações. Nas parábolas, o corpo é um dos símbolos privilegiados para discursar sobre a sociedade em suas múltiplas análises, pois estão sempre em movimentos e revelando as relações (LEANDRO, 2005, p. 80-1).

O lugar vivencial é uma realidade suprapessoal. Todas as pessoas estão acostumadas a existir dentro de papéis sociais diversos; isto determina que também suas manifestações orais ou por escrito, ligadas a estes papéis, serão forçosamente distintas. O objeto da pergunta pelo lugar vivencial não é a pessoa que fala como indivíduo, mas a situação que caracteriza a fala e a escuta (WEGNER, 1998, p. 172).

Em conexão e intimamente relacionada com a análise do lugar vivencial de um gênero literário pode ser encontrada a intencionalidade do texto, visto que todo texto possui uma determinada intenção em relação aos seus destinatários, ninguém se comunica sem motivo (WEGNER, 1998, p. 174).

O encontro da pessoa com o texto é uma experiência existencial. O texto interpela, desinstala, provoca, lança questionamentos para a pessoa, pergunta sobre a vida, o modo de ser, de se relacionar, de confiar; sobre a espiritualidade, a situação familiar, social, a inserção na comunidade; pode remeter a cenas e experiências da infância. O texto tem a função do terapeuta, tem poder de cura, ele aponta caminhos e chances de vida, ele consola e encoraja para o trabalho nas perspectivas pessoais do aqui e agora da vida. Outras situações podem necessitar de um acompanhamento para tratamento com profissionais competentes na área da saúde (ROESE, 2007, p. 59).

Para Berger (2008, p. 254-7) as afirmações da Escritura são interpretação ou prolongamento de experiências religiosas, se baseiam em experiências que foram feitas por pessoas e, por essa razão, poderiam ser compreendidas por pessoas e descritas de maneira aproximada. Ao mesmo tempo, admite-se que essas experiências de pessoas podem ser mais diversificadas do que as categorias linguísticas que servem à sua compreensão. No entanto, a qualidade da interpretação é medida pelo grau de diferenciação com que se pergunta pelas experiências que levaram a determinadas afirmações. Assim, a revelação nunca é dada a alguém como ideia, mas em acontecimentos da palavra.

A revelação, como doutrina, não pode ser separada dos receptores e recipientes humanos e não é independente do horizonte de expectativas, do envolvimento dos ouvintes e leitores e dos sinais da língua ligados à produção de um efeito. O cristianismo não fala de experiências ou do futuro em sentido geral, mas tem que, e quer, vincular essas grandezas com cautela a Jesus; pois trata-se de uma história limitada em cujo contexto torna-se possível (BERGER, 2008, p. 257).

Nas narrativas de milagres a estrutura formal compreende uma introdução, uma exposição de motivos, uma descrição do ato milagroso e um final⁵⁷ (WEGNER, 1998, p. 190). “Reivindicam o senhorio de Deus e seu(s) representante(s) e por isso

⁵⁷ No bibliodrama o processo de interpretação de textos sagrados ou textos literários e textos orais baseia-se numa hermenêutica que privilegia o grupo como lugar de interpretação desses textos. Propõe-se uma leitura vivenciada do texto; propõe experimentar o texto, envolver-se com o texto como pessoa inteira – de corpo, alma e espírito. Trabalha com corporeidade e a criatividade humanas e com ferramentas e elementos capazes de promover a capacidade que o ser humano tem de criar algo, de recriar a si mesmo, suas estruturas relacionais, pessoais, sociais, espirituais, enfim, a vida em suas dimensões singulares e plurais. É um método que promove e acolhe a dimensão espiritual do ser humano; faz isso a partir do momento que parte de um texto sagrado que é, ele próprio, um “con-texto” profundamente significativo, relevante e determinante numa sociedade como a brasileira (ROESE, 2007, p. 13-4).

chegam a declarar que Jesus é vitorioso, sobretudo, entre os demônios e demais potestades” (RICHTER REIMER, 2008a, p. 60).

Os milagres não podem ser prescritos e essa razão se dá pelo fato de que:

- Os milagres estão vinculados a experiências vivas a partir de baixo. A experiência é essencial e insubstituível; por isso os milagres também são narrados. Nenhum credo pode tomar-lhes o lugar, pois milagres são corpóreos e não só simbólicos. Exatamente nisso consiste também a diferença em relação à autoridade da literatura epistolar, que em geral é transmitida de modo relativamente abstrato;
- Essa experiência está em oposição à distribuição cotidiana do poder. A partir disso, os milagres estão também em oposição à autoridade espiritual tradicional e afirmada;
- Esses milagres são demonstração da vitalidade de Deus em oposição a qualquer outra autoridade;
- Os milagres estão vinculados a testemunhas que não podem ser substituídas por nenhuma outra autoridade. A partir disso, o gênero literário “evangelho” se entende como a última convocação de testemunhas cronologicamente possível. Isso significa que os milagres representam experiências autênticas em contraste com qualquer uma que seja apenas transmitida, por isso, eles dão testemunho de uma autoridade nascida da situação em contraste com qualquer uma que seja apenas afirmada. Neste ponto o importante é a autenticidade (BERGER, 2008, p. 349-50).

Para Vendrame (2001, p. 79), as curas realizadas por Jesus e seus discípulos são designadas com diversos nomes e apresentadas como milagres pelos hagiógrafos, representando quase totalidade dos fatos miraculosos. A estrutura dos relatos de cura de milagres é muito simples, dinâmica e aberta a desdobramentos. Sempre há o taumaturgo e seu antagonista, e outros personagens que desempenham um papel secundário apresentam uma dificuldade-limite a qual é mais ou menos sublinhada segundo a perspectiva do hagiógrafo. Conforme a ação interventiva do taumaturgo, a dificuldade é felizmente superada.

Tipologicamente, os milagres têm algumas características fundamentais: contexto religioso de relação interpessoal de fé / confiança entre pessoa(s) e divindade / seu agente; a pessoa necessitada não é cliente, mas devota que implora a Deus / seu agente a realização da cura; Jesus profere uma palavra e/ou realiza um gesto; a cura acontece como reciprocidade e não como coação; a cura está inserida num contexto maior de obediência e cumprimento da vontade de Deus pelo seu agente; a ação de Jesus não prejudica ninguém (RICHTER REIMER, 2008a, p. 61).

Uma série de relatos de milagres é formulada segundo modelos vétero-testamentários⁵⁸ e se compreende como superação e cumprimento desses. Esse

⁵⁸ Acerca da imitação dos milagres vétero-testamentários por parte de Jesus isso significa que a palavra de Deus e a realidade da ação de Jesus são encaixadas. A palavra de Deus é produtiva, e para as narrativas isso vale em sentido duplo: a palavra da escritura se cumpre conforme os acontecimentos, e a palavra de Jesus faz que aconteçam milagres (BERGER, 2008, p. 345).

fenômeno pode ser considerado pelo aspecto da legitimação de Jesus, mas também no que diz respeito à própria experiência de Deus. Assim, em Jesus, evidencia-se que a palavra de Deus não é fraca nem é somente letra. Jesus evidencia a vida do Deus de Israel e de sua palavra. Essa palavra significa ação e é cumprida nos atos de Jesus. Por se tratar de um encontro com Deus, as palavras são o mesmo que atos (BERGER, 2008, p. 345).

Já os milagres neotestamentários são o instrumento clássico da irritação⁵⁹ e do questionamento do poder espiritual constituído. Os milagres têm uma evidente função missionária (BERGER, 2008, p. 348).

Theissen (*apud* WEGNER, 1998, p. 191) descreveu trinta e três possíveis motivos usados nas descrições dos milagres do Novo Testamento (NT).

- Introdução (motivos introdutórios): chegada do taumaturgo; apresentação; chegada de necessitados; chegada de seus representantes; chegada de delegações; chegada de opositores; motivação da apresentação dos opositores.
- Exposição (motivos da exposição): caracterização da necessidade; aproximação ao taumaturgo por dificuldades; aproximação ao taumaturgo por cair no chão; aproximação ao taumaturgo por pedidos de ajuda; aproximação ao taumaturgo por pedido de demonstração de confiança; afastamento por engano; afastamento por ceticismo; afastamento por crítica; afastamento por defesa do demônio; comportamento do taumaturgo por excitação pneumática; comportamento do taumaturgo por palavra de consolo ou animação; comportamento do taumaturgo por argumentação; comportamento do taumaturgo por retirar-se.
- Centro (motivos centrais): preparação da cena; ação milagrosa por contato; ação milagrosa por meios de cura; ação milagrosa por palavra operadora do milagre; ação milagrosa por oração; constatação do milagre.
- Final (motivos finais): opositores por demonstração; taumaturgo faz pedido para retirada do/a curado/a; taumaturgo faz solicitação para manter segredo; atores intermediários fazem admiração; atores intermediários fazem aclamação; atores intermediários fazem reação de rejeição; atores intermediários fazem divulgação da fama (WEGNER, 1998, p. 191).

Certos milagres apresentam uma estrutura formal idêntica, sendo que os textos em que iremos trabalhar não visam simplesmente anunciar a salvação, mas destacar a pessoa de Jesus como uma pessoa dotada do poder de Deus para realizar maravilhas grandiosas na vida das pessoas necessitadas e com incapacidades físicas.

⁵⁹ Essa função irritadora dos milagres para a autoridade espiritual tem continuidade no presente. Nos âmbitos culturais em que milagres costumam acontecer, isso vale tanto para a função missionária dos milagres nas igrejas livres quanto para os locais de peregrinação ilícitos de visões e milagres no âmbito católico, os quais são regulares e ignorados por longos períodos ou até de maneira definitiva pela igreja oficial ou inclusive proibidos como ilegais (BERGER, 2008, p. 349).

Berger (2008, p. 354) deixa claro que “por meio de uma forte influência sobre a psiquê, são liberadas no corpo muitas vezes forças não imaginadas, com base nas quais a doença pode ser superada”.

Para Dibelius (*apud* WEGNER, 1998, p. 195), os milagres demonstravam a superioridade de Jesus em relação a outras divindades, servindo de exemplo e direção para a prática milagrosa dos terapeutas cristãos.

Butmann (*apud* WEGNER, 1998, p. 195) se posiciona de modo semelhante. Para ele, as ações miraculosas não querem ser comprovação do caráter de Jesus, mas de sua força messiânica ou do seu poder divino. Em contrapartida, Fascher e Schick (*apud* WEGNER, 1998, p. 195) insistem em vincular os milagres com a pregação missionária. Para eles, tanto os paradigmas que procuravam acentuar o conteúdo da pregação de Jesus quanto os milagres que destacavam a pessoa de Jesus serviam para fins de pregação, em que no final dos paradigmas costuma encontrar um dito, e no final dos milagres encontra-se uma nota sobre a admiração à pessoa de Jesus.

O conflito entre Jesus e seu contexto surge constantemente porque muita coisa o distingue e o caos, a irritação que ele provoca expõe de tal maneira intuições e esperanças, que se experimentam os milagres como demonstrações corpóreas para tudo que se acredita que Jesus seja capaz de fazer. Assim, o sentido dos milagres não é acrescentar à fama de Jesus algo que antes não estivesse aí, mas evidenciar que a palavra de Deus não é fraca nem é somente letra; Jesus evidencia a vitalidade do Deus de Israel e de sua palavra. Essa palavra significa ação e se cumpre nos atos de Jesus. Por se tratar de um encontro com Deus, as palavras são o mesmo que atos (BERGER, 2008, p. 344-5).

Theissen (*apud* WEGNER, 1998, p. 195) complementa essa ideia afirmando que os milagres visam destacar a pessoa de Jesus como um terapeuta singular, “como se mostra no caráter excepcional de seus milagres em comparação com os milagreiros não-cristãos”. Os milagres são motivados por uma forte intenção social, ou seja, a de propagar salvação e cura para as pessoas doentes.

A doença, portanto, não pode inscrever-se apenas no universo das áreas da saúde, é preciso entendê-la como parte de um complexo social mais amplo que possa fortalecer o entendimento de que ela não existe isenta das representações que a sociedade estabelece. Para tanto não se pode tratar a doença como simplesmente um desvio de funções fisiológicas ou bioquímicas afetando o corpo individual levando-o a um estado de sofrimento (MENESES, 2008, p. 175).

Jesus veio trazer vida plena, salvando o ser humano e libertando-o do mal e de todas as suas consequências, instaurando o reino de Deus. Os doentes eram e são entre as vítimas mais necessitadas de ajuda e de cuidado, a eles Jesus dedicou a maior parte de sua atividade: passou a vida pregando o evangelho e curando os doentes – era o reino de Deus em ação (VENDRAME, 2001, p. 141).

Ao curar, Jesus não estava dando forças para as pessoas serem humanas. Esse dom elas já tinham, apesar de terem uma deficiência. Com a cura, Jesus dava apenas a força para a pessoa voltar a andar, enxergar, ouvir ou falar. No entanto, é necessário fazer uma diferenciação entre o curar de Jesus e o expulsar demônios, pois para expulsar Jesus teria que presentear a força para a pessoa ser novamente um ser humano. Todas as pessoas que vinham em busca de cura tinham em si o dom inerente de serem seres humanos, criaturas de Deus (MÜLLER, 1997, p. 69).

Na experiência de milagres, Berger (2008, p. 337) afirma que existe uma conexão evidente entre a expectativa em relação à situação final como um todo e o que Deus autoriza seu representante a fazer, dando-lhe plenos poderes para tal. Desse modo, o agir do representante está vinculado ao agir final de Deus. E, inversamente, essas expectativas devem ser relacionadas com a imagem de Javé, como médico que cura, a qual tem sua origem em determinadas experiências. No NT, Berger esclarece que essa tradição é transferida de maneira profunda para Jesus como operador de milagres.

Para um determinado âmbito da tradição isso implica, com base em experiências no âmbito médico-religioso, cunha-se uma determinada imagem de Deus, e há expectativas em relação a Deus e seu representante. Quando Jesus se apresenta como operador de milagres, realiza-se em nível particular, mas de forma a romper o costumeiro, o que é esperado para o tempo final. Assim, situa-se o milagre como realização de uma determinada imagem de Deus e de determinadas expectativas em relação ao representante de Deus (BERGER, 2008, p. 337).

A temática do fenômeno religioso é universal no tempo e no espaço. Do lado da ética, no sentido grego e ocidental da palavra, estão reflexões da vida em todos os seus sentidos; e no que se refere à relação entre ética e moral religiosa é verificado que todas as religiões oferecem aos seus seguidores códigos de conduta e normas que encorajam seus adeptos a viver conforme seus fundadores e profetas (PEREIRA, 2005, p. 34).

A experiência religiosa de um grupo é articulada por meio da linguagem com o auxílio de material tradicional ou de novas tentativas; a experiência religiosa é

posta em categorias metafóricas que se tornam usuais a partir da articulação e validação da imagem de Deus; milagre é uma percepção intensa e experiência corporal de uma realidade coerente de salvação ou de desgraça, em que seu portador é destacado (BERGER, 2008, p. 339).

A Bíblia é o livro do vir-sendo-criado e do estar-criado, da vida como caminho e do caminho como vida. A Bíblia relata com palavras humanas, expressões e descrições cênicas, aquilo que foi e fala sobre aquilo que nos espera, quem nós somos e o que podemos esperar de nós, o que nos é prometido e o que não nos é prometido. O texto escrito tem vida em si. Vida que não aparece claramente nas letras do texto estático (ROESE, 2007, p. 31).

Nesse contexto se pode confirmar a partir de Berger (2008, p. 351-2) que os milagres efetuam e validam a transição entre linguagem e realidade pelo cumprimento de expectativas e da realização de metáforas⁶⁰ e também da transformação de palavra e de gesto em realidade no próprio acontecimento do milagre. Desse modo, os milagres documentam a leveza que é prometida aos que creem, tendo as histórias de milagres tudo a ver com a superação da alienação entre o exterior e o interior, lembrando que os milagres não dizem respeito somente a corporalidade, mas ao ser humano com um todo, ou seja, eles são a realização do senhorio exclusivo de Deus por novos meios.

Milagres abrem a possibilidade de conduzir o ser humano ao entendimento de que doença e deficiência, bem como a cura integral, ou seja, sua aceitação e sua possibilidade de viver integral (sem remoção dos sintomas e das sequelas), devem fazer parte da definição de ser humano, com sua capacidade de errar e acertar, de pecar e perdoar, de viver e morrer. Ser curado, no sentido da eliminação da doença e da deficiência, não pode ser critério para se considerar uma pessoa integral e libertada, pois com a deficiência as pessoas podem ser consideradas íntegras, capazes de ter uma vida satisfatória. A cura, no sentido de se viver com deficiência e se sentir integral com o corpo que tem, é o ato de libertação. O processo de curar-se significa restaurar as forças do corpo doente e com sequelas, para reintegrar-se ao ambiente familiar, à sociedade e ao universo (MÜLLER, 1997, p. 70).

A cura completa, no sentido de salvação de Deus, também ocorre sem o desaparecimento da deficiência. O corpo imperfeito integral, com seus limites e suas capacidades, está incluído no projeto de Deus. Ele espera das

⁶⁰ Berger (2008, p. 336) determina que as metáforas são determinados processamentos de experiências usados para compactar e interpretar. Diferentemente das parábolas (nas quais se usam diversas metáforas no conjunto de uma narrativa ou de outro contexto análogo), o efeito da metáfora tem um caráter puntiforme.

peças que têm uma deficiência também a sua colaboração para a transformação da realidade, espera que elas possam viver felizes, tornando-se parte integrante do corpo de Cristo, onde uns e outros aprendem a dar e a receber (MÜLLER, 1997, p. 70).

Os milagres apontam para Jesus e para todos os que se tornam proclamadores da mensagem. Narrativas criam, evocam, transportam memórias e garantem um contexto e uma relação de sentido que leva, por meio de identificações, à formação de identidade.

A existência e atuação humana caracterizam-se por sentido. Em outras palavras, Schnelle (2010, p. 34) esclarece que não é possível determinar uma forma de vida humana sem recorrer ao sentido, ou seja, “faz sentido entender o sentido como forma essencial da existência humana”. O ser humano nasce dentro de mundos de sentido. O sentido é irrepelível. O mundo vivencial humano precisa ser pensado e interpretado com sentido, pois somente dessa maneira é possível viver e agir neste mundo e neste universo.

Assim, os textos sagrados são orientadores da busca do sentido da vida do ser humano. Neles podem ser expressas a vida e a falta de vida provocadas na corporeidade, ativando dimensões complexas no ser humano, indo além da passividade muitas vezes instalada na presença cognitiva unilateral e convocando para outras possibilidades, outras cenas para a vida cotidiana.

2.3.1 O Sentido e a Identidade nos Textos Bíblicos

A linguagem opera como um sistema de tradução, transposição e interpretação de sentidos. Quando evitados os exageros, pode ser destacada a passagem do sentido não linguístico à linguagem, e assim há uma aproximação da compreensão de que a linguagem é originalmente hermenêutica. Nessa passagem pode acontecer um essencial distanciamento reflexivo como uma apropriação do texto para pensá-lo. “A existência é vivida, interpretada e recriada na mediação da linguagem” (JOSGRILBERG, 2012, p. 47).

O sentido é onde as teorias revelam suas fragilidades. A linguagem promove uma apropriação de sentido em um ambiente estrutural e sistêmico. No entanto, essa apropriação nunca é pura recepção nem pura doação, mas é uma síntese entre ambas, em que pode existir uma alquimia de sentidos e de mundos. O sagrado

implica em uma “ampliação da fonte de sentido além da subjetividade e da linguagem humana” (JOSGRILBERG, 2012, p. 47).

Textos sagrados gozam de um *status* especial na respectiva expressão religiosa. [...] O que torna um texto sagrado é o fato de ser entendido pelos adeptos como um livro de inspiração divina. Acredita-se que os conteúdos não são simplesmente humanos, mas foram obtidos mediante contato direto com o Transcendente. [...] Textos sagrados não nascem necessariamente sagrados; são tornados sagrados [...]. Quando textos sagrados são reunidos em livros ou coleções tornam-se canônicos, imutáveis, não se podendo nem retirar nem agregar. Somente um processo interpretativo pode derivar novos sentidos a partir do texto-base consagrado e considerado sagrado (REIMER, 2009, p. 78-9).

O texto de expressão do sagrado revela a alquimia entre os sentidos controlados num sistema, sentidos que só podem ser absorvidos em parte, mas que extravasam ou transbordam os limites intrassistêmicos (JOSGRILBERG, 2012, p. 47).

O texto é a primeira validade do que se transmite. Por isso, uma hermenêutica atenta não escamoteia o texto em favor de sentidos da esfera do autor ou do contexto. A crítica reforça a textualidade. O texto deve ser reconhecido como texto [...]. Não se deve atribuir ao texto mais do que ele contém. Por outro lado, a complexidade de um texto torna a tarefa hermenêutica uma tarefa não doutrinária e sempre inconclusa. O sagrado se dá como uma experiência de excesso de sentido, que ultrapassa o limite da existência doadora de sentido, que nos interpela e que se anuncia como força em relação ao próprio existir, mas que não se confunde com existência. A experiência do sagrado nunca é dada sem mediações, e nunca acontece sem que haja [...] a mediação linguística através de textos e discursos. Para chegar à expressão o sagrado sofre a transgressão simbólica da linguagem, uma inovação semântica e uma forte transgressão na razão discursiva-proposicional, uma transgressão do racional que recusa o irracional. Sua verdade não é correspondência, e é dada na interpretação mesma. As verdades do texto são dadas em transgressões hermenêuticas (JOSGRILBERG, 2012, p. 49).

Na ciência-arte da interpretação de textos sagrados, no caso do NT, é importante a busca da compreensão das palavras escritas, organizadas (com seus ditos e interditos, silêncios e ocultações) ⁶¹ e dos corpos que nelas estão mergulhados ou afogados.

Importa ver como as palavras e os textos que se tornaram um corpo a ser lido e interpretado envolvem corpos e histórias de gente e de coisas em diferentes tempos, lugares e culturas. Por isso, interpretar textos é uma arte complexa e difícil

⁶¹ Acerca do processo de formação de textos neotestamentários, veja considerações em Richter Reimer (2008, p. 44-52; 140-166).

que precisa de instrumentos que auxiliem na busca de significados, teias e tessituras⁶² (MENEZES, 2008, p. 51-64).

Os textos também podem ser entendidos como espelho ou representação de realidades que carregam em seu bojo não apenas experiências e realidades diferentes, dependendo da multiplicidade de personagens presentes e ocultos ou silenciados, como também estão repletos de ambiguidades e/ou contradições que fazem parte do processo traditivo que resultam em textos como ‘modelo de ação’. Textos não apenas dizem, mas querem fazer crer. Textos não apenas descrevem, mas também prescrevem e podem ser entendidos como “ações simbólicas que se utilizam de signos polissêmicos e por isto necessitam de interpretação”⁶³, devendo-se considerar texto e contexto, bem como sua própria história interpretativa (THEISSEN, 1974).

Para Schnelle (2010, p. 35), o sentido histórico constitui-se a partir de três componentes: experiência, interpretação e orientação. É a partir das experiências próprias, ou seja, vividas e vivenciadas por cada pessoa, que mostra que um evento contém um potencial de sentido.

Seres humanos ganham identidade, sobretudo ao dar à sua vida uma orientação duradoura que coloca os múltiplos desejos e as intenções atuais numa relação estável, coerente e intersubjetivamente aceitável. A identidade forma-se num processo constante entre determinação positiva do *self* e experiências de diferença, visto que as experiências não se formam dentro de vácuos, mas sim são adotadas, transformadas e conduzidas a algo novo que é sentido como ampliação e melhoramento da identidade. Assim, a identidade não é algo estático, ela é parte integrante de um processo de transformação (SCHNELLE, 2010, p. 35).

Para Croatto (2010, p. 81-4) o ser humano é um “animal simbólico” como forma de indicar que sua capacidade de simbolizar o diferencia do animal comum. Em outras palavras, o símbolo é, na ordem da expressão, a linguagem originária e fundante da experiência religiosa, a primeira e a que alimenta todas as demais.

O ser humano constrói símbolos continuamente, tudo o que produz é de alguma forma simbólica. A linguagem é sua evidência mais frequente, quanto mais profunda é a experiência mais simbólica é sua expressão. Outra forma do simbólico está na trans-significação do real na arte. Ou seja,

⁶² Menezes (2008, p. 51-64) elabora conceitos epistemológicos para análise de textos, contemplando os corpos no processo de (des-re)construção interpretativa.

⁶³ A respeito de textos como representação do ‘ser-no-mundo’ ou espelho (às vezes embaçado) de realidades, veja Richter Reimer (2008, p. 44-52) com outras referências.

o símbolo remete ao desconhecido, mas de alguma forma vivido e experimentado. No símbolo não se apresenta a relação “efeito-causa”, mas entra-se na contemplação do que o objeto simbólico trans-significa (CROATTO, 2010, p. 84-99).

O símbolo é eminentemente relacional, universal e pré-hermenêutico⁶⁴. Por meio dele o *homo religiosus* solidariza-se com o cosmo, com os outros seres humanos e especialmente com o mistério mediante os mesmos símbolos e com os mesmos significados, seja em culturas isoladas entre si, seja em outras separadas pelo tempo e sem conexão histórica entre elas. O simbolismo é, em si mesmo e no uso profano, um fato social, pois ele é um gerador de vínculos entre os seres humanos. O objeto simbólico não é somente o receptor de uma hierofania⁶⁵, mas a vivência da mesma verbaliza-se, faz-se palavra que a comunica a outros, os quais podem entrar nessa esfera numinosa (CROATTO, 2010, p. 107-13).

O símbolo mostra o sagrado de uma maneira analógica, translúcido nas coisas como são. Quando ele é interpretado, é sua reserva de sentido que emerge em forma de relato, cuja função não é de explicação, mas de dizer a experiência vivida. Caso contrário, deixa de ser símbolo. O símbolo emerge com maior riqueza nas hierofanias, nos sonhos e na poesia, e em geral os símbolos se socializam pela sua própria importância vital e podem estar encadeados ou solidários entre si, ou seja, ao mesmo tempo em que conservam sua especificidade semântica atraem outros, os quais tocam em sua faixa de sentido (CROATTO, 2010, p. 110-13).

O ser humano no cotidiano precisa falar em símbolos para expressar suas vivências, construindo a partir disso uma ponte de um âmbito da realidade para outro, especialmente no processamento das grandes transcendências, como doenças, crises e morte.

Schnelle (2010, p. 36) afirma que os símbolos são uma categoria central da transmissão de sentido religioso. Assim, a criação de sentido está inserida num complexo processo de interação entre o sujeito individual e/ou coletivo, suas experiências de diferença e limites, suas auto-atribuições positivas e sua autopercepção e percepção alheia.

⁶⁴ A hermenêutica é a interpretação de um texto, processo pelo qual o leitor descobre nele uma reserva de sentido. A partir do texto, a interpretação abre-se para uma significação extralinguística, dirige-se a um referencial. Assim, o símbolo não é um texto, mas é um objeto, um acontecimento, uma pessoa, uma realidade experimentável que está carregada de uma trans-significação, é evocativo e orientador (CROATTO, 2010, p. 108).

⁶⁵ Origem do grego *hieros* (ἱερός), sagrado, e *faneia* (φαίνειν), manifesto. Pode ser definido como o ato de manifestação do sagrado, exprime apenas o que está implicado no seu conteúdo etimológico, a saber, que algo de sagrado se nos revela (ELIADE, 2008, p. 17).

Mundos de sentido são ideias da realidade objetivadas e comunicáveis; legitimam estruturas, instituições, papéis sociais, ou seja, explicam e justificam situações e fatos; e também criam coerência sincrônica e fornecem uma localização diacrônica, ao inserir a pessoa individual e/ou grupo em um contexto maior de história e de sentido (SCHNELLE, 2010, p. 36-7).

O sagrado se inscreve na experiência humana como uma de suas possibilidades mais radicais e em relação à inquietude existencial fundamental. O encontro com o sagrado depende da estrutura experimental que atinge um objeto com sentido religioso (JOSGRILBERG, 2012, p. 52).

O texto sagrado remete a histórias de fé, de cura, de vida e busca espiritual profunda. O texto é pleno de mundos e confronta distintas realidades. Toca nosso ser e nosso centro espiritual, e assim pode revelar e proporcionar saúde, cura e integridade para o ser. Uma personagem de um texto sagrado pode tocar minha existência e sensibilizar meu corpo e fazer explodir o que é silêncio e sofrimento. O texto sagrado proporciona a revisão de conceitos sempre que lido e interpretado a partir de uma hermenêutica crítica e capaz de interpelar também a corporeidade e os paradigmas fundadores de sentido na sociedade contemporânea (ROESE, 2005, p. 86).

A religião forma o mundo de sentido simbólico por excelência, pois ela tem a pretensão de representar uma realidade que transcende todas as outras realidades, oferecendo um mundo de sentido que insere a pessoa individual, bem como o grupo, na totalidade do cosmos, que interpreta os fenômenos da vida. Ela oferece instruções de atuação que finalmente abrem perspectivas para além da morte.

A experiência do sagrado se manifesta como sentido além de si e além do ser. O sentido vivido em referência ao mundo simplesmente provoca inquietude e angústia. Faz parte da inquietude humana o investimento no sentido do ser; a experiência do sentido sobre-determinado nos leva para além dele. O sagrado implica na possibilidade de dar forma a essa necessidade de excedente de sentido (JOSGRILBERG, 2012, p. 53).

Visto que o ser humano não pode existir a partir de si mesmo, pois se encontra inserido em um campo de tensão de forças que o determinam, sendo criatura, o ser humano não é autônomo graças à sua razão, e essa sua qualidade de criatura manifesta-se em sua corporeidade e expressividade do imaginário.

2.3.2 O Corpo, as Doenças e o Imaginário nos Textos Bíblicos

Todos os seres vivos são mortais, e parece que os humanos são os únicos a terem consciência disso. Na mentalidade ocidental judaico-cristã, essa mortalidade

revela a fragilidade das pessoas, expressada de diferentes maneiras, entre elas, a doença, que expõe cotidianamente à vulnerabilidade e finitude da existência do ser humano (GEBARA, 2010, p. 129).

Na Antiguidade, a arte de curar se baseava em ensinamentos sobre a saúde. As doenças eram consideradas como distúrbios do equilíbrio entre os diferentes planos de um indivíduo, e o cosmo, ou seja, a saúde, era um resultado da forma de viver, em que a dieta alimentar, a atividade física, a higiene e a música eram fatores importantes para o desempenho individual (RÜCKERT, 2008, p. 350).

A doença começa com uma percepção subjetiva de seus efeitos, até que a comunidade a reconhece e permite que a pessoa doente desempenhe o papel de alguém atingido pela doença. A dimensão social da doença é realçada pelo fato de ela não ser percebida apenas como um problema biológico, mas também como resultado de um desequilíbrio na ordem cósmica. A desarmonia que leva à doença proporciona ao indivíduo e à comunidade a oportunidade de avaliar suas relações dentro e fora da comunidade. [...] a família está envolvida no processo de cura desde a identificação inicial da doença até o processo final de cura. A cura [...] inclui uma dimensão física, emocional, psicológica, espiritual e comunitária da pessoa [...] com a finalidade [...] de restaurar a força inicial de vida (AZETSOP, 2010, p. 117).

Assim, desde a Antiguidade, a doença é vista como experiência social de caos e desequilíbrio, constituindo uma das formas de representação do mal que vão construindo identidades de coesão ou exclusão social. Por meio de processos terapêuticos que culminam em cura, a pessoa se reestrutura por intermédio da superação do Mal, permitindo a reconstrução da vida em liberdade (RICHTER REIMER, 2008, p. 43).

A doença pode ser considerada como uma perturbação das relações. A doença pode ser um distúrbio nas relações que devem prevalecer no cólon de um ser humano. Assim, a cura não se ocupa com a única finalidade de restaurar o funcionamento de estruturas físicas de uma pessoa, mas em restaurar suas relações, ou seja, implica em restaurar a harmonia social e o apoio social, pois um quadro patogênico pode atrapalhar ou até mesmo destruir famílias e lugares de trabalho, modelos preexistentes de enfrentar as dificuldades (AZETSOP, 2010, p. 119).

No cotidiano da vida é percebível como a doença de outrem é capaz de mover o coração humano e provocar misericórdia, cuidado, preocupação, doação, busca de cura até o restabelecimento da pessoa. Igualmente, porém, também é capaz de provocar o medo, a aversão, o nojo e o horror humano. Além disso, o

corpo passa ser 'matéria prima' a ser explorada pelo 'comércio de cura', seja em clínicas, consultórios, hospitais e também em igrejas.

O corpo passa a ser o lugar de inscrita da história. A dinâmica das relações cotidianas domésticas, afetivas, de trabalho, e até político / público concretizam-se no corpo do indivíduo, e são nessas relações, que para Michel Foucault (*apud* BERGESCH, 2002, p. 135) centralizam a presença do poder.

Foucault entende o poder como uma relação dinâmica de estratégias [...]. Sua presença provém de todos os lugares [...]. Os lugares são a multiplicidade de correlações de força, do jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes, transformam, reforçam e invertem; correspondem aos apoios que surgem a partir da correlação de forças.[...]

1. O poder se exerce sempre a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis. Não é algo que se adquira ou possua; por isso, não é possível guardá-lo ou deixá-lo escapar.
2. As relações de poder são imanentes, pois são o resultado imediato das partilhas, desigualdades e desequilíbrios que se produzem nas mesmas; possuem então, um papel diretamente produtor.
3. No princípio das relações de poder não há uma oposição binária e global entre os dominadores e os dominados. Ao contrário, as correlações de forças múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção, famílias, grupos restritos e instituições, servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social.
4. As relações de poder são sempre intencionais e objetivas. Isso não quer dizer que estejam direcionadas a um sujeito ou grupo, mas que, nelas, os interesses se encontram dirigidos por um dispositivo de conjunto. [...]. Esse é o caráter implícito das grandes estratégias anônimas.
5. Toda relação de poder traz consigo uma relação de resistência. Esta mostra o caráter relacional das correlações de poder. Como não existe um lugar de poder, também não existe um lugar de resistência, mas sim pontos de resistência. Estes pontos cumprem o papel de interlocutores irreduzíveis, que são distribuídos de forma irregular (BERGESCH, 2002, p. 134-5).

As doenças e suas curas ou cuidados obedecem às leis da hierarquia social capitalista, sendo que doenças, doentes e curas também podem manifestar o quanto relações socioculturais podem ou não ser classistas, racistas, sexistas etc. Isso implica que pessoas doentes e doenças são partes das prioridades ou do esquecimento de pessoas, grupos, organizações, de órgãos públicos e privados. Em outras palavras, isso significa que a cada pessoa é dado o cuidado segundo o poder econômico, político e financeiro que tem. Assim sendo, o que vale não é mais a pessoa, mas drasticamente o lucro que dela advém ou pode advir (planos de saúde, seguros), manifestando-se nisso também o "esquecimento do ser" (GEBARA, 2010, p. 131-2).

Os doentes são considerados em sua totalidade, com suas fraquezas e potenciais [...]. Saúde e doença adquirem, na Bíblia, uma dimensão religiosa. A relação com Deus, o Criador é Fonte da Vida, é condição para se estar bem. Na ruptura dessa relação com o Deus vivo está a raiz do mal e da morte. [...] É, portanto, impossível separar a cura física da cura do espírito. A palavra saúde (do latim *salus*) significa, na origem, simultaneamente saúde e salvação. Inclui, portanto, alma e corpo. Quando a Bíblia fala de salvação, deve-se lembrar a origem bem material dessa palavra, ou seja, a saúde. A palavra hebraica para indicar saúde (*shalom*) significa plenitude, integridade, bem-estar, saúde, paz. Na visão bíblica, saúde tem a ver com a origem da própria vida (Sl 139.13-16). Deus, autor da vida, tem tudo em suas mãos, também a doença e a saúde, a vida e a morte (Dt 32.39). A saúde era considerada bênção de Deus. As doenças eram temidas e causavam sofrimento (RÜCKERT, 2008, p. 349).

No tempo de Jesus essa realidade de doença e processo terapêutico era vivenciada em situações, condições e experiências socioeconômicas. A narrativa de Marcos 5,25-34 (e paralelos) representa bem a situação de pessoas que sofrem, junto com a doença e processos de empobrecimento (TEZZA, 2006).

Jesus não foi somente médico de almas, por intermédio de suas curas proporcionava a reinserção das pessoas na sociedade civil e religiosa, recuperava a saúde, restituía os relacionamentos familiares, sociais, culturais e pessoais desfeitos pela doença. “Importante é a pessoa e não a doença” (RÜCKERT, 2008, p. 349-50).

Por isso, como indicado na parte introdutória, é importante destacar que na concepção da época de Jesus, as curas eram caracterizadas como

ação da divindade que intervém e interfere nas relações sociais e simbólicas de corpos doentes e sofridos, reconstruindo, portanto, também identidades. Esses processos terapêuticos refletem não apenas relações de poder, mas também poder(es) em relação que possibilitam libertação ou superação do Mal (RICHTER REIMER, 2008a, p. 43).

Nesse contexto é importante destacar que, além de semelhanças entre as práticas taumatúrgico-terapêuticas realizadas por divindades e mediadores divinos no contexto histórico-social do NT, existem diferenças, dentre as quais pode ser mencionada a questão econômica: há relatos e estudos que indicam para a cobrança de honorários, o ‘dar presentes’ ou a confecção de estrelas e inscrições nos templos⁶⁶ aonde ocorriam os procedimentos e as curas.

Nos relatos evangélicos, em contrapartida, as curas de Jesus eram de graça, eram realizadas em qualquer lugar e marcadas pela gratuidade e fé.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 18-30.

Com referenciais de hermenêuticas libertadoras, como a feminista, pode ser dada pauta à questão de que nosso corpo, assim como na Antiguidade, continua sendo elo fundamental com o qual experienciamos o mundo e construímos saberes e relações. Nesse sentido, entretanto, também é o mundo que vai experienciando as ações realizadas por meio de nosso corpo⁶⁷ (RICHTER REIMER, 2009). Nessa reciprocidade profunda e complexa, também em situação de doença, todo corpo sofre; a vida da pessoa está machucada, e também suas relações familiares e sociais podem sofrer prejuízos.

A partir das relações é possível entender que a natureza do poder não é uma relação entre amigos, companheiros, grupos, comunidades, mas é uma forma em que algumas ações modificam outras ações, ou seja, são ações modificam ações, em consequência disso, pessoas são modificadas, e isso tem grande referência no corpo dessas pessoas. Para tanto, em Foucault (*apud* BERGESCH, 2002, p. 135) o relacionamento de poder, não é em si uma “renúncia de liberdade, mas pode ser resultado de um consentimento prévio ou permanente, não sendo por natureza a manifestação de um consenso”.

Para compreendermos o texto bíblico e o corpo em suas múltiplas relações e engendramos processos interpretativos na interdisciplinaridade com outras áreas de conhecimento, como, por exemplo, as Ciências da Vida, se destaca um aporte referente à estrutura e complexidade do ser.

Para encontrar essa estrutura, a busca vem a detectar o significado pelo significante⁶⁸: nosso significante é o corpo revelador do significado.

Nesse sentido, o corpo é símbolo de ser estrutura de significação. Toda a emoção profunda e genuinamente sentida e quase todo o pensamento se veem expressos em todo organismo (SANTISO, 1993, p. 256).

O corpo engloba e transcende o mundo de diferenças e se refere à estrutura integral, interna, autônoma, biológica e somática. Todo ser, sendo corpo, e como corpo é espaço de vida aberto e/ou espaço aberto de vida que, como qualquer outro ser, também experimenta situações de dor, exclusão, morte, alegria, prazer e libertação (SANTISO, 1993, p. 257-60).

O corpo vivente do ser humano é “capaz de expressar a vida interior; esse é o *médium* por meio do qual se dá tudo o que uma pessoa sente. A alegria e a tristeza podem ser percebidas no rosto do outro” (PERETTI, 2010, p. 65).

⁶⁷ A respeito da corporalidade, a construção e o abandono de relações em situação de saúde e doença, veja Richter Reimer (2009).

⁶⁸ Essa reflexão e referencial foram desenvolvidos por Santiso (1993).

O corpo representa o lugar em que se manifestam a alma e o espírito. É por meio do corpo que se manifesta a vida do eu psicofísico e espiritual (PERETTI, 2010, p. 65).

O corpo alude a uma parte do homem, composto de alma e corpo. Enquanto corporeidade é uma dimensão geral de todo ser pessoal. Se com o termo 'corpo' se imagina alguma coisa que se possui e que podemos distinguir do eu profundo, como o termo 'corporeidade' convida-se a captar, em cada fragmento do ser humano e em cada uma de suas atividades também internas, uma dimensão sua corpórea. O corpo indica não um limite angustiante, mas a maneira de ser caracteristicamente humana. [...] A corporeidade oferece à consciência o intermediário para saber agir no mundo; em seu progressivo formar-se e evoluir assinala o desenvolvimento pessoal; permite à pessoa sentir-se sã ou enferma, serena ou melancólica, masculina ou feminina. Ela, penetrada de componentes psíquicos, condiciona o nosso pensamento; está no íntimo do nosso julgar e do nosso querer; é a força determinante que permite o diálogo interpessoal. Compreende-se por que a ciência terapêutica [...] se apresenta, além de psicossomática (o sentir em nível psíquico é traduzido em sintomatologia física), também sômato-psíquica (modificar as atitudes do corpo para modificar os desvios da psiquê). [...] Desenvolver o próprio corpo é ampliar uma dada relação com os outros (SECONDIN e GOFFI, 1993, p. 368-9).

O termo chave σῶμα corpo / corporeidade é em Paulo uma designação neutra da constituição corpórea do ser humano. O uso negativo de corpo por Paulo abrange um sentido qualificador, onde convoca a não deixar o pecado dominar no corpo. O uso positivo de corpo por Paulo manifesta-se como uma expressão abrangente do *self* humano. Segundo sua natureza, o corpo é muito mais do que comer e beber e não se define a partir de suas funções biológicas, muito ao contrário, o corpo pertence ao Senhor. Na terra, o cristão coloca seu corpo a disposição do Senhor como sacrifício vivo, santo e agradável a Deus. Especificamente a corporeidade aparece como o lugar em que a fé ganha sua forma visível como obediência (SCHNELLE, 2010, p. 364).

Em Paulo, o corpo do ser humano não é apenas não fechado e não autônomo, mas faz parte de sua corporeidade que não pertence a si mesmo. Nesse sentido, Paulo pensa o corpo no âmbito de relações de posse mutuamente excludentes, pois o corpo do ser humano pertence ou ao pecado (Romanos 6,6) ou a Jesus Cristo (Romanos 7,4), ou seja, em ambos os casos trata-se de uma relação alienada do *self* em relação ao corpo. Isso significa que o corpo está total e inteiramente sob a experiência dos opostos Deus *versus* pecado e vida *versus* morte (BERGER, 2011, p. 105-6).

É na corporeidade que se estuda o sujeito na sua singularidade e na sua dimensão intersubjetiva; é por intermédio dela que se compreende o mistério da redenção (PERETTI, 2010, p. 65).

Afinal, o corpo oferece sinais ao ser observado, e a partir dessa observação se constrói uma imagem e uma memória, ou seja, as “percepções dos sinais emitidos pelo corpo se deslocam, as sensibilidades à expressão individual se complexificam e a leitura da aparência humana se transforma” (COURTINE, 2008, p. 405).

Para nos introduzir numa experiência religiosa, além da linguagem racional, recorre-se ao simbolismo corpóreo, não tanto com a pretensão de expressar o divino em si mesmo, e sim para intuí-lo por meio de estímulos negativos em seu estado transcendente. A experiência ensina que, mediante atos corpóreos, a alma sente-se estimulada a conhecer e a afeiçoar-se. Portanto, é conveniente utilizar-se das realidades corpóreas (prostrações, genuflexões, invocações e cantos) para elevar nosso pensamento até Deus (SECONDIN e GOFFI, 1993, p. 369).

Para tanto, o corpo é o veículo fundamental da expressão humana, elemento constitutivo da expressão das relações sociais, políticas, culturais e religiosas.

A corporeidade é a teia de relações que marcam o corpo físico consigo mesmo e o mundo exterior. Na tradição judaico-cristã, o corpo, juntamente com a alma ou espírito, constitui esta manifestação do ser humano [...]. No contexto veterotestamentário, o corpo (*basar*, também traduzido por carne) é parte de uma unidade: sem a alma (*nefesh*, respiração) ou espírito (*ruach*, o sopro divino), o corpo perece; sem o corpo, não há manifestação da vida. A vida se manifesta na respiração (*nefesh*) e no sangue (*dam*). A importância do corpo é expressa na representação do ser humano como imagem de Deus (Gn 1.27). Na tradição judaica, isto impõe cuidados especiais ao corpo [...]. Deus adentra na realidade humana, assumindo completamente a corporeidade. Por meio de milagres, curas e pregações, Jesus dá mostras de uma prática voltada ao bem-estar físico e espiritual. Em seu próprio corpo, Jesus experimenta a dor física, a morte e também a ressurreição. A tradição neotestamentária se confronta não só com os ideais da inferioridade do corpo diante da alma [...], mas também com uma realidade na qual a execração de corpos humanos é rotineira no Império Romano. Neste sentido, a atitude de Jesus com relação aos corpos, visando ao seu cuidado, cura e preservação, representa um diferencial, uma mensagem inovadora no contexto do primeiro século. O amor de Deus manifesto no ato da criação é afirmado na própria encarnação de Jesus e no seu ministério em favor do Reino de Deus (DEIFELT, 2008, p. 203-4).

Os textos bíblicos do NT podem ser considerados como importantes fontes para a percepção e reconstrução de um horizonte amplo de vida, visto que o imaginário pode reforçar os sistemas vigentes e ao mesmo tempo atuar como poderosa corrente transformadora.

Na interpretação de textos bíblicos, a dimensão simbólica aponta formas cifradas de representar o mundo, ou seja, palavras, gestos e imagens podem ser analisados para além daquilo que está registrado, mas que “se inserem dentro ou brotam a partir da história do cotidiano, de experiências concretas” (RICHTER REIMER, 2012, p. 244-5).

Uma narrativa é como se fosse um “terceiro tempo que pode refigurar imaginariamente algo do passado, almejando ocupar o lugar desse passado, substituindo-o”, ou seja, é uma representação com traços deixados pelo passado e se propõe como sendo a verdade do acontecido (RICHTER REIMER, 2012, p. 244-5).

Faz-se necessário perceber que as relações do cristianismo com o corpo têm sido ambivalentes. Por um lado, o cristianismo aborda a fé num Deus que se tornou corpo, e nas narrativas de cura do NT são especialmente os corpos discriminados de mulheres, crianças e homens que são curados e restabelecidos em sua dignidade. Por outro lado, desenvolveram-se no cristianismo posturas e práticas de ascese e hostilidade ao corpo⁶⁹, que perduram até nossos dias, apesar de significativas mudanças na construção de saberes (MOLTMANN-WENDEL, 1997, p. 62).

É preciso que a pessoa aceite despojar-se do velho homem que dormita nele, em consequência de uma doença, e submeta seu corpo ao ritual ordinário do lugar santo, e uma vez restabelecida suas funções, por intermédio da cura, necessita recobrar-se para relembrar sua condição anterior de aflição.

Para tanto o milagre aparece na vida das pessoas como a sucessão de três estados do corpo: 1) o tempo de desespero e de sofrimento – fase preliminar seguida de uma sequência de crise cujos sintomas variam conforme o lugar, o intercessor, a afecção e a psicologia do doente. Muitas vezes essa crise vem com grande violência, como se fosse necessário que o corpo atingisse o paroxismo do sofrimento para encontrar a serenidade; 2) após vencido o tempo da prova, o indivíduo se torna uma outra pessoa; 3) vencido o combate a pessoa sai transformada no corpo e na alma, e é por meio do milagre anunciado o renascimento dos corpos (GÉLIS, 2008, p. 118).

Face à divindade encarnada, o ser sofredor só aparece brevemente na cena do milagre, o tempo necessário para mostrar-se derrotado, depois recriado, mais próximo de um ideal do corpo preparado para a eternidade (GÉLIS, 2008, p. 118).

⁶⁹ Assim o expressam com maiores detalhes (MOLTMANN-WENDEL, 1997).

A cura requer atenção a todos os aspectos da vida humana. Mesmo quando não é possível a cura física e fisiológica. A cura poderá concentrar-se na relação entre a pessoa individual e seu meio social, ou seja, nas relações de reconciliação e nas expressões de cuidado e amor podem trazer cura social e espiritual ao doente.

Na verdade a recuperação da saúde é, na maioria das vezes, progressiva, como num processo de cura médica, pois todos os movimentos do corpo podem ser considerados como perigos e promessas, advertências divinas e meios de santificação (GÉLIS, 2008, p. 119; PELLEGRIN, 2008, p. 133).

Nos textos do NT, especificamente nas narrativas que enfocam a *práxis* terapêutico-taumatúrgica de Jesus, podem ser indicados elementos singulares para uma dada comunidade, que fortaleçam identidade e pertencimento religioso, e que refletem também a história de Jesus de Nazaré – marcada por aquelas pessoas que creram ser ele o Messias prometido, e assim possa oferecer indícios para uma reconstrução de diferentes contextos de vida por meio do imaginário permeado de valores, convicções culturais, aspirações religiosas e expectativas de vida mediante a existência de um corpo adoecido, marcado por preconceitos, discriminações e esquecimento.

2.4 A FÉ, A ÉTICA DE JESUS E O REINO DE DEUS MEDIANTE PESSOAS NECESSITADAS DE CUIDADOS

A fé pode ser entendida como um “registro do inconsciente sagrado no qual o ser humano reconhece sua absoluta dependência de um ser supremo [...], é o abandono de toda segurança humana e a confiança em um ser superior [...]” (ZSCHORNACK, 2006, p. 22).

A espiritualidade cristã tem seu fundamento na profissão de fé, ou seja, a vida das pessoas está baseada no exercício e na prática de sua fé.

Para Paulo, a fé é uma nova qualificação do Eu, pois, na fé, o ser humano abre-se para Deus que se volta para o mundo. O fundamento e a possibilitação da fé é a iniciativa salvífica de Deus em Jesus Cristo. A fé não se baseia numa decisão do ser humano, mas é um dom da graça de Deus. A fé está entre os frutos do espírito, portanto, na fé abre-se um novo relacionamento com Deus, que o ser humano pode apenas aceitar com gratidão (SCHNELLE, 2010, p. 393).

O sentido básico de graça em Paulo é favor, ou seja, atitude e ação realizadas para o benefício de alguém [...]. Para o apóstolo, a graça de Deus está na base da salvação dada por Deus ao ser humano, através de Jesus Cristo. Há um vínculo estreito, em Paulo, do conceito da graça de Deus como outros temas que lhe são centrais, como salvação [...], justificação [...], fé [...]. Igualmente importante é sua ligação essencial com Cristo. [...] A graça de Deus envolve um amplo conjunto de ações de Deus em favor da humanidade, desde a escolha do seu povo [...], a proclamação do evangelho que oferece gratuitamente a salvação [...], a dádiva da justificação [...] e até mesmo a vida santificada dos crentes [...]. Por vezes Paulo refere-se à graça de Deus como sendo dada, recebida ou transbordando. [...] A graça de Deus se manifesta capacitando a pessoa a realizar aquilo que é da vontade de Deus para sua vida [...] (LINDEN, 2008, p. 462-463).

Assim, a fé, também divulgada por meio dos testemunhos de curas, reforça o grupo dos crentes, na medida em que sua explicitação socializa as situações problemáticas e as intervenções miraculosas (MENESES, 2008, p. 256).

A estrutura básica do conceito paulino da fé como força e dom de Deus que salva, que dá vida, mostra que é inadequado compreender a fé como um “ato livre de decisão” ou como “aceitação e preservação da mensagem da salvação” (SCHNELLE, 2010, p. 394).

A fé não é pressuposto ou condição do evento salvífico, mas é parte dele, ou seja, a fé nasce da iniciativa salvífica de Deus que chama o ser humano para o serviço da proclamação do evangelho. A fé ganha forma na confissão, visto que ser humano não pode ficar neutro em relação ao conteúdo da fé, só pode aceitá-lo ou rejeitá-lo. Na confissão o crente aponta para além de si mesmo e para o ato salvífico de Deus, de modo que recebe a participação da salvação futura. Nesse processo, o crente não permanece fechado em si, mas se comunica e transpõe fronteiras (SCHNELLE, 2010, p. 394-5).

No Antigo Testamento (AT) fé “envolve uma relação indissolúvel entre sujeito e objeto. A ênfase inicial está no caráter de confiabilidade do objeto da fé, no caso de Deus”. Já no NT é uma continuidade do AT no que tange a compreensão da fé, mas “amplia seu objeto e sua centralidade” (MUELLER, 2008, p. 442).

A fé também inclui o momento individual do respectivo ser-crente e libera uma atuação do ser humano. A fé baseia-se na atuação amorosa de Deus em Jesus Cristo, de modo que o amor aparece como o lado da fé que é ativo e visível a todos. Paulo exige do crente uma sintonia de pensamento e atuação, de convicção de ato (SCHNELLE, 2010, p. 395-6).

Por meio da fé, por mais adversa que seja a situação em uma pessoa esteja vivendo, todos têm acesso à nova aliança com Deus, mediante o movimento de

Jesus. A fé cristã é a confiança inabalável, por mais desesperador que seja o contexto; é a certeza plena, o rumo da própria vida e o destino dos entes queridos, nas mãos de Jesus. É a convicção inabalável na promessa de que nossos pedidos e aspirações irão se concretizar, por meio de Jesus (CORREIA Jr., 2000, p. 94).

Para Zschornack (2006, p. 18), a fé está muito mais relacionada às emoções do que a razão, visto que a fé carrega uma complexidade emocional maior do que uma pessoa possa imaginar.

No evangelho de Marcos, a primeira aparição pública de Jesus se dá como o profeta que convoca à fé no evangelho, isto é, a boa notícia de que o que fora anunciado ao longo da história começa a se realizar (Mc 1.15); o Reino de Deus está chegando. Os eventos centrais da cruz e da ressurreição marcam a virada mais importante no que diz respeito à fé. Fé agora é fé em Cristo, que realiza em sua pessoa os ancestrais desígnios de Deus. O evangelho de João já traz o tema como toda clareza [...] (Jo 3.16). O Livro de Atos mostra como a primeira igreja foi se organizando e anunciando esta fé num movimento que vai de Jerusalém a Roma (At 1.8). E as diversas cartas de apóstolos e discípulos ilustram, cada uma à sua maneira, como esta fé transforma as atitudes e perspectivas, e como [...] está constantemente ameaçada pela incredulidade ou pela falta de coragem para assumir as suas consequências (MUELLER, 2008, p. 442-3).

Para Schnelle (2010, p. 397) na fé, Deus coloca o ser humano num novo caminho, cujo fundamento e meta estão em Jesus Cristo. No entanto, a fé também contém elementos biográficos e psicológicos, é o momento da decisão humana, mas esta é precedida pela decisão fundamental de Deus. A fé é tanto uma nova orientação da vida como uma nova postura de vida. O ser humano passa de uma vida centrada em si mesmo para uma vida centrada em Deus. A fé situa o ser humano em seu relacionamento com Deus e realiza-se no amor.

Jesus parece partilhar da concepção de que a fé tem poder de ajudar a pessoa a tocar no poder de Deus, visando reenergizar a vida na busca de superar mazelas humanas, tais como a doença e até a morte. Ele, no contato com o povo sofrido, foi fortalecendo a experiência salvífica que é capaz de brotar dessa interação profunda entre o poder da fé da pessoa necessitada e o poder restaurador da vida, próprio da onipotência de Deus. Ele foi percebendo, no contato com o seu povo sofrido, que a dinâmica da vida poderia ser restaurada, que a ligação com o autor dessa força vital poderia ser restabelecida e reforçada, e o sucesso dessa ação deveria ser atribuído à fé no poder de Deus (CORREIA Jr., 2000, p. 69).

Portanto, a fé é uma adesão pessoal do homem a um Deus que se revela e supre as suas necessidades a partir da atuação de Jesus através da superação de suas perturbações físicas, emocionais, mentais e até mesmo espirituais, por meio de uma conduta nova e inesperada.

A palavra ética⁷⁰ é derivada do termo grego *ethos* (na língua portuguesa *etos*⁷¹); e moral vem do vocábulo grego *mores* (TILGHMAM, 1996, p. 151). Essas duas palavras se referem aos costumes de uma pessoa, todavia nem tudo pode ser qualificado como moral no comportamento do ser humano. Na verdade, *ethos* tem uma abrangência mais ampla do que moral.

“O primeiro a usar a palavra ética teria sido Homero, que a entendia como lugar habitado por homens e animais. No senso comum, ética é tudo que se refere a costumes, moral e comportamento humano” (SANTOS, 2008, p. 395).

A palavra ética tem uma carga semântica de reflexão e de busca de uma compreensão do agir das pessoas no tempo e na história. A presença de normas éticas nas religiões são bem observadas nos ritos e nas práticas religiosas. (PEREIRA, 2005, p. 34-5).

A primeira acepção de *ethos* designa a morada do homem, ou seja, o *ethos* é a casa do homem, onde o homem habita sobre a terra acolhendo-se ao recesso do *ethos*; este sentido de um lugar de estadia permanente e habitual, de um abrigo protetor, constitui a raiz semântica que dá origem à significação do *ethos* como costume [...]. A segunda acepção de *ethos* diz respeito ao comportamento que resulta de um constante repetir-se dos mesmos atos [...] (VAZ, 1993, p. 12-4).

Para a humanidade falar em ética, significa recuperar uma das dimensões fundamentais da existência humana, no entanto, falar de ética e religião é mais do que recuperar dimensões fundamentais do ser humano, significa levar cada pessoa a pensar e a repensar sua existência (PEREIRA, 2005, p. 36).

Diante das questões éticas devem ser consideradas duas teorias: as teorias deontológicas e as teorias teleológicas.

- As teorias deontológicas estabelecem que a obrigatoriedade de uma ação não depende exclusivamente das consequências da própria ação ou da norma com a qual se conforma, e se subdividem em: a) teorias deontológicas do ato – sustentam que não se pode apelar para normas gerais quando se pretende determinar o bem ou o mal de uma ação, em cada situação, deve-se levar em conta a necessidade de se atender aos sentimentos e convicções de cada caso, não existe padrão para determinar o que é certo ou errado em casos particulares, os juízos particulares são básicos, as regras gerais surgem a partir deles; b) teorias deontológicas da norma partem do princípio de que o que se

⁷⁰ Nas abordagens de Pereira (2005, p. 34) conforme sua origem grega, a palavra é oriunda de caráter, índole natural para o hábito, conjunto de disposições físicas e psíquicas de uma pessoa.

⁷¹ Palavra derivado do grego *ethos*, elemento de composição designativo de costume, caráter moral: etogenia – ciência que estuda a origem dos costumes, paixões e caracteres dos povos (BUENO, 1973, p. 543).

- deve fazer em cada situação particular depende de uma norma objetiva, universalmente válida;
- As teorias teleológicas estabelecem que a obrigatoriedade de uma ação deriva unicamente de suas consequências, ou seja, da obrigação moral considera que a bondade ou a maldade de uma ação depende unicamente do efeito ou consequência que venha a ter (SANTOS, 2008, p. 395).

Para tanto, a ética tem por objeto o *ethos* como fenômeno sócio-histórico, agir segundo o bem, o agir virtuoso para alcançar uma vida melhor. No entanto, é a partir da práxis das pessoas que se é permitido um determinado *ethos* histórico. Neste contexto a ética faz emergir a questão do sentido, onde somente a partir da experiência ética a história humana revela-se no reconhecimento em direção à construção de uma humanidade mais consciente e justa (PEREIRA, 2005, p. 36-7).

A reflexão ética é como contemplar um horizonte. Não há um caminho aplainado para se chegar a um determinado lugar. Em cada situação, em cada época, em cada circunstância é preciso descobrir ou até mesmo criar caminho. A ética não depende de nenhum princípio metafísico válido em todos os tempos e em todos os lugares, sejam eles religiosos ou não. O homem é um animal religioso e suas crenças religiosas, tanto hoje como ontem, põem as mesmas interrogações. A ética exprime a maneira como uma cultura e uma sociedade definem para si mesmas o que julgam ser o mal e o bem (PEREIRA, 2005, p. 45).

A ética cristã não é em sua essência uma ética de valores, mas da Palavra de Deus (teônoma), considerando que Deus é o Sumo Bem. É teocêntrica, parenética, visto que suas normas não são extraídas da razão. É descritiva, por ser ciência da atitude do ser humano frente ao dever absoluto. É normativa, no sentido de ser uma reflexão sistemática a respeito da revelação de Deus chamando o ser humano para a ação. É soteriológica, ou seja, necessária para apontar e dar meios das pessoas se tornarem obedientes dentro da norma e da graça de Deus, mediante um resultado natural da comunidade, a igreja, e não mediante um resultado individual. Numa comparação entre a ética cristã com a ética filosófica, esta é uma “reflexão sistemática sobre a moral da sociedade, enquanto a ética cristã é uma reflexão sistemática sobre os valores da teologia cristã e as implicações da fé cristã na conduta do indivíduo” (SANTOS, 2008, p. 397).

Para Schnelle (2010, p. 134) Jesus é muito mais do que um defensor de um *ethos* contextual.

Muitas de suas afirmações éticas têm um caráter fundamental e simplesmente não podem ser reduzidas a posicionamentos singulares; as afirmações éticas de Jesus apresentam uma estrutura e hierarquia interna, na qual o mandamento do amor é meio e centro ao mesmo tempo; e finalmente, as afirmações de Jesus acerca de questões éticas podem ser integradas em sua atuação geral (SCHNELLE, 2010, p. 134-5).

Portanto, a ética de Jesus orienta-se pela vontade de Deus que prevalece em seu sentido original, ou seja, segundo a criação, diante do Reino de Deus que está vindo e do conseqüente desapoderamento do mal (SCHNELLE, 2010, p. 135).

Para Schnelle (2010, p. 143) os radicalismos éticos⁷² de Jesus transpõem fronteiras e são convocações drásticas para superar as divisões não desejadas por Deus entre os seres humanos, para dar espaço à vontade do criador. Ao orientar-se inteiramente por Deus, abandonando a si mesmo, o ser humano pode se deixar determinar pelo amor para procurar o bem do outro.

A vontade de Deus proclamada por Jesus deseja possibilitar a convivência humana e superar perturbações em todas as áreas da vida, por meio de condutas éticas adequadas para cada pessoa, pois o ser humano espera uma melhora de sua qualidade de vida, um ganho de prazer e sentido.

Nesse contexto, entre os fundamentos da ética cristã, a ideia de Reino de Deus é a sua mensagem principal. No entanto, é importante lembrar, mediante as considerações anteriores, que Jesus e os textos do NT nunca tiveram a intenção de tratar de todos os problemas éticos de sua época, a ética cristã precisará sempre contar com a releitura contextualizada da Bíblia para responder a tantos temas necessários e existentes na atualidade.

Nas bem-aventuranças originais, Jesus promete o Reino de Deus as pessoas que precisam entender a si mesmas e que são consideradas excluídas. A presença de Reino de Deus também se manifesta no despoderamento do diabo e no constante combate do mal. Nas parábolas do crescimento atestam o início oculto do domínio de Deus; e na atuação milagreira de Jesus também se testemunham a irrupção presente do Reino de Deus (SCHNELLE, 2010, p. 115-7).

O Reino de Deus é uma perspectiva real. Imersa na realidade conflitiva do campo está a narração da fartura e da produção abundante. A terra libertada anuncia a utopia do Reino: apesar dos corpos sofridos, o terreno, fecundado pela teimosia da fé, produz frutos da justiça, tão desejada pelos pobres. Nesse contexto,

⁷² Veja maiores considerações acerca dos radicalismos éticos de Jesus em Schnelle (2010, p. 138-144).

o objetivo da parábola habita na proposta de criação de novas relações, novos movimentos dos corpos (LEANDRO, 2005, p. 85).

Nos ensinamentos de Jesus, a ideia de Reino de Deus tem como características: não se confundir com qualquer outra instituição humana, exige o compromisso da fé, não tem aparência exterior e não é visível em termos absolutos, não é um reino de privilegiados nem imposto pelas armas. É um reino peregrino e sempre em construção (SANTOS, 2008, p. 397).

Para tão condição de Reino de Deus são necessárias algumas condições: arrependimento, obediência, fé e pobreza.

No Sermão do Monte, pode-se observar o resumo das tradições éticas que inspiram o Reino de Deus. É um texto que inicia com a mensagem do reinado de Deus aproximando dos pobres, dos humildes e dos que têm fome e sede da justiça de Deus (SANTOS, 2008, p. 397-8).

Nesse estudo é dado um enfoque especial na atuação milagreira de Jesus, visto que a partir da *práxis* terapêutico-taumatúrgica de Jesus o Reino de Deus recebe uma interpretação especial, pois Jesus ergue na realidade do mundo vivencial humano a realidade do domínio de Deus.

A ação taumatúrgica de Jesus, que restaura vidas mediante a perplexidade, a incredulidade e até a perseguição das pessoas, é uma tradição conservada e transmitida para fortalecer no presente a fé-confiança no poder salvífico de Jesus. “Os milagres do taumaturgo acontecem no caminho que leva à morte e ressurreição, e antecipam, como sinais provisórios, mas decisivos, o poder que se manifesta na ressurreição” (CORREIA Jr., 2000, p. 81).

Para Schnelle (2010, p. 122) a misericórdia e o amor de Deus precisam ser aproximados dos pecadores, pois é somente por meio da bondade e do perdão de Deus, que as pessoas perdidas e/ou necessitadas podem entrar num novo relacionamento com Deus.

A vinda e a atuação de Deus é a base, o centro e o horizonte da atuação de Jesus. Com seu discurso sobre o Reino de Deus, Jesus realiza não só um diagnóstico do tempo, mas uma abrangente criação de sentido, cujo ponto de partida foi a experiência e a inteligência de que Deus, de um modo qualitativamente novo, está a caminho em favor das pessoas e que o mal está sendo rechaçado (SCHNELLE, 2010, p. 130).

As curas são sinais do Reino de Deus, mostram o seu pleno amor pelas pessoas que necessitam e não há um fim em si, bem como não são um meio para

fazer espetáculos. Sua Palavra alcança a vida das pessoas, até mesmo aquelas que estão mais distantes. A misericórdia terapêutica de Deus não se prende à comunidade dos seguidores de Jesus. Na nova aliança, a cura não se restringe a uma relação individual com Deus, mas alcança o universo das nações, como destacado em Apocalipse 22.2: “no meio da praça, de um lado e de outro do rio, há árvores da vida que frutificam doze vezes, dando fruto a cada mês; e suas folhas servem para curar as nações” (BOBSIN, 2008, p. 251).

Para Jesus, o Reino de Deus não é absolutamente apenas uma ideia, mas é uma realidade concreta que revoluciona o mundo, e suas afirmações são, em parte, de uma estranha concretude.

Nos evangelhos há “fragmentos da história de Jesus, narrada com base na[s] memória[s] comunitária[s]”, e também há fragmentos da história da própria comunidade que se mobiliza a “Jesus para [re]construir sua identidade em seguimento ao caminho da cruz, do serviço e da misericórdia” (RICHTER REIMER, 2012, p. 238).

Assim, os textos do NT são considerados como testemunhos de fé baseados na experiência de que em Jesus, Deus cumpriu suas promessas acerca da vinda do Messias. Jesus conviveu com as pessoas em diferentes lugares e situações e em todas as circunstâncias ensinava, curava e colocava os sinais do Reino de Deus (RICHTER REIMER, 2012, p. 239).

Para tanto, as curas de Jesus demonstram sua *práxis* central focada na ação terapêutica, profética e libertadora junto às pessoas marginalizadas, necessitadas, excluídas e que necessitam de respostas aos seus enfrentamentos, as suas inquietações, aos seus problemas, suas dúvidas e seus desafios existenciais, cuja *práxis* é focada na fé, na misericórdia que motiva a ação de Jesus e na gratuidade da ação curadora de Jesus.

2.5 JESUS COMO CUIDADOR E CURADOR

Jesus de Nazaré foi percebido inicialmente pelo povo como curandeiro, e seu carisma de cura fundou o sucesso de sua atuação. Tanto os sinóticos como o evangelho de João colocam a atuação exorcista e terapêutica bem-sucedida de Jesus no centro de suas abordagens (SCHNELLE, 2010, p. 148).

Jesus é o profeta escatológico, cujos milagres são apresentados como sinais da sua missão salvífica, nunca como o centro da sua atividade messiânica. Essa diferença é profundamente relevante. Jesus não se apresenta ao mundo como um curador a mais, com poderes especiais de Deus sobre a terra. Curandeiros, exorcistas, sanadores, mágicos existiam muitos no seu tempo. [...] Jesus apresentou-se, segundo os evangelhos, como mensageiro de Deus, o seu delegado na tarefa de anunciar o Reino; por isso começou a comportar-se como profeta apocalíptico: a sua missão fundamental consistia em mostrar [...] a irrupção transformadora de Deus na história. Nesse sentido, pode-se entender corretamente a ação taumatúrgica de Jesus: suas curas concebidas como miraculosas são sinais da chegada do Reino, são sinais que realiza o enviado escatológico de Deus, para caracterizar a sua missão sobre a terra (CORREIA Jr., 2000, p. 105).

Os evangelhos refletem as realidades diárias de doença, pobreza e exploração vivida durante o movimento de Jesus, apresentam Jesus como alguém que é buscado pela multidão, interrompido em suas viagens e que dedica sua vida aos doentes, necessitados, marginalizados e oprimidos.

A atuação de Jesus ocorre no contexto de milagreiros judaicos e helenísticos, Ele era o realizador de atos totalmente inacreditáveis e o mestre de todas as pessoas (SCHNELLE, 2010, p. 149).

Jesus inclui os doentes em seu programa de vida.

Em toda a sua vida, ou seja, na sua dor, no seu sofrimento e na sua própria morte, há atitudes geradoras de saúde. Ele procura a partir de sua *práxis* terapêutica estimular o instinto de conservação próprio do ser humano a buscar pela vida que faz o ser humano cuidar de si e conservar sua existência. Para tanto, os evangelhos destacam Jesus marcando presença onde a vida está ameaçada, violentada e desprezada para recuperá-la e dignificá-la. Jesus ocupa-se com o bem-estar corporal e social, procurando desfazer a associação da doença com a impureza ou o pecado (ROVER, 2007, p. 97).

“Cura não é apenas saúde, bem-estar pessoal, mas vida renovada nas convivências, nas relações; é superação de violência, é capacidade de reconhecer e socorrer o sofrimento alheio” (ROESE, 2007, p. 115).

A espiritualidade é inerente e presente no processo como uma dimensão humana fundamental que permite um processo mais íntegro de cura e cuidado. A espiritualidade celebrada e cuidada nesse espaço permite um encontro mais seguro diante das fragilidades humanas. O ser humano precisa de consolo, necessita não só cuidar, mas ser cuidado. O processo de cuidado terapêutico e espiritual invoca as coisas desconhecidas e ocultadas, toca nos medos e nas obscuridades dentro do ser para que possam vir à luz e ser cuidadas e curadas (ROESE, 2007, p. 119-20).

Para Ueti (2010, p. 50), um dos aspectos fundamentais da conquista da saúde e da luta contra as doenças está em integrar as pessoas com elas mesmas e com as outras pessoas e a comunidade. Em casos de DCNT, que ainda não há cura, é necessário exercitar interpretações e abordagens bíblico-teológicas que continuem dando alento, amparo e esperança para as pessoas que cuidam de doentes crônicos e pessoas doentes.

A Bíblia descreve várias circunstâncias diante das quais é evidenciado um corpo que adocece e a vida começa perder o sentido, são situações que revelam um contexto no qual o sofrimento é gerado em meio ao silêncio de anos.

Para uma abordagem interpretativa de narrativas de cura no NT é interessante observar que os evangelhos sinóticos apresentam homens, mulheres e crianças que entram num processo de cura com Jesus.

Portanto, “para a Bíblia os milagres de cura fazem parte da esfera de coisas e das relações de causa e efeito invisíveis, indemonstráveis e inexplicáveis, tornadas visíveis no corpo doente e em sua cura” (RICHTER REIMER, 2008a, p. 60).

Nessas circunstâncias as pessoas doentes e as pessoas envolvidas no processo de doença sofrem e precisam de cuidado e acompanhamento, e carecem de cura.

Considerando-se o contexto cotidiano, aborda-se a seguir três episódios de milagres de cura ou *práxis* terapêutico-taumatúrgica, onde é destacado um Jesus como curador e cuidador, que ensina a necessidade de ressignificar e redinamizar (a força que sai da divindade e que vivifica) alguns conceitos como saúde, cura e qualidade de vida, ou seja, o corpo precisa ser valorizado como lugar de criação e de prazer e não como lugar de negação e sofrimento.

As curas de Jesus assumem grande centralidade nos evangelhos, e essa concepção de que o corpo deve ser sarado, curado e cuidado está presente em alguns grupos de mulheres e homens que sofrem e estão presos em seus próprios corpos, mediante preconceitos, mutilações e banalizações de seus corpos pela violência, pela deficiência e pela imposição de modelos de corpos moldados segundo o mercado de produção e consumo. Corpos marcados pela fome ou pelo que comem, pela negação da sexualidade, pela disciplina e pelo ordenamento de comportamentos que moldam o suposto corpo produzido socialmente.

2.5.1 Jesus como Cuidador e Curador de um Cego Mendigo: análise e interpretação de Marcos 10,46-52

No centro da tradição pré-marcana de milagres estão narrativas sobre um milagreiro que desenvolve uma cristologia terapêutica, comprovada por sua qualificação particular por meio de sua atuação. Uma diferença consiste na compreensão da fé, dirigindo para além do milagre especialmente para o milagreiro. É uma fé salvífica com um significado soteriológico que transcende o evento do milagre (SCHNELLE, 2010, p. 534-5).

O evangelho de Marcos é um escrito de língua grega tingida de semitismo, próxima das tradições orais aramaicas, com uma reserva léxica pobre, de sintaxe elementar, usa o presente histórico e suas imperfeições redacionais. Sua escrita se revestiu de modéstia que traz uma vivacidade poética decorrente da rugosidade da expressão, de um relevo deixado em estado bruto. As abordagens atuais descobrem uma tecedura muito trabalhada, uma ingenuidade que ajusta o estilo ao conteúdo (COMBET-GALLAND, 2009, p. 60).

As experiências de fé do povo e de pessoas individuais manifestam-se nas narrativas de milagres de tal maneira que tornam a participação vivificadora de Jesus no poder criador de Deus visível como cura, salvamento de perigo e superação de escassez. Na comunidade pré-marcana os milagres de Jesus são um conteúdo central do anúncio. As narrativas de milagres descrevem o poder de Jesus de mediar a presença do domínio de Deus corporalmente. As curas realizam o prometido domínio de Deus como libertação do poder dos demônios e do mal. O evangelista não relativiza os milagres, mas os integra em seu conceito teológico global. Seu interesse principal é o reconhecimento de que Jesus Cristo é e permanece o mesmo como em seu sofrimento que, para Marcos, não é uma contradição de sua alteza e dignidade, pois Jesus Cristo permanece soberano até mesmo em seu sofrimento. A atuação milagreira de Jesus e seu sofrimento formam uma unidade, onde Marcos orienta a atuação de Jesus pela cruz e ressurreição, sem relativizar a revelação do divino nos milagres (SCHNELLE, 2010, p. 535-6).

Com o novo gênero de evangelho, Marcos criou para o cristianismo primitivo a memória normativa de Jesus Cristo.

A forma narrativa de evangelho permite a Marcos mostrar a relação interna entre a atuação de Jesus e seu sofrimento. Para Marcos, Jesus não é somente uma figura do passado, mas uma figura do presente e do futuro. O decisivo para ele é o fato de que Jesus pode ser entendido e crido somente a partir de sua ressurreição, pois todo o seu caminho desde o batismo até o anúncio de aparições do ressuscitado, levam ao conhecimento de sua verdadeira pessoa. Nesse contexto

não há para Marcos “tensões entre pré-pascal e pós-pascal, entre história e querigma ou nível intratextual ou extratextual”, mas seu ato criativo teológico consiste em ter entendido e exposto os fatos como uma unidade. Ao apresentar uma ligação estável e harmoniosa entre o texto narrativo e o tratamento querigmático e expor o caminho de Jesus para a cruz como acontecimento dramático, Marcos preserva a identidade da fé cristã (SCHNELLE, 2010, p. 537-8).

Em Marcos as palavras fé e crer ocorrem “quase exclusivamente na boca de Jesus, isto é, a fé em todas suas formas está relacionada constantemente com a pessoa de Jesus Cristo” (SCHNELLE, 2010, p. 546).

Nas narrativas de cura é elucidada a força de uma fé que transpõe fronteiras e que capacita as pessoas a partir de suas experiências com Jesus. O caminho da fé é para Marcos o seguimento a Jesus Cristo no sofrimento, no qual as instruções de Jesus são a norma da sua atuação, sempre vinculada aos fundamentos da missão, atuação e paixão de Jesus Cristo. O amor a Deus e ao próximo aparece como fundamento e orientação básica decisivas na vida das pessoas. É uma prescrição integral, por vir do coração e apela à razão e a todas as forças (SCHNELLE, 2010, p. 546-8).

Marcos quer levar e motivar sua comunidade tanto a um conhecimento adequado da pessoa e da obra de Jesus Cristo como à imitação prática do caminho de Jesus, o conhecimento da fé e a prática da fé são para ele uma unidade inseparável. A integração da cruz no centro do pensamento ético mostra que devemos identificar em Marcos uma “ética cristológica” (SCHNELLE, 2010, p. 549).

Assim, Combet-Galland (2009, p. 66-71), esclarece que nos relatos de milagres de Cristo há uma evidência de um encontro libertador que suscita uma admiração diante da autoridade de Jesus, e eram nesses atos que atraíam as multidões e serviam de propaganda missionária. No entanto, Marcos abre questionamentos das evidências e celebrações dos milagres. Se o milagre liberta, traz também o risco de escravizar o libertador, daí os traços novos de um Cristo que liberta provocando rupturas. Marcos não faz mistério nem guarda segredo, expõe em seus manuscritos a identidade do Filho de Deus, o percurso da vida de Jesus, os sinais da alteridade de Deus mediante um caminho de obediência para atravessar a morte.

Marcos não desenvolve uma eclesiologia acentuada como Paulo ou Mateus, visto que a conduta dos discípulos tem um caráter modelar – chamado círculo dos Doze, ou seja, eles são o elo não só histórico, mas exemplar entre Jesus e a

comunidade marcana⁷³. Marcos entende os doze discípulos como portadores legitimados da continuidade. Os doze estão autorizados e enviados para continuar o anúncio do evangelho de Jesus Cristo. A competência conferida ao Círculo dos Doze fundamenta-se a partir de sua origem: a proximidade do reino de Deus, entendida cristologicamente. As testemunhas, os mensageiros e os mediadores do evangelho permanecem em sua autoridade numa estrita relação de serviço com sua mensagem. Sua fundamentação cristológica mostra-se no anúncio jesuânico o pedido pela atuação de Deus incluindo uma atuação correspondente dos seres humanos (SCHNELLE, 2010, p. 557-8).

O texto de Marcos 10,46-52 expõe essa atuação incluindo pessoas:

⁴⁶ E foram para Jericó. Quando ele saía de Jericó, juntamente com os discípulos e numerosa multidão, Bartimeu, cego mendigo, filho de Timeu, estava assentado à beira do caminho.

⁴⁷ E, ouvindo que era Jesus, o Nazareno, pôs-se a clamar: Jesus, Filho de Davi, tem compaixão de mim!

⁴⁸ E muitos o repreendiam, para que se calasse; mas ele cada vez gritava mais: Filho de Davi, tem misericórdia de mim!

⁴⁹ Parou Jesus e disse: Chamai-o. Chamaram, então, o cego, dizendo-lhe: Tem bom ânimo; levanta-te, ele te chama.

⁵⁰ Lançando de si a capa, levantou-se de um salto e foi ter com Jesus.

⁵¹ Perguntou-lhe Jesus: Que queres que eu te faça? Respondeu o cego: Mestre, que eu torne a ver.

⁵² Então, Jesus lhe disse: Vai, a tua fé te salvou. E, imediatamente, tornou a ver e seguia a Jesus estrada afora (A BÍBLIA SAGRADA, 1993, p. 52).

A narrativa em Marcos 10,46-52 informa a respeito da figura de um cego que se encontrava na saída de Jericó, onde Jesus não exerceu nenhuma atividade. Jesus sai acompanhado do grupo dos discípulos juntamente com uma grande multidão e aparece essa figura - um cego que não compreendia o messianismo de Jesus nem sua entrega (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 255).

Na saída da cidade está sentado esse cego, que em Marcos é nomeado de Bartimeu, filho de Timeu (SPELLMEIER, 1997, p. 266).

Marcos relata um quadro belo de uma trajetória de vida, enfatizando requisitos para o Messias e para os discípulos enquanto viajam juntos “no caminho” (*em te hodos*). A identidade de Jesus é marcada de uma forma sublime nesta narrativa, que começa intitulada em “Messias” e termina em “Filho de Davi”, destacando as atitudes e ações de Bartimeu, “que serve de modelo e de

⁷³ Schnelle (2010, p. 550) destaca que a comunidade marcana reconhece a origem de sua própria missão que aparece como uma continuação legítima da atuação de Jesus. A comunidade é para ele uma comunhão modelar de seguimento, serviço, anúncio e sofrimento.

encorajamento para todos: um homem que sabia o que queria, e sabia o que fazer com isso quando o conseguiu” (MULHOLLAND, 1978, p. 168).

A narrativa do cego de Jericó é comum aos três evangelhos sinóticos, com algumas diferenças, daí a preferência por Marcos:

- a) Mateus fala de dois cegos, sem citar nomes;
- b) Lucas localiza a cura na entrada de Jericó e não na saída da cidade a caminho de Jerusalém, como o fazem Marcos e Mateus;
- c) Em ambos o relato da cura é antecedido pelo anúncio da morte e ressurreição e pelo pedido dos discípulos para se assentarem à esquerda e direita de Jesus em seu reino;
- d) Lucas não traz o pedido dos discípulos e intercala entre a cura e a entrada de Jesus em Jerusalém a história da convocação de Zaqueu e a parábola das dez moedas de ouro, alterando o contexto e o sentido e a amarração do texto (SPELLMEIER, 1996, p. 266).

Para Fritzeo (1998, p. 330), o texto se configura em duas partes, além da introdução.

⁴⁶ informação acerca do lugar (Jericó) e das pessoas (Jesus, os discípulos, a multidão e o cego Bartimeu), ou seja, Jesus e seus discípulos atravessam Jericó, na saída estava sentado o cego; observando os dias da enumeração da narrativa de Marcos, os peregrinos passaram por Jericó no sábado antes da Páscoa.

I. ^{47-48a} descreve o grande esforço do cego com fim de conseguir a cura, seu grito forte e repetido marca esta parte. Em outras palavras, Bartimeu já tinha ouvido falar de Jesus e acredita ser o “Filho de Davi”, isto é, o Messias. No evangelho de Marcos é o primeiro nível de fé em Jesus e seu envio, visto que Bartimeu implora a misericórdia de Jesus e os acompanhantes de Jesus ficam irritados com aquele socorro vindo de um cego que está na estrada.

II. ^{48b-52} o autor põe em destaque a história do esforço do cego. Os vv.51-52 demonstram o encontro com Jesus, levando a um resultado favorável, curando e monitorando, ou seja, ele clama forte com as mesmas palavras pela misericórdia do Filho de Davi, e no v. 49 Jesus intervém e pedi que Bartimeu levante e venha até ele; v. 50 o entusiasmo do cego e sua esperança do encontro; vv.51-52 o encontro e a cura, onde o cego menciona sua pobreza e pedi para voltar a ver. (FRITZLEO, 1998, p. 330-1).

O cego não tem nome próprio, é designado como o filho de Timeu – significa o Honrado, Apreciado; o sentido da expressão é “o discípulo (filho) do Apreciado”, que designa o Messias filho de Davi, em oposição a Jesus, o “desprezado” na sua terra. O cego encontrava-se sentado, imóvel, junto ao caminho – lugar onde a mensagem cai e não dá fruto, pois Satanás a arrebatava⁷⁴. O cego estava

⁷⁴ Satanás representa a figura da ideologia de poder, própria do messianismo davídico; tendo essa concepção do Messias, os discípulos aspiram ao poder e rivalizam para tê-lo. No entanto, isso impedia dos discípulos perceber a mensagem que Jesus lhes expôs sobre o destino do Filho do homem (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 256).

mendigando, ou seja, não é autônomo e nem vive por seus próprios meios, encontra-se a disposição dos outros para receber ajuda. No entanto, é nítido perceber a falta de desenvolvimento humano dos Doze, visto que o cego apresentava uma cegueira, e isto fechava seu horizonte e suas perspectivas, e havia uma dependência do judaísmo, por ser um homem mendigo (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 256).

A jornada desde Cesareia de Felipe estava prestes a acabar, pois Jesus e seus discípulos chegam a Jericó, acesso leste para Jerusalém, e estavam no caminho para Jerusalém onde Jesus seria crucificado. O cego Bartimeu, sentado e mendigando no caminho, começa a gritar para chamar atenção de Jesus (MULHOLLAND, 1978, p. 169).

O contexto é essencial e primordial para o entendimento do relato em Marcos, visto que ele determina e direciona o sentido. O relato gira em torno de Bartimeu que está no caminho de Jericó por aonde vinham Jesus e os discípulos. Divide-se em três momentos: exposição – Jesus passa e Bartimeu está sentado no caminho; cura – Jesus para e o cego se levanta; testemunho – Jesus novamente segue o caminho e Bartimeu, curado, o segue. Tudo acontece na estrada que leva os peregrinos de Jericó a Jerusalém, aproximadamente 24 quilômetros de distância (SPELLMEIER, 1996, p. 266).

Bartimeu põe-se a gritar por iniciativa própria (v. 47). A titulação que se dá a Jesus, “Filho de Davi”, indica que ele, mendigo cego, vê quem Jesus é com mais clareza do que os discípulos e a multidão que têm estado com Jesus continuamente. Embora todas as pessoas quisessem que ele calasse, sua persistência triunfa em meio a tantas pessoas (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 63).

Para Champlin (2002, p. 754), os gritos do cego representavam sua aventura para encontrar a Cristo. No mundo atual há muitos clamores de aflição, muitas pessoas tem necessidade de darem um salto de esperança, com intuito de saírem da sua enfermidade para a saúde ou saírem da sua necessidade para a riqueza.

A índole da cegueira está formulada pelo próprio cego em seu apelativo Filho de Davi, Jesus, onde antepõe o título ao nome próprio: o objeto da sua adesão é o filho – sucessor de Davi, o segundo Davi, modelo de rei guerreiro e triunfador, que vê encarnado em Jesus. E a segunda vez que se dirige a ele chama-o simplesmente Filho de Davi, acentuando o modo como concebe o messianismo de Jesus. O ideal de líder reformista e nacionalista, que os Doze projetam em Jesus, é o que se cega. O povo o expressou antes com o apelativo “o Nazareno” (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 256).

Não é claro entender o que Bartimeu entendia com a expressão “Filho de Davi”, é claro compreender que através de sua persistência estava convencido que a misericórdia de Deus apresentava-se disponível em Jesus. Grita pela atenção de Jesus e Ele o chama, mesmo estando com pressa para ir a Jerusalém (MULHOLLAND, 1978, p. 169).

O cego pede ajuda e compaixão de Jesus e mostra concomitantemente fé e falta de fé. A multidão pedia que ele se calasse, ou seja, queriam que ele não recorresse a Jesus e se mantivesse na ideologia messiânica, intimidando sua força e vitalidade de expressão. Na verdade eram os discípulos que precisavam daquela petição para se livrarem da ideia messiânica que lhes impediam o seguimento e a missão, e isto impulsionava a multidão a subir com Jesus para Jerusalém. No entanto, Jesus atende a súplica do cego e o chama, foi um ato voluntário e decisivo por parte de Jesus (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 256-7; HENDRIKSEN, 1976, p. 418).

Quanto mais os passantes o repreendem e admoestam a se calar, mais ele grita, até que Jesus parou e mandou chamá-lo.

Acredita-se que essa insistência reside no fato de que curar cegos era algo atuante dentre os sinais da vinda e atuação do Messias, do início dos tempos messiânicos.

Há dúvidas quanto aos motivos para esta ordem de fazer silêncio,

conjetura-se que possam ser de ordem política (para não chamar atenção das forças repressoras), de ordem pessoal e cultural (para não perturbar a Jesus e a compenetração da comunidade peregrina) ou de ordem de competência (Jesus, o Filho de Davi, veio, como Messias, realizar o sonho de autonomia político-religiosa de um povo todo e não para livrar da cegueira um esmoleiro individualmente). O pedido “Jesus, Filho de Davi, tem compaixão de mim” não reflete mais o sentido judaico original, pois nenhum judeu o podia dirigir diretamente ao Messias-Rei, cuja vinda já é por si um sinal da piedade de Deus, que veio para salvar seu povo e o salvador e libertador dos cegos e marginalizados se fundem (MATEOS e CAMACHO, 1997, p. 266).

Jesus fez parar o cortejo de glória, de homenagem pessoal, com intuito de ministrar a um pobre cego, incapacitado e miserável. Essa parada, para Champlin (2002, p. 754), é considerada uma parte necessária e essencial de todos os autênticos ministros espirituais. Jesus provê uma alegria por intermédio de uma correção de um problema, que aparentemente aos olhos de algumas pessoas parecia algo insignificante ou muito pequeno.

Jesus instrui seus seguidores sobre seu próprio destino de sofrimento, a necessidade de sofrimento de seus seguidores e o ideal de uma liderança de serviço, demonstrado no início da narrativa, quando Jesus é chamado de Filho de Davi. Marcos sugere o quanto os discípulos necessitavam ser curados (COLLINS, 2007, p. 506-9).

Os acompanhantes de Jesus talvez não quisessem que fosse estabelecida uma relação do Filho de Davi com um cego, pobre, mendigo, marginalizado e desfavorecido, mas Jesus responde a um chamado de fé, e faz um pouco mais, Jesus concede ao cego que veja a luz em seus olhos e com ela possa agir com liberdade e em completo movimento ao seguir Jesus.

Jesus censura os que rejeitam o cego, ele o chama e imediatamente o cego joga seu manto para o lado, como um ato de abandono, salta e vai até Jesus. Nesta circunstância Jesus dá oportunidade ao cego de expressar seus desejos fazendo uma simples pergunta, e num ímpeto ele responde de forma simples, direta e em plena segurança e certeza em suas palavras (MULHOLLAND, 1978, p. 169).

A alegria, em antecipação à cura daquela cegueira, fortaleceu as pernas de Bartimeu, e ele saltou em um grande movimento, ou seja, ele demonstra uma nítida e livre confiança em Jesus, um salto da alma, e não apenas das pernas. Bartimeu não se baixou para dobrar sua túnica, e nem pediu a alguém que cuidasse dela enquanto ele ia até Jesus, afinal não havia tempo, tinha um encontro imediato com o Mestre (CHAMPLIN, 2002, p. 754).

Quando Jesus manda os discípulos chamá-lo para perto (v. 49). Bartimeu responde com grande entusiasmo e vem ao chamado de Jesus, ele é a única pessoa no evangelho de Marcos que chama Jesus de “*Rabbuni*”⁷⁵. Interessante que Jesus não precisa tocar Bartimeu, nem mesmo precisa dizer “A tua fé te salvou!”, pois o seu grito e suas ações revelam sua profunda fé. Realmente Jesus é seu Mestre e é exatamente essa profunda confiança que Bartimeu tem em Jesus que Marcos quer evocar dos destinatários cristãos de seu evangelho (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 63).

O gesto do cego de jogar o manto para o lado é revelador, se leva em conta que o manto é figura da própria pessoa; o cego deixa de lado, de algum modo, sua vida ou sua pessoa. De fato, com esse gesto o evangelista indica

⁷⁵ *Rabbuni* é uma maneira especial de dirigir-se a Jesus, aparece no Novo Testamento apenas em Marcos e em João 20,16, quando Maria de Mágdala encontra Jesus ressuscitado perto do túmulo vazio (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 63).

que o cego/discípulos cumpre agora as condições do seguimento: renuncia à ambição de poder (renegar-se a si mesmo) e aceita a condenação da sociedade (carregar sua cruz), disposto a dar a vida. Por isso pode aproximar-se de Jesus (adotou a mesma atitude) e poderá segui-lo (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 257).

Ao Jesus fazer a pergunta ao cego, o que queres que eu te faça, nesse momento Marcos mostra novamente que o cego representa os discípulos. O cego sabe exatamente o que ele quer, o que ele precisa. Agora o cego já não chama Jesus de “Filho de Davi”, mas de *Rabbuni* – em aramaico que significa meu Senhor, Mestre, titulação que se dava ao próprio Deus, assim o cego reconheceu em Jesus o Homem-Deus, o Messias Filho de Deus. Imediatamente as palavras de Jesus “tua fé te salvou” foram imediatas, indicando a comunicação do Espírito, resposta de Jesus à adesão que o cego lhe manifestou e ao seu compromisso. Agora o cego / discípulo aceita o messianismo de Jesus, visto que recuperastes a visão, está com Jesus e pode segui-lo. Assim, o cego que vivia em isolamento e imóvel, põe-se em movimento pelo caminho seguindo a missão com Jesus (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 257-8).

Interessante que a identidade da pergunta acentua a diferença da resposta, o cego Bartimeu já cansado de estar tanto tempo sentado, deseja recobrar a visão para poder seguir a Jesus. O contraste é ensinador e a figura desse cego se transforma em modelo para todo discípulo. Autêntico discípulo é aquele que, como Bartimeu, “testemunha e proclama a sua fé, a traduz em oração perseverante e confiante, se liberta de tudo o que lhe impeça para um encontro pessoal com Cristo, iluminando por ele, o segue decidido em seu caminho” (OPORTO e GARCÍA, 2006, p. 159).

No momento em que é recobrada a visão de Bartimeu e ele segue “no caminho”, há uma demonstração do verdadeiro significado do discipulado, ou seja, ele ultrapassa todos os obstáculos existentes em sua vida a fim de alcançar o único que poderia ajudá-lo, naquele contexto Bartimeu foi visionário e sabia exatamente o que precisava em sua vida para restaurar e solucionar o seu problema mais agudo (MULHOLLAND, 1978, p. 169).

Bartimeu pede a Jesus para receber a visão, uma solicitação que contrasta profundamente com a resposta de Tiago e João a uma questão idêntica de Jesus (Marcos 10.36). Depois disso, quando Bartimeu conseguiu o que pediu, demonstrou gratidão ao seguir a Jesus, aquele que teve compaixão e o ouviu quando clamava, e solucionou o seu problema (MULHOLLAND, 1978, p. 169).

Quando Bartimeu recebeu a visão e começou a seguir Jesus “pelo caminho” (v. 52), Marcos apresenta uma suave transição para a parte seguinte do evangelho,

ou seja, o fim da estrada, Jerusalém, e o calvário. Mediante a todo este cenário é importante observar que Bartimeu oferece a sua comunidade a esperança e o exemplo encorajador desse discípulo primitivo de Jesus, visto que, a frase “seguir Jesus pelo caminho” era uma designação comum para o discipulado na Igreja primitiva da época (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 63).

A resposta de Jesus, a tua fé te curou, é um dos sentimentos mais profundos relacionando ver e crer. A fé que confia vence todos os obstáculos impostos pela vida e pelas pessoas no cotidiano. Frente a esta fé, Jesus intervém e permite um encontro pessoal e direto, e em consequência ao processo de cura, Bartimeu segue com Jesus o caminho em direção a Jerusalém (FRITZLEO, 1998, p. 331).

Interessante que a cura propriamente dita não aparece no relato, ou seja, não são reproduzidos nenhum gesto e nenhuma palavra de Jesus neste sentido, são narrados os acontecimentos centrais. No entanto, é nítido perceber que Bartimeu era um homem com vontade própria, em vez de ir como Jesus mandou, ele o começou a seguir. “A fé o transformou em sujeito de sua história, abriu-lhe os olhos, fez com que levantasse os olhos, libertou-o para o seguimento rumo a Jerusalém, rumo à cruz, espontânea e coerentemente” (SPELLMEIER, 1997, 267).

Vale lembrar que Jesus não exigia que todos os crentes se tornassem discípulos, Bartimeu não foi para Jesus a partir de previsões, mas pela paixão em Jesus, ele foi atraído pelos feitos de Jesus em sua vida, simplesmente pelo ato de cruzar e falar com Jesus (GUNDRY, 1993, p. 595).

Apesar dos acompanhantes de Jesus não quererem que fosse estabelecida uma relação do Filho de Davi com um cego, pobre, mendigo, marginalizado e desfavorecido, Jesus responde a quem o chama, a quem o busca, a quem o procura, ou seja, Jesus responde a um chamado de fé.

A partir desse ato, Jesus concede ao cego que veja a luz em seus olhos e com ela possa agir com liberdade e em completo movimento ao seguir Jesus, ou seja, aquele que veio para salvar seu povo enxerga o cego marginalizado e este virá discípulo.

Assim, essa história de milagre e discipulado torna-se o chamamento com novo ânimo de Marcos aos leitores cristãos em sua situação, em seu caminho da cruz: “Não tendes nada a temer dele! Levantai-vos! Ele vos chama!” (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 63).

Necessitados de luz para ver claramente o caminho da cruz e do serviço, aqueles que seguem Jesus são testemunhas desse acontecimento iluminador: a cura do cego Bartimeu. Esse é o último milagre onde Marcos apresenta o último sinal do poder divino de Jesus, prestes a revestir-se de debilidade no transcorrer de sua paixão (OPORTO e GARCÍA, 2006, p. 159).

Naquela encruzilhada de estradas, Jesus era assunto de muitas conversas entre o povo. Os cegos captam mais do mundo à sua volta do que se pode imaginar, e ao ouvir de Jesus leva aquele homem a crer de uma forma tão extraordinária que ele se lança sobre a sua fé, ou a fé cai em seu coração, e ele grita com todas as suas forças. Ao ouvir a voz que o chama, ele corre imediatamente em direção da voz que o chama e se aproxima de Jesus, totalmente confiante e esperançoso (POHL, 1998, p. 318).

Resumindo, somente em Marcos o cego é identificado como Bartimeu, filho de Timeu e também é apresentado como o primeiro seguidor autoconsciente de Jesus, diferente dos discípulos que foram chamados e da multidão de curiosos que o acompanhavam. O texto desdobra-se agilmente em torno de Bartimeu, que está sentado à beira do caminho, sem destino, mas “ouve a estrada que nada lhe vale, a não ser para definir sua situação de marginalidade e mendicância, torna-se um possível caminho com a passagem de Jesus” (WESTHELLE, 1990, p. 285).

A cegueira é a expressão típica da falta de entendimento da missão de Jesus, onde os próprios discípulos carecem desse entendimento, a ser iluminado pela fé em Jesus. Com a restituição da visão, a compreensão da verdadeira missão de Jesus, na fé, é que permite que se siga Jesus pelo caminho (SOARES, CORREIRA Jr. e OLIVA, 2012, p. 385).

A necessidade de Bartimeu era óbvia, e percebendo que Jesus estava presente, não excitou em pedir fervorosamente por um agir em sua vida. Em várias circunstâncias e situações as pessoas pedem pouco demais a Jesus ou pedem inadequadamente, pois a fé é pequena e o desenvolvimento espiritual é insuficiente.

É o Espírito Santo que ensina toda a verdade na vida das pessoas, e “a verdade busca sua compreensão em cada tempo e em cada cultura, assim, neste novo milênio, com o acúmulo de experiências de vinte séculos, novas luzes permitem uma visão renovada da face de Jesus” (SOARES, CORREIRA Jr. e OLIVA, 2012, p. 386).

Há muitas pessoas como Bartimeu sentadas no caminho pedindo esmolas, algumas são cegas, outras são surdas, outras com lesões nas estruturas nervosas ou no sistema nervoso central, em consequência, umas pessoas podem estar paraplégicas, outras doentes e outras ainda com idade bem avançada – vivendo e sentindo como o Bartimeu – esmoleiro, discriminado, sentado à margem do caminho, sem direção para a vida e sem direito de gritar.

Transcorrendo aos nossos dias pode-se perceber que essas pessoas vivem a margem da vida social e familiar, limitadas pela doença e deficiência, e em consequência dessas limitações em seus corpos podem se sentir humilhadas, diferentes e diminuídas. A esperança de cura dá lugar à incredulidade e desilusão, após lutarem consigo mesmas e com Deus, e depois de passarem por tantos médicos, curandeiros, milagreiros e tantas outras coisas.

O cego se agarra pela fé na única oportunidade que lhe é concedida naquele momento, assim, a partir de Bartimeu se constata que a fé vem do simples ouvir e com a fé as pessoas podem ser transformadas em sujeitos de sua própria história, não retrocedendo diante dos obstáculos, mas seguindo o chamado, deixando tudo para trás e se agarrando ao poder de Deus.

2.5.2 Jesus como Cuidador e Curador de um Paralítico: análise e interpretação de Mateus 9,1-8

Mateus parte em sua cristologia de que Jesus de Nazaré é verdadeiramente o messias e filho de Deus prometido nas Escrituras de Israel, assim, apresenta Jesus como pastor de Israel que vai ao seu povo e ergue seu reino para todas as nações. Nesse contexto Mateus sinaliza que o motivo de sua obra é a “presença e fidelidade de Deus junto ao seu povo em Jesus Cristo” (SCHNELLE, 2010, p. 559).

A leitura do evangelho de Mateus permite constatar a onipresença das tradições herdadas do judaísmo antigo. O enraizamento veterotestamentário do primeiro evangelho é significativo em virtude da abundância de citações de cumprimento que salpicam a narração, é uma prova manifesta do interesse marcante do evangelista por suas raízes judaicas; e também é significativa a preocupação com a questão do *status* e do lugar da lei e a prática da justiça (CUVILLIER, 2009, p.88-9).

Isso é bem evidenciado logo no início do evangelho de Mateus que desenvolve toda ascendência israelita de Cristo relacionando com as promessas messiânicas mencionando dois títulos cristológicos: filho de Davi e filho de Abraão. Quando Jesus Cristo aparece em Mateus 1,1 como o filho de Abraão e a genealogia começa em Mateus 1,2 com Abraão, insinua-se uma perspectiva universal (SCHNELLE, 2010, p. 560-1).

As mulheres mencionadas na genealogia são todas não judias, expressando mais uma vez um aspecto de universalidade. Na tradição de conceitos judaicos nacional políticos Mateus confere ao título “filho de Davi” um caráter especial, visto que apresenta Jesus como descendente da dinastia de Davi legitimado por uma intervenção divina e como messias, conforme as tradições judaicas (SCHNELLE, 2010, p. 569).

Mateus manifesta uma grande fidelidade e liberdade às tradições recebidas. Fala-se da compreensão que tem Mateus de seu papel de autor como o de um “escriva inspirado”, à maneira da literatura judaica do Segundo Templo. Para Mateus o ideal do escriva se inspira na noção do escriva tal como se desenvolveu nos escritos: prática da sabedoria, dom da compreensão das parábolas e dos mistérios, noção de autoridade e da verdadeira justiça, interpretação da Lei e dos profetas. Mateus conhece perfeitamente o judaísmo de seu tempo, por isso ele respeita seu ensinamento, pois considera que escribas e fariseus estão “sentados na cátedra de Moisés” (CUVILLIER, 2009, p. 92-5).

No evangelho de Mateus há um ritmo mais lento dos acontecimentos, isso dá ao leitor uma oportunidade de refletir sobre o personagem de Jesus e seus ensinamentos. No entanto, Mateus fornece um final mais completo e satisfatório do que Marcos, final que inclui uma aparição do Senhor ressuscitado aos seus discípulos (MATERA, 2003, p. 51).

Mateus se interessa grandemente pelo ministério e pelo conteúdo do ensinamento do Jesus terreno, pelo fato de ser, para sua fé, a história da intervenção decisiva e escatológica de Deus no mundo. O destino do Jesus terreno convida Mateus para uma releitura de sua própria história e da história de sua comunidade pelo prisma da história de Jesus e à luz de seu ensinamento. Assim, a narração da vida de Jesus não é simplesmente o relato de acontecimentos passados, mas é um testemunho da identidade total entre o Jesus terreno e o Jesus ressuscitado presente ao lado dos seus, e é essa identidade que fundamenta a

autoridade e a atualidade de seu ensinamento no evangelho de Mateus (CUVILLIER, 2009, p. 97-8).

Para Schnelle (2010, p. 564-9), o motivo de Emanuel, ou seja, “Deus conosco” (Mateus 1,23; 28,20), leva para o conceito do filho de Davi que cura e é misericordioso e abre a história do Jesus terreno em direção a Deus, concomitantemente vincula-se a presença permanente do Ressuscitado ao Terrestre. “Jesus aparece como o mestre único e verdadeiro, cujos mandamentos são normativos tanto para os discípulos como para o mundo inteiro”. Agora, a autoridade do Ressuscitado confere autoridade aos discípulos e também a comunidade mateana atua para missionar entre as nações, divulgar o ensinamento de Cristo e ser Igreja de Jesus.

Em outras palavras, a narração de Mateus interpreta a vida e os ensinamentos de Jesus juntamente com a história da comunidade, ou seja, é uma atualização e apropriação da história de Jesus e de seus ensinamentos na vida da comunidade. A figura dos Doze, dos quais Pedro é o porta-voz, é símbolo da condição de discípulo – aquele que segue o ensinamento de seu mestre e cumpre a vontade de Deus, mantendo-se em obediência (CUVILLIER, 2009, p. 97-8).

Para tanto, Schnelle (2010, p. 559), expõe que Mateus narra como Deus “está conosco” em Jesus no caminho da comunidade em obediência, sofrimento e promessa; articulando o Jesus terreno e o Cristo exaltado. “O predicativo de Emanuel interpreta a história de Jesus Cristo como a presença permanente de Deus em sua comunidade”, assim, Mateus deve ser interpretado como um representante de uma cristologia orientada por Jesus, pois “o próprio Deus age em Jesus Cristo”.

A cristologia de Mateus é marcada pela unidade de um Jesus que ensina, que cura, que é obediente e exemplar, pela figura que é exaltada, que está com Deus e por meio de quem Deus manifesta, sua vontade escatológica benigna a todos os povos (SCHNELLE, 2010, p. 571).

O texto de Mateus 9,1-8 trata-se de forma singular essa manifestação da vontade de Deus:

¹ Entrado Jesus num barco, passou para a outra banca e foi para a sua própria cidade.

² E eis que lhe trouxeram um paralítico deitado num leito. Vendo-lhes a fé, Jesus disse ao paralítico: Tem bom ânimo, filho; estão perdoados os teus pecados.

³ Mas alguns escribas diziam consigo: Este blasfema.

⁴ Jesus, porém, conhecendo-lhes os pensamentos, disse: Por que cogitais o mal no vosso coração?

⁵ Pois qual é mais fácil? Dizer: Estão perdoados os teus pecados, ou dizer: Levanta-te e anda?

⁶ Ora, para que saibais que o Filho do homem tem sobre a terra autoridade para perdoar pecados – disse, então, ao paraplítico: Levanta-te, toma o teu leito e vai para tua casa.

⁷ E, levantando-se, partiu para sua casa.

⁸ Vendo isto, as multidões, possuídas de temor, glorificaram a Deus, que dera tal autoridade aos homens (A BÍBLIA SAGRADA, 1993, p. 11).

A narrativa em Mateus 9,1-8 informa a história da cura do paraplítico e do perdão de seus pecados. É interessante observar que Mateus omite as descrições contidas em Marcos sobre a multidão e da dificuldade que os amigos encontraram para trazer o doente até Jesus. O efeito dessa condensação é manter em foco a temática do perdão dos pecados (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 22).

Para Luz (2001, p. 60), o texto se configura em seis partes.

I.^{2a} o paraplítico é apresentado a Jesus.

II.^{2b} Jesus fala com o paraplítico.

III.^{3a-6a} o debate central de Jesus com os escribas.

IV.^{6b} Jesus fala com o paraplítico.

V.⁷ o paraplítico marcha para sua casa.

VI.⁸ o comentário final da multidão (LUZ, 2001, p. 60-1).

A narrativa acontece ao redor de um paraplítico, deitado numa cama, que os amigos o trazem até Jesus.

Em grego *catre* é um tipo de cama facilmente transportável. Jesus percebeu qual era a maior necessidade daquele homem. O texto implica que a fé exercida não era a do próprio enfermo, e, sim, daqueles que o transportavam. O doente estava desanimado por causa do seu pecado e de sua condição física. Jesus cuidou primeiro da pior condição, mostrou sua autoridade para perdoar os pecados, e esse é outro exemplo de que suas capacidades ultrapassavam em muito a de um simples homem. Jesus agiu como se fora mais do que um simples intérprete da vontade de Deus, demonstrou a misericórdia e o perdão de Deus, assumindo a posição de Deus Pai, representando a missão especial de Jesus entre os homens que lhe fora dada pelo Pai na qual incluía a autoridade para perdoar pecados. O milagre da cura fora realizado para demonstrar a autoridade terrena do Messias. Jesus percebe sua consciência carregada de pecado. Aplica-se aqui a regra geral de sua atuação – a cura da alma ligada à cura do corpo, ou seja, perdoa todas as iniquidades e sara todas as enfermidades (CHAMPLIN, 2002, p. 348).

A expressão “sua própria casa” (v.1) significa na linguagem judaica, o lugar de residência, sendo referido nesta narrativa como Cafarnaum. Portanto, Jesus retornou a Cafarnaum, vindo da “terra dos gadarenos”, continuar se relacionando com aquela comunidade. A palavra “eis” introduz algo espetacular, súbito e inesperado naquela circunstância, pois quatro homens trazem até Jesus o paraplégico. Quando Jesus viu a fé daqueles amigos, a saber, a fé dos amigos carregadores e também do doente paraplégico, disse ao paraplégico: “Tem bom ânimo, filho, estão perdoados os teus pecados” (RIENECKER, 1998, p. 149).

O esforço dos amigos unidos a esperança de que seriam atendidos é designado por Jesus como fé. O desdobramento dessa fé, na qual o paraplégico é incluído, pode ser expressa em fatores como esforço, dedicação, solidariedade e esperança de ser ajudado. Tal fé provoca a resposta e a ação de Jesus, ou seja, o esforço por um lado, e a esperança de receber ajuda por outro lado, são vistos por Jesus como expressão de fé, que é ouvida e leva à transformação (LÜCKEMEYER, 1984, p. 454).

Os amigos expressavam uma fé solidária, no contexto da época as doenças eram vistas como castigo de Deus por causa do pecado. Mediante a isso, quantos preconceitos esse homem deve ter vivido, pois para os doutores da lei e fariseus tudo que se percebia naquele homem era resultado de algo muito grave, que somente Deus viu e não teve pena, paralisando-o completamente e permanentemente. No entanto, os amigos carregadores superaram a ideia de um Deus cruel e implacável, e “conseguem se solidarizar tornando-se os pés, as mãos e a voz do excluído e indefeso” (BORTOLINI, 2003, p. 49).

A fé dos amigos, e a conversa entre os escribas e Jesus serve para estabelecer sua autoridade para perdoar pecados e realizar curas físicas. Nesse contexto, a cura é apresentada como prova visível do poder do Filho do Homem de realizar maravilhas na esfera do mundo invisível e do mundo espiritual (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 22).

O paraplégico e seus carregadores representam dois aspectos da humanidade:

Os carregadores (alusão aos quatro pontos cardeais, indicador da universalidade) representam seu anseio de salvação; o paraplégico, incapaz de valer-se por si mesmo, a sua situação praticamente de morte. A comunidade judaica impede o acesso a Jesus, não dá passagem. Mas o anseio de salvação dos pagãos é tão grande que os carregadores não se rendem, rompem o cerco judaico. Jesus vê a fé dos carregadores (revelada em suas ações), porém fala somente ao paraplégico (prova da identidade de uns e de outro) [...]. A fé ou adesão a Jesus e sua mensagem cancela o passado pecador do homem (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 102-3).

O doente é carregado não só pelas mãos, mas também pela fé de seus amigos, sinal de que fé, embora seja uma questão individual, possui aspectos comunitários. Ela se exterioriza em confiança, frente à qual Jesus reage (BRAKEMEIER, 1983, p. 30).

Jesus contempla a fé dos amigos do parálítico, eles não se preocupam com que os outros podiam pensar, não deixaram o doente mendigar e muito menos se importaram com o costume que os outros consideravam tal enfermidade como impureza, fruto do pecado; pelo contrário, eles se aproximam do parálítico, o carregam e o trazem para perto de Jesus. Antes de Jesus, os amigos já o perdoaram. As palavras de Jesus invertem o julgamento. Apesar do parálítico, ser pecador, ele é filho e da casa. Para tanto, perdoar é a lógica das relações da casa. Ao querer reconstruir a casa, Jesus provoca a reação dos escribas incapazes de ver o que estava acontecendo de novo naquele ambiente (GALLAZZI, 2012, p. 166-7).

Ordinariamente as curas exigem a fé da pessoa a ser curada, mas aqui Jesus vê a fé na prática solidária em relação ao necessitado. Insinua-se ser a fé uma relação solidária face ao Jesus, curador e cuidador. Os amigos são uma espécie de desdobramento literário da figura do parálítico, e mediante a presença do taumaturgo aquele homem, aparentemente intruso, é acolhido como filho, é encaminhado ao centro e é comunicado a todos os presentes a boa-nova de sua reconciliação com Deus (SOARES e CORREIA Jr., 2002, p. 116; SOARES, CORREIA Jr. e OLIVA, 2012, p. 102).

Perdão é uma “atitude solidária e soberana de Jesus” (VOLKMANN, 1979, p. 198).

Jesus concentra no essencial – a disputa com os escribas acerca do perdão e cura alterando o final e dando outra justificativa para o louvor a Deus pelo povo. Esse parálítico não é qualquer pessoa, pois Jesus se dirige a ele com as palavras: “Tem bom ânimo, filho!”, os escribas não são quaisquer representantes, são os adversários de Jesus. Portanto, pode-se perceber que nas circunstâncias em que há uma intervenção de Deus na vida de uma pessoa, ele faz algo completo e integral, não se limita em ser apenas o Senhor da alma, mas toma conta do homem por inteiro (VOLKMANN, 1979, p. 201).

Jesus, cheio do poder do Espírito Santo, naturalmente tinha estes poderes num grau muito mais alto do que pode ser esperado de qualquer homem comum. Tais poderes podem ilustrar a divindade do *Logos* encarnado. Os

escribas é que blasfemaram, porque falaram (ou pensaram) palavras abusivas e caluniosas contra o Messias e, portanto, contra Deus, que dera poder e autoridade a Cristo quanto às duas coisas: curar e perdoar pecados. Não reconheceram a Cristo ou sua missão por causa da maldade que traziam no coração, posto que suas relações para com Deus não eram corretas. Jesus curou o paralisado a fim de mostrar sua autoridade em perdoar pecados e salvar a alma. Os escribas, porém, rejeitaram a comprovação (CHAMPLIN, 2002, p. 349).

O que revoltava os escribas era o fato de que Jesus perdoou a partir de si próprio diretamente os pecados do paralisado. Para os escribas, era como se Jesus expressasse uma blasfêmia, pois significava interferir num direito majestático de Deus, tendo a ousadia de perdoar pecados na terra. Na existência evidente da paralisia constata que Deus ainda não tinha o perdoado. Jesus não disse que Deus o perdoe ou muito menos Deus o perdoa ou ainda dirigiu uma oração a Deus, pois assim tudo seria tolerável e suportável, mas Jesus afirma que a partir de si próprio “Estão perdoados os teus pecados”. Para os escribas isso era intolerável, era como uma ofensa a Deus, devendo ser punido (RIENECKER, 1998, p. 149).

Pelo modo como está em Mateus, a controvérsia com os fariseus é mais importante do que a da cura do paralisado. O tema da discussão é se Jesus tem poder para perdoar os pecados. Segundo a crença popular, as enfermidades eram causadas pelos pecados [...] e, por isso, os judeus pensavam que somente Deus podia perdoá-los. Isto explica por que a atitude de Jesus lhes pareça escandalosa aos fariseus, e que sua pretensão soa como blasfêmia. Ele, contudo, deduz dos sinais que realiza como prova de que o seu poder vem de Deus. A conclusão é que Jesus atua com o poder de Deus [...]. Isto equivale a dizer que ele é o Filho de Deus. Os sinais que realiza devem levar a reconhecê-lo como tal (OPORTO e GARCÍA, 2006, p. 55).

Jesus conhece os pensamentos dos seus adversários, visto que o espírito de Jesus é determinado pelo espírito de Deus, logo é capaz de perceber o que passa no interior das pessoas. Quando Jesus lança as perguntas, para eles, ambas são igualmente fáceis ou difíceis, porém na perspectiva humana as coisas podem ser diferentes dependendo de como se pensa sobre pecado e doença. No entanto, Jesus tem por “premissa que tanto o perdão dos pecados como a cura do paralisado são impossíveis para os homens”, assim, o que Jesus faz, é milagre em ambos os casos, pois sua autoridade para curar significa também sua soberana autoridade para perdoar e vice-versa (BRAKEMEIER, 1983, p. 32).

A ideia comum é que só Deus pode conhecer os pensamentos que não são expressos em palavras, mas pelos estudos psíquicos atuais sabe-se que essa capacidade de telepatia pertencia à personalidade humana, como

também a clarividência (conhecimento de objetos sem a ajuda dos sentidos, não envolvendo a mente), a predição e o poder de curar. Algumas autoridades bíblicas crêem que antes da queda do homem essas habilidades eram muito desenvolvidas, sendo comum à natureza humana. Devemos lembrar que o homem é essencialmente um ser espiritual, possuidor de características próprias de seres espirituais. A transformação segundo a imagem de Cristo devolverá ao homem essas capacidades, que nunca foram mais desenvolvidas do que quando ainda não ocorrerá a queda; porém, atingido novamente esse desenvolvimento, os poderes da natureza humana excederão aos poderes possuídos pelos anjos. Não nos surpreende, pois, que um homem poderoso como Jesus praticasse a telepatia. Como homem extraordinariamente desenvolvido que era, naturalmente ainda tinha mais poderes do que isso. Seu desenvolvimento foi conferido pelo Espírito Santo [...] mas tal desenvolvimento passa a fazer parte integrante da personalidade, e não é mero instrumento separado. Jesus, como homem, mostrou-nos o padrão de desenvolvimento espiritual. Isso não significa, porém, que ele jamais tenha lançado mão de suas prerrogativas divinas (CHAMPLIN, 2002, p. 348).

Jesus acrescenta uma explicação à situação, dando uma lição objetiva de modo enfático aos escribas. Ao lançar a dupla pergunta, acerta exatamente no alvo; se eles queriam uma afirmação meramente exterior, então seria mais fácil dizer “estão perdoados os teus pecados”, pois exteriormente nada se vê. No entanto, o sentido dessa pergunta é totalmente outro, segundo Rienecker (1998, p. 150), “você pensam que são palavras vazias quando afirmo: estão perdoados os teus pecados? Bem, então vejam vocês próprios se a ordem que eu expressarei agora também é uma palavra vazia!”, assim, acredito que em alta voz, Jesus traz de forma clara, sucinta e magnífica outra palavra (v.6) – “ora, para que saibais que o Filho do homem tem sobre a terra autoridade para perdoar pecados – disse, então, ao paraplético: Levanta-te, toma o teu leito e via para tua casa”.

Os escribas são os que jazem paralisados pela ideologia que os põe à margem da nova “casa” em construção. O pobre enfermo e marginalizado também se sente paralisado, pois tem consigo uma ideologia introjetada em si. No entanto, o grande gesto movido por Jesus é a nítida revelação de que o poder de Deus, restaurador da dignidade dos marginalizados, está nas mãos do Filho do Homem, é poder dado ao Homem, quebrando todos os determinismos sociais fundados na ideologia do privilégio. Assim, a construção da casa retoma o acolhimento ora perdido, o colocando no caminho em direção à casa de Jesus (SOARES e CORREIA Jr., 2002, p. 120).

A denominação “o Filho do homem” apresenta Jesus como modelo de plenitude humana à qual seus seguidores devem aspirar. Em outras palavras, Jesus está disposto a entregar sua vida nas mãos dos poderosos para resgatar os seres humanos da opressão que sofrem (MATEOS e CAMACHO, 1998, p. 254).

Como o perdão dos pecados, a cura é efetuada mediante as palavras ditas por Jesus, e ao carregar o seu leito, o parálítico demonstra publicamente a sua cura, sendo toda multidão testemunha daquele milagre (BRAKEMEIER, 1983, p. 32).

Quando Jesus dá ordem para que o parálítico levantasse, deve ter existido um momento de pleno silêncio e tensa expectativa, preenchido pelo narrador com as palavras: “[...] disse, então, ao parálítico [...]”. Essa forma de narrativa baseada na visualização direta, imediata e real encontra-se nos três relatos paralelos, pois marca profundamente a memória de todos. Pela cura ter sido anunciada antes, transformou-se numa comprovação irrefutável. Com o poder da palavra “terra” Jesus se declara como representante terreno daquele que perdoa no céu (v.6). Assim, somente existe uma pessoa sobre a terra através de quem os pecados são retirados, que é o “Filho do Homem”, ele é integralmente homem, mas de forma única e incomparável, de modo que nenhum ser humano pode igualar a ele, pois ele é filho de Deus e autorizado por Deus (RIENECKER, 1998, p. 150).

O parálítico obedeceu a todas as três ordens de Jesus. No evangelho de Marcos acrescenta “imediatamente”; e no evangelho de Lucas diz “glorificando a Deus”, que é a observação mais importante, porquanto mostra que o fardo do pecado lhe fora tirado da alma (CHAMPLIN, 2002, p. 349).

O sinal dado por Jesus – o levantamento do ser humano – serve para ilustrar plasticamente a verdade de sua declaração. O mais difícil de realizar (perdoar o pecado) é o mais fácil de dizer; o mais fácil de realizar (a cura) e o mais difícil de dizer. O perdão não se vê em si mesmo, por isso é fácil de dizer. A cura pode falhar, por isso é difícil ordená-la. Para Jesus trata-se de uma só coisa: perdoar é acolher na própria casa, é entrar em nova comunhão, pecado perdoado é corpo restaurado. O levantamento do homem é ordenado como demonstração de sua igual dignidade: é tão digno quanto os sãos e assim deve ser visto. [...] O gesto de levantar o parálítico é provocador: obriga os demais a perceberem sua igual dignidade e provocamos a se posicionarem perante ele – acolherem-no ou rejeitarem-no (SOARES e CORREIA Jr., 2002, p. 119).

A declaração de que a multidão dava glórias a Deus diante da grandiosa autoridade que era dada aos seres humanos, sugere que na comunidade mateana a autoridade de Jesus para perdoar os pecados era vista como sendo transmitida aos membros da igreja (BERGANT e KARRIS, 1999, p. 22; OPORTO e GARCÍA, 2006, p. 55).

A maca e os amigos abriram caminho na multidão para o pecador e a partir das palavras de autoridade declaradas por Cristo foi possível comprovar

visivelmente nas pernas do paraplégico aquilo que antes já tinha realizado invisivelmente em seu coração. Nesse simples ato pode ser revelado a todos que somente Jesus é capaz de sarar o passado maligno de uma pessoa com “uma só palavra”, ou seja, trazer de volta ao Pai todos os filhos desgarrados, e que somente Jesus pode aliviar uma consciência oprimida, através do perdão de seus pecados (RIENECKER, 1998, p. 150).

Não cabe investigar de que maneira o estado de enfermidade do curado estava ligado ao seu pecado. Mas não há dúvida de que ele estava conectado ao sentimento de culpa. A pessoa que sinceramente anseia por salvação sempre terá como primeira necessidade em seu sofrimento reconciliar-se com Deus por causa de seu pecado. Sua maior angústia é o pecado, não a doença. Cristo encara com misericórdia essa atitude primordial, abordando-a com uma medida salvadora. Jesus estabelece a reivindicação de ser, como reconciliador posicionado e atuante entre Deus e a pessoa (RIENECKER, 1998, p. 150-1).

Luz (2001, p. 62) esclarece que nessa narrativa, é possível encontrar uma composição circular com ampla interpelação de Jesus como centro de todo contexto, e essa questão é bem evidenciada nas partes em que há um debate de Jesus com os escribas e quando Jesus fala com o paraplégico, ali Jesus ocupa o centro da cena. O clímax central da cena, claramente exposto por Mateus, aparece no perdão dos pecados (v. 2b, 5a, 6a), atraindo a atenção da multidão diante da cura do paraplégico.

Nesse contexto deixa claro que a relação de cura e perdão dos pecados nesta narrativa, atesta que muitas enfermidades e até óbitos “são juízos de Deus com o fim de disciplinar internamente a indiferença na comunidade” (HAACKER, 2006, p. 24).

Jesus ataca a raiz de todos os males que afetam o ser humano, ensinando a todas as pessoas não colocar panos quentes nas paralisias humanas, mas ir direto à raiz para libertar. Afinal, Jesus conhece as pessoas por dentro e sabia naquele contexto da época que o paraplégico não era um punido por Deus, e também conhecia a intenção das pessoas que o atacava. “Naquele tempo, os pecados eram perdoados mediante o sacrifício de animais, mas Jesus perdoadando com sua palavra, suprime o sacrifício, e indiretamente acusava seus opositores, incapazes de recuperar o doente” (BORTOLINI, 2003, p. 50).

Para tanto, a cura do paraplégico chama a atenção para a ação de Jesus mediante ao perdão de pecados, revelando que em Jesus, Deus está se revelando, indo ao encontro do homem, chamando-o e aceitando-o. Assim, o Reino de Deus

começa a ser realidade, mediante duas ações de Jesus, o perdão dos pecados e a cura, através da palavra. Deus, na sua totalidade se volta ao homem curando-o, possibilitando uma nova vida, livre de doenças para seguir seu caminho.

Para Richter Reimer (2008a, p. 79), Bartimeu é “figura paradigmática para o processo de abertura dos olhos no discipulado” permitindo a construção de identidades num processo que envolve vários sujeitos em uma inter-relação e transformação.

Somente Jesus tem o poder de perdoar os pecados, visto que é ele que pode curar o corpo e a alma. Essa sequência de perdão e cura mostra que para Jesus há uma relação entre o pecado e a doença, no sentido de que a situação de sofrimento diante de um estado de doença possa ter uma íntima consequência de um relacionamento transtornado entre Deus e a pessoa. Por essa questão Jesus vai direto a raiz do problema com intuito de restabelecer uma comunhão entre Deus e o doente, implicando numa transformação, reconstrução de um corpo sofrido e adoecido.

2.5.3 Jesus como Cuidador e Curador de uma Mulher Marcada pela Opressão e Ternura de Deus: análise e interpretação de Lucas 13,10-17

O evangelho de Lucas é o mais longo dos quatro evangelhos, tendo um vocabulário mais rico e cuidadoso do ponto de vista linguístico e literário, com um estilo mais esmerado e composição cuidadosa. Afinal, Lucas se revela um excelente e talentoso contador com estilo narrativo diferente de Marcos e Mateus. O empréstimo narrativo de Marcos constitui 35% do evangelho de Lucas, sendo que a prática do autor consiste em seguir a ordem de Marcos, retomando largas fatias de sua narração, tendo uma estratégia narrativa oposta à de Mateus, que reagrupa os materiais de diversas proveniências por suas afinidades temáticas, ou seja, reorganiza em grandes reagrupamentos. Lucas imprime sua interpretação tecendo relações entre as pequenas unidades herdadas, operadas mediante o papel programático, a simetria, a contextualização e o fio temático (MARGUERAT, 2009, p.110-9).

Lucas caracteriza o tempo de Jesus como tempo livre de Satanás e, assim, como o centro do tempo. É possível perceber como Lucas tem um interesse particular em Jesus como profeta, assim, coloca Jesus com algumas particularidades, como: Jesus se volta aos pobres, Jesus é um ser humano e com

atitude humana, Jesus sempre emoldurado por orações, ou seja, Jesus ora constantemente em todas as circunstâncias e até mesmo ora sozinho (SCHNELLE, 2010, p. 626-36).

O que interessa a Lucas não é a história profana, mas a história na qual Deus intervém. Aos seus olhos, a história de Deus e a história dos homens não são divorciadas (MARGUERAT, 2009, p.126).

Lucas partilha essa convicção com a historiografia veterotestamentária e judaica: se a história não prova a existência de Deus, serve para reconhecer suas intervenções. A história se torna, em sua narração, história da salvação, com a condição de não se colocar sob essa expressão uma instalação do divino na história nem, no outro extremo, limitar a intervenção de Deus a uma proclamação sem efeito sobre os acontecimentos do mundo. Há história de salvação porque homens, sob a ação da palavra de Deus, provocam uma história e a vivem. O relato de Lucas convida a uma leitura teológica da história (MARGUERAT, 2009, p. 127).

O Jesus de Lucas é um homem de compaixão, generoso com gestos de cura. Lucas não cessa de afirmar que a vinda do Messias satisfaz as promessas que foram feitas a Israel e se inscreve na espera despertada pelos profetas. Assim, dentre todos os evangelistas, Lucas é o que insiste mais nas implicações éticas da fé e também reporta grande importância ao papel ativo das mulheres na cristandade (MARGUERAT, 2009, p. 129-33).

Como narrativas, os textos que tratam de curas, podem ser considerados como mediação por parte de quem recebe, seleciona, organiza e transmite por escrito os elementos da narrativa, dispondo-os de tal forma que forneçam aspectos viáveis para a sua compreensão. Assim, a narrativa é como um ‘terceiro tempo’ que refigura imaginativamente algo que deve ter ocorrido no passado, almejando “ocupar o lugar desse passado, substituindo-o a verdade do acontecido” (PESAVENTO, 2004, p. 50).

São várias as formas de trazer alguém à presença de Jesus⁷⁶. No entanto, os evangelhos sinóticos oferecem apenas três narrativas, onde mulheres estão diretamente implicadas na busca e na vivência de cura, como a mulher com hemorragia⁷⁷, a mulher cananeia / siro-fenícia e a mulher encurvada (MACHADO e RICHTER REIMER, 2011, p. 132).

⁷⁶ A esse respeito, veja, por exemplo, Richter Reimer (2008a, p. 83-113), onde se elenca as variáveis de busca por socorro junto a Jesus: a) a própria pessoa doente estabelece a busca e o contato; b) pessoas amigas e/ou familiares o fazem; c) o próprio Jesus o realiza.

⁷⁷ Há que se considerar também a menina de 12 anos, que está narrada intrinsecamente com a ‘mulher hemorrágica’. Estando ela já em idade de procriar, pode também ser considerada mulher.

Dessa forma, queremos finalizar as narrativas de milagres abordando a narrativa do evangelho de Lucas 13,10-17, que se transmite a memória de uma doença, do encontro de Jesus com ela e da cura, como se nela existisse,

convergência entre uma função de representância, que se opera no domínio da produção, na relação que se opera entre a construção da narrativa histórica e o passado preservado nos traços que restam, e a função da significância, presente no domínio da leitura, na relação entre o mundo do texto e o mundo do[a] leitor[a] (PESAVENTO, 2004, p. 53).

Pelo que se pode observar essa narrativa de cura não opera ou não é alcançada pela nossa compreensão em nível da veracidade, mas da verosimilhança e, como tal, atua como representação de uma relação libertadora entre Jesus e uma mulher doente, num contexto sinagoga sabático que, por ser um local público, também implica outras relações.

No marco de uma sinagoga e em dia de sábado, Jesus cura uma mulher que estava parálitica há dezoito anos, essa cura é inserida como um exemplo da cegueira espiritual. O chefe da sinagoga é incapaz de compreender o que estava acontecendo diante de seus olhos, a saber, a irrupção do Reino que traz saúde a essa mulher (OPORTO e GARCÍA, 2006, p. 225).

O texto de Lucas 13,10-17 evoca Jesus essa mulher, mas de forma discreta:

¹⁰ Ora, ensinava Jesus no sábado numa das sinagogas.

¹¹ E veio ali uma mulher possessa de um espírito de enfermidade, havia já dezoito anos; andava ela encurvada, sem de modo algum poder endireitar-se.

¹² Vendo-a Jesus, chamou-a e disse-lhe: Mulher, estás livre da tua enfermidade;

¹³ e, impondo-lhe as mãos, ela imediatamente se endireitou e dava glória a Deus.

¹⁴ O chefe da sinagoga, indignado de ver que Jesus curava no sábado, disse à multidão: Seis dias há em que se deve trabalhar; vinde, pois, nesses dias pra serdes curados e não no sábado.

¹⁵ Disse-lhe, porém, o Senhor: Hipócrita, cada um de vós não desprende da manjedoura no sábado, o seu boi ou o seu jumento, para leva-lo a beber?

¹⁶ Por que motivo não se devia livrar deste cativo, em dia de sábado, esta filha de Abraão, a quem Satanás trazia presa há dezoito anos?

¹⁷ Tendo ele dito estas palavras, todos os seus adversários se envergonharam. Entretanto, o povo se alegrava por todos os gloriosos feitos que Jesus realizava (A BÍBLIA SAGRADA, 1993, p. 83).

A narrativa informa a respeito dessa mulher encurvada, com uma doença que deve ter sido causa de muito sofrimento nas suas múltiplas relações do cotidiano e em todo processo de sua vida. A mulher é anônima e dela se diz que estava doente

há 18 anos, sem poder se endireitar (Lucas 13,11). Aqui se apresenta a doença como causada por um "espírito de enfermidade", um "espírito de fraqueza" (*pneuma asthenéias*), o que depois é interpretado em Lucas 13,16 pelo próprio texto como "Satanás" (RICHTER REIMER, 2008a, p. 97).

A respeito do imaginário e das concepções acerca das causas de doenças na Antiguidade, pode ser percebido que, no entendimento da comunidade, Satanás é quem mantém as pessoas presas, gerando-lhes também doenças (MACHADO e RICHTER REIMER, 2011, p. 132).

O termo utilizado para caracterizar a doença da mulher, que a mantém assim encurvada, é *synkyptusa*, termo técnico utilizado naquele contexto histórico para descrever doenças que afetavam a coluna⁷⁸. O texto é bem enfático e característico nas informações, demonstra o enorme sofrimento e o imenso esforço que ela tinha que fazer para se locomover nas rotinas diárias, aquela mulher estava tão encurvada há tanto tempo que "não conseguia desencurvar-se em absoluto" (RIENECKER e ROGERS, 1988, p. 134).

Provavelmente cheia de dores, ela entra na sinagoga, pois certamente ouviu falar que o Jesus que curava estava ali.

Em outros textos de cura, são as pessoas com deficiência que tomam a iniciativa de pedir o milagre, vão em direção de Jesus, gritam, entram em diálogo com Ele. Jesus pergunta o que querem e então a cura se dá por meio de um gesto de Jesus. Agora essa mulher estava aquém até das outras pessoas com deficiência, porque com toda sua deformidade na curvatura da coluna, era impossibilitada de ver Jesus, pois era mais fácil olhar para baixo, diminuía sua dor (MÜLLER, 1997, p. 71).

A narrativa, portanto, descreve a doença como uma fraqueza tão generalizada que vai encurvando a mulher na totalidade, caracterizando-se como uma enfermidade de longa duração comprometendo os sistemas muscular, articular, esquelético e neurológico. Atualmente, pode-se nomear esta doença que causa deformidade de espondilite anquilosante, ou seja, doença inflamatória sistêmica crônica, de etiologia desconhecida, que afeta a coluna vertebral em indivíduos geneticamente predispostos⁷⁹ (SHORT *apud* MORRIS, 2010, p. 210).

Observando a narrativa em perspectiva de histórias de vida e interpretando-a também simbolicamente, o 'estar encurvada' pode indicar para o fato de a mulher

⁷⁸ Definição de Rienecker e Rogers (1988, p. 134): "Palavra médica para a curvatura da coluna (RWP)".

⁷⁹ Esse diagnóstico foi afirmado por Short (*apud* MORRIS, 2000, p. 210).

estar diminuída não só de tamanho ou aparência, mas estar limitada em vários sentidos: não conseguir respirar harmoniosamente, ter dificuldade nas relações afetivas e sexuais, alimentar-se com dificuldade, ingerir líquidos de forma restrita, não conseguir visualizar o horizonte com precisão e muito menos ao seu redor com cabeça erguida, além de intensas dores musculares, articulares e provavelmente irradiações nervosas (MACHADO e RICHTER REIMER, 2011, p. 133).

Além dessa caracterização da doença da mulher, outro detalhe narrativo a ser observado é este lugar onde e a partir do qual se fala da mulher (Lucas 13,10-11). A importância desse detalhe tem a ver com o *constructo* teológico sistemático que afirma que, no Judaísmo, mulheres não podiam entrar e estar na sinagoga. Há, então, um versículo bíblico que questiona essa afirmação generalizada e mostra que o espaço sinagoga, também e talvez especialmente no sábado, era lugar aonde também mulheres vinham para ouvir os ensinamentos de Jesus e buscar força, consolo e - por que não? - ajuda e cura.

Devido tal importância do lugar aonde acontece essa cura, atemo-nos ainda por um momento para destacar mais alguns detalhes e fazer algumas observações a respeito do significado da sinagoga naquele tempo. Uma busca lexical mostra que a prática de Jesus ensinar na sinagoga é informada pela última vez nessa passagem de Lucas,⁸⁰ provavelmente também por causa da organização estrutural do material do evangelho: em seguida começa a 'subida' a Jerusalém, onde o Templo - e não mais a sinagoga - ocupa lugar central (MORRIS, 2000, p. 210; RICHTER REIMER, 2007, p. 69-76).

A sinagoga era o espaço público aberto durante toda a semana para atividades diaconais e de instrução. Aos sábados, contudo, esse era o espaço público apropriado para o culto sabático, serviço realizado pela manhã e à tarde⁸¹ (OTZEN, 2003, p. 142).

Como dito acima, no tempo de Jesus, a sinagoga era um espaço público para vivência da espiritualidade judaica que se expressava aos sábados por meio de celebração de culto, de ensino e aprendizagem da Torá, recitação de normas talmúdicas etc., e durante a semana era um lugar público que servia como escola e

⁸⁰ Veja ainda acerca da importância das instituições religiosas como Templo e sinagoga nos evangelhos e em especial em Lucas, em Richter Reimer (2007).

⁸¹ Maiores informações veja Otzen (2003, p. 142). O autor também informa que, na Diáspora, nesse espaço também eram realizadas as grandes festas judaicas, na impossibilidade de todo o povo peregrinar até Jerusalém.

também como hospital e abrigo para pessoas peregrinas e necessitadas. Em termos de ‘funcionários’ havia apenas um “chefe de sinagoga” e um ajudante. O primeiro era responsável pela direção do culto, zelando pelo andamento da reunião. O ajudante trazia o rolo da Escritura e pedia que os membros da comunidade, conforme escolhidos pelo “chefe da sinagoga”, cumprissem os rituais para oração, canto e pregação (LOHSE, 2000, p. 149).

A leitura do texto sagrado (no caso, profetas) era feito por leitores preparados para isso, como refletido em Lucas 4,16-17.

Com isso, pode-se argumentar que Jesus pode ter sido um dentre esses membros que atuavam no culto sinagoga sabático. E como ele, havia muita gente preparada para essas funções e que as realizavam, possivelmente em rodízio, a exemplo também dos sacerdotes do baixo clero no Templo.

Curando-a, Jesus a transforma em uma mulher normal, que não vai mais enfrentar as barreiras que outras pessoas com deficiência tinham que enfrentar na época. Essa cura desvia a atenção e a força das pessoas com deficiência para tentarem viver uma vida digna. Desvia para a expectativa de um milagre, que se sabe, não aconteceu com todos. Tira das outras pessoas com deficiência a esperança de viverem com o corpo que têm, e serem valorizadas para colocá-las na situação de serem somente aceitas quando seus corpos forem perfeitos (MÜLLER, 1997, p. 73).

É nesse espaço e nesse tempo especial que Jesus e a mulher se encontram. Jesus estava ensinando no sábado e nada parece ter impedido a mulher de estar ali. É ali que Jesus vê essa mulher em profundidade, percebe profundamente sua vida e seu sofrimento, e então a chama para junto de si.

As pessoas têm seus espaços sagrados. As sociedades também possuem lugares sagrados [...]. Qualquer espaço, qualquer tempo e qualquer objeto podem tornar-se sagrados. Tal lugar adquire um valor especial e passa a ser diferente [...]. No espaço sagrado há um reconhecimento da hierofania, isto é, da manifestação do sagrado. Ali as pessoas sentem a presença de Deus. [...] O lugar sagrado se compara também à porta. É pelo limiar da porta que as pessoas entram em casa. Por isso a porta representa a abertura para o próprio espaço e a abertura para a divindade. Ela representa a comunicação com as pessoas e a comunicação com Deus. [...] Esse espaço sagrado está associado fortemente com o caminho. A maioria dos lugares sagrados atrai peregrinações. Peregrinar é outro impulso vital da humanidade (SILVA, 2009, p. 83).

A sinagoga não se mostra, aqui, como espaço de exclusão, mas é espaço de anúncio e ensino e de busca por socorro, de experiência da libertação e de inclusão. Esta narrativa torna-se necessariamente, pois, um *locus* a partir de onde e por sua

própria causa a questão da (não) participação igualitária da mulher da vida da sinagoga deve ser revisto. Aqui, no caso, o que se observa é que a presença da mulher nesse espaço sagrado e se torna prerrogativa para Jesus encaminhar um processo de cura ativa e participativa, vendo e chamando a mulher que, com certeza, dirige-se a ele com enormes dificuldades (RICHTER REIMER, 2008a, p. 104).

Em todo caso, na dinâmica narrativa, Jesus interrompe sua 'pregação', seu ensino sinagoga e dá prioridade à necessidade daquela mulher manifesta em sua 'encurvatura' – a doença torna-se prioridade em relação ao discurso (QUÉRE, 1984, p. 31-4).

Dentro da hermenêutica feminista, já na década de 1990 foi salientado que esta narrativa representa a tradição mais antiga das curas em dia de sábado (SCHÜSSLER FIORENZA, 1992, p. 157-8).

Diálogo controverso entre Jesus e o sumo-sacerdote (Lucas 13,14-16) não demonstra que Jesus, "para salvar / curar vidas", tivesse transgredido a Torá do sábado. Ao contrário, ele cumpre a Torá, quando coloca a vida acima da lei, como também o faziam e continuaram fazendo vários rabinos, como já demonstrado no próprio texto em Lucas 13,15⁸² (REIMER e RICHTER REIMER, 1999, p. 53-5).

Impondo-lhe as mãos, ele a cura. Endireitada, sai dando glórias a Deus pela libertação da dor e por poder reiniciar nova vida, agora ombro a ombro com as outras pessoas e com olhos nos olhos (MÜLLER, 1997, p. 71).

O gesto da imposição de mãos é relevante, porque o toque faz parte das curas taumatúrgicas. É na relação que se estabelece a cura: a mão no corpo (cabeça, pés, vestes) é o 'meio' pelo qual o poder dinâmico transformador (*dynamis*) divino é liberado (WENZEL, 1998, p. 57).

Acontecido o gesto, o texto continua: A mulher "imediatamente se endireitou de novo e louvou a Deus" (Lucas 13,13). Endireitada em seu corpo, coluna ereta, a mulher se pôs imediatamente a dar glória a Deus. De acordo com a narrativa, a mulher o realiza ainda no espaço público sinagoga, e assume, portanto, papel protagonizante no anúncio daquilo que ela pôde vivenciar.

⁸² A respeito de curas e outras atividades que podem ser feitas em dia de sábado, dentro da normalidade interpretativa da Torá, conforme consta no Talmude, veja REIMER e RICHTER REIMER, 1999. Para rever a discussão acerca dos 'fariseus' como se fossem um grupo homogêneo, leia MIRANDA e MALCA, 2001.

Jesus liberta a mulher de sua enfermidade no contexto sinagoga sabático, e, no embate com seu parceiro de discussão, ele argumentou sua ação pela própria herança bíblica que ambos (sumo-sacerdote e Jesus) tinham em comum: ele a chama “filha de Abraão” (*tygatéra Abraám*), algo único nos evangelhos, mas que em algumas traduções (como A Bíblia na Linguagem de Hoje) aparece como “descendente de Abraão”, o que lhe tira a brizância dentro do contexto conflitivo, aonde geralmente só se fala de “filhos de [...]” (MACHADO e RICHTER REIMER, 2011, p. 134).

Jesus pensa que o sábado é um tempo de liberdade. A Misná (obra que contém as tradições judaicas) proibia atar e desatar um nó (laço) em dia de sábado. Jesus recorre aqui à prática habitual dos camponeses de Israel, num bom sentido, desatavam o nó (laço) de seu gado pra dar-lhe de beber. Com muito mais razão, conseqüentemente, se podia libertar essa mulher de sua longa enfermidade. A reação da mulher enferma, em contraste com o presidente da sinagoga, é a de louvar a Deus. Compreendeu que a cura é uma manifestação da onipotência e da bondade de Deus, que se tornou presente na atividade de Jesus. Desatando essa mulher [...] Jesus continua a obra de libertação que Deus havia iniciado no êxodo. E assim a mulher não é só curada, mas recobra a sua identidade como filha de Abraão. A reação dos adversários de Jesus e do povo transcende esse acontecimento e expressa o comportamento habitual de uns e outros; enquanto os dirigentes de Israel se opõem a Jesus, o povo se alegra por ver que o Reino de Deus trazia a plenitude da vida humana (OPORTO e GARCÍA, 2006, p. 225).

Passada a discussão entre Jesus e o sumo-sacerdote (13,14-16), a perícopa finaliza de acordo com a estrutura literária de tais relatos: a reação das pessoas que vêem, ouvem, dialogam e discutem. De um lado encontram-se os companheiros de discussão⁸³ que ficaram envergonhados devido à demonstração argumentativa e curadora de Jesus e, de outro lado, “todo o povo empobrecido” (*pás hó óchlos*) que se alegrou imensamente com as maravilhas presenciadas (13,17): quem se alegra é exatamente o povo empobrecido, destinatário primeiro da graça de Deus manifesta e ativa em Jesus (Lucas 4, 16), no meio do qual viviam muitas mulheres doentes e empobrecidas, crianças despossuídas de poder e a massa de empobrecidos homens⁸⁴. Para tanto, essa mulher encurvada pode ser representada como a vida, a realidade, o sofrimento e a alegria de todo esse povo carente de tudo e agraciado pela compaixão, cuidado, acalento e ternura divinas em e entre as pessoas (RICHTER REIMER, 2006).

⁸³ O termo grego *antiqueimoi* remete para a oposição e resistência a argumentos da palavra, mas não a uma pretensa inimizade ou hostilidade ‘nata’ dos ‘judeus’ em relação a Jesus. Trata-se, aqui, de uma discussão das tradições sabáticas do povo ao qual Jesus pertencia.

⁸⁴ A respeito das relações socioeconômicas no Império Romano, veja diversos capítulos no livro de Richter Reimer (2006).

Isso quer dizer que uma mulher considerada impura por causa de uma deficiência é colocada no centro de um ato e de uma discussão de Jesus e é apontada como irmã daqueles que se diziam homens perfeitos, ou seja, “Jesus chama a mulher com deficiência à frente como filha de Abraão para chamar a atenção dos poderosos e do povo em geral de que ela tem valor em si mesma, que é parte integrante da vontade de Deus” (MÜLLER, 1997, p. 71).

Müller (1997, p. 71) esclarece ainda que, aquela mulher tinha o olhar sempre para baixo e nunca na altura dos olhos dos outros, e isso gerava uma relação de inferioridade com as outras pessoas. No entanto, quando ela entrou na sinagoga e, antes de ver Jesus, ela já é percebida por ele. Jesus a chama e ela atravessa a sinagoga, impulsionada pelo tempo em que ficara com dor e marginalizada, e vai em direção a Jesus. Apesar de saber que estava fazendo algo impróprio, ela não desistiu, pois recebeu naquela ocasião um chamado forte e decisivo. Jesus não lhe perguntava nada, pois sua coragem de ir a frente demonstra a sua vontade de ser curada e de ver suas funções restabelecidas.

Para a análise da narrativa da enferma aqui proposta, pode-se perceber e observar que esse imaginário religioso não se limita simplesmente a essa mulher, mas a um problema sociocultural generalizado. Nele, essa mulher exerce função de representação para outras pessoas que se encontram em situação semelhante, assim, a doença reflete interrupção comunicativa entre as pessoas em suas relações sociais em todos os níveis, causando exclusão, marginalização e anomia, e a cura representa a superação do mal, como ação simbólica, na (re) construção de uma vida digna em suas múltiplas relações (RICHTER REIMER, 2008a, p. 65-7).

Neste contexto Lucas descreve a misericórdia, atitude interior, não em termos abstratos, mas de forma que designa gestos benéficos que caracterizam a capacidade emocional de percepção de Jesus, ou seja, Jesus conduz ao restabelecimento da dignidade e da ética na vida de uma mulher, a partir da sua necessidade (BOVON, 2002, p. 484-6).

Jesus anuncia para aquela mulher a sua liberdade, endireitando-a e assim restaurando-a sua aliança de pertença ao povo. “Além de uma doença física, esse estar encurvada também pode ser entendido simbolicamente, chamando atenção para os poderes que oprimem as mulheres”, ou seja, toda espécie de violência psicológica, sexual, física, econômica, teológica e emocional (BLASI, 2012, p. 258-9).

O mais interessante em todo esse contexto era que não foi a mulher que procurava por Jesus, ela estava ali na sinagoga, Jesus a vê e deseja libertá-la de seu longo sofrimento.

Em outras palavras, acredito que Jesus se compadeceu do sofrimento daquela mulher, seu coração encheu de compaixão, a chama e a toca, e ela imediatamente se endireita e louva a Deus. Nessa circunstância, Jesus demonstra a importância de cada pessoa no Reino de Deus, independente de ser mulher ou ter uma doença física ou mental.

É perceptível que curar é um ato humano mediado por Deus, e a cura não é direcionada apenas à parte doente, pelo contrário, ela se estende a pessoa doente como um todo, pois não há possibilidade de uma doença manifestar numa parte isolada do corpo ou apenas numa região específica do corpo.

Diante de um estado de doença o corpo em sua totalidade adocece e junto a esse cenário as pessoas envolvidas e em contato com esse doente também podem adoecer, justificando a cura com a finalidade de restabelecer a força vital e a vida em sua profundidade, visto que a saúde dos corpos não vem sozinha, há outras bênçãos que chegam ao doente e também à família.

Portanto, toda a cura para ter êxito precisa de alguma forma ser levada em consideração as preocupações reais da pessoa doente e não apenas os sintomas físicos. Jesus em muitas curas adiciona palavras ou frases que indicam que a cura se estende para uma dimensão espiritual, pessoal, individual e de cuidado, como exposto na narrativa de Mateus 9,1-8 “estão perdoados os teus pecados”; em Marcos 10,46-52 “vai a tua fé te salvou”; e em Lucas 13,10-17 “está livre da tua enfermidade”.

2.6 A ESPIRITUALIDADE EM TEMPOS DE SOFRIMENTO E ALEGRIA MANIFESTA NA VIDA CRISTÃ DE PESSOAS

É bem verdade que repetidas vezes nos comportamos como cegos, surdos, mudos, paralisados e até mesmo encurvados diante da dor, do sofrimento e dos gemidos da criação de Deus, e necessitamos do milagre que Bartimeu experimentou, que o parálítico de Cafarnaum viveu e que a mulher encurvada provou. Ou seja, de tanto espiritualizar, de tanto querer olhar as coisas do mundo através dos olhos de Deus, quando ele as está olhando através dos olhos das

peças sofridas em nosso meio, tornamos cegos para a dor e marginalização das pessoas deficientes e acabamos mutilando-as e mutilando-nos diante de Deus.

Na narrativa de Marcos 10,46-52 o cego está assentado no caminho da peregrinação de Jesus, ou seja, ele vai até o Filho de Davi e se põe a gritar por um pedido de libertação.

A cura de Bartimeu sinaliza que em Jesus iniciou-se o reinado do Messias escatológico. É um reino caracterizado pelo serviço, pela cruz, pelo caminho, pelo grito dos marginalizados e pela sua redenção. O grito de dor e de rebeldia contra o destino de marginalização de Bartimeu é uma manifestação de sua fé no Filho de Davi e o transforma em sujeito de sua história e libertação, superando sua cegueira para seguir voluntariamente Jesus como discípulo rumo a Jerusalém, para vê-lo morrer na cruz, ou seja, o reino é construído a partir do marginal, e na fraqueza manifesta-se a sua glória (SPELLMEIER, 1997, p. 269).

A liberdade começa a ser gestada pelo grito, e nada o impedia de gritar e quanto mais o repreendiam, mais alto gritava. A cegueira era a limitação que seu próprio corpo lhe impunha e a mudez era uma imposição social. Jesus escuta seu grito rebelde e manda chamá-lo. O interessante é que Jesus não vai ao seu encontro, espera-o; a decisão foi dele e num ímpeto ele salta lançando de si a capa e só depois que Jesus o chama (WESTHELLE, 1990, p. 285).

Na Palestina era costume que esmoleiros pusessem a capa a sua frente (a segunda das duas túnicas da indumentária comum) para recolher os donativos. A capa não é um empecilho físico para saltar e correr, mas representa a barreira social da mendicância. A capa para recolher donativos era o que o separava da estrada e definia sua condição de marginalidade (WESTHELLE, 1990, p. 285).

Para Westhelle (1990, p. 285) o gesto tem um profundo significado simbólico, pois o que o alienava do “caminho” era a condição de mendigo, vivendo em condição sub-humana se retendo da vida em plenitude. Romper com esquemas, sistemas, o grito, o salto e a rebeldia são a incorporação da fé. Bartimeu torna-se sujeito, não aceita mais o lugar que a sociedade o colocava, e com isso chega a Jesus e expressa o objeto de seu desejo. Bartimeu decide seu próprio caminho, e isso foi possível pela fé que se fez grito, salto e rebeldia. Jesus o despede com a vista restaurada, mas ele não vai embora, pelo contrário, segue pelo caminho que o havia salvado, “seguiu ao causador de sua fé e de sua salvação”. O caminho que salva, salva porque é o caminho.

Na narrativa de Mateus 9,1-8 na qual as quatro pessoas amigas que trazem o paraplítico a Jesus são consideradas como agentes de cura, ou seja, numa relação de ajuda pastoral, a empatia se concretiza a três: o enfermo (o ajudado), o agente de pastoral (o ajudador) e Jesus Cristo. Quem fortalece o ajudado e o ajudador é o próprio Deus (RÜCKERT, 2008, p. 350).

O paraplítico é trazido a Jesus na esperança de encontrar auxílio junto a ele, e quando todos esperam que Jesus o cure, ele surpreende a multidão com o anúncio: “estão perdoados os teus pecados”, e somente após a argumentação dos escribas que Jesus dá outro passo anunciando e curando o paraplítico. A partir desse contexto é perceptível um restabelecimento da comunhão entre Deus e o homem; e Jesus se evidencia como o portador da salvação escatológica (VOLKMANN, 1979, p. 199).

Na narrativa de Lucas 13,10-17 Jesus quem faz a mulher se colocar a caminho; ele a vê profundamente no espaço sinagoga e a chama para engendrar libertação e reestruturação de sua vida.

Num contexto sóciocultural de exclusão por causa da doença daquela mulher, Jesus realiza a cura de uma mulher que, mesmo com deformações visíveis e doloridas em suas estruturas físicas, estava ali, na sinagoga, aprendendo os ensinamentos e dedicando seu tempo sabático aos conhecimentos e ensinamentos da Torá. Tais deformações físicas podem trazer consigo um sentimento e uma postura de distanciamento, de repulsa, de aversão, de exclusão e de horror por parte dela própria e de outras pessoas.

É por isso que Jesus poderia ser representativo também para quem nele continua crendo nos dias atuais, ele olha e vê em profundidade as pessoas, chama para junto de si, impõe as mãos e anuncia um maravilhoso e memorável ato de amor e compaixão para com as pessoas, que podem ser representadas por todas as que vivem encurvadas pelas agressões da vida e da própria psiquê na sua mais profunda interioridade egocêntrica.

Em compreensão teológica, trata-se, aqui, de três narrativas de milagres de cura. Como tal, fazem parte da esfera de coisas e das relações de causa e efeito invisíveis, indemonstráveis e inexplicáveis, e que se tornaram visíveis e vivenciáveis no corpo doente. As narrativas de milagres reivindicam o poder amoroso e transformador de Deus e apresentam algumas características básicas:

Contexto religioso de relação interpessoal de fé, confiança entre pessoa(s) e divindade, seu agente; a pessoa necessitada não é cliente, mas devota que

implora a Deus; Jesus profere uma palavra e/ou realiza um ato; a cura acontece como reciprocidade e não como coação; a cura está inserida num contexto maior de obediência e cumprimento da vontade de Deus pelo agente; a ação de Jesus não prejudica ninguém (RICHTER REIMER, 2008a, p. 61-2).

Ainda hoje tal amor e tal cuidado podem ser capazes de reerguer vidas, restaurar vidas e criar novas condições de inclusão e dignidade.

Para tanto, Jesus se integra na saúde e na vida das pessoas em toda sua totalidade oferecendo àquelas que necessitam acolhimento, amparo, misericórdia, cuidado, qualidade de vida, bem-estar, enfim, uma chance real para a satisfação completa de suas necessidades.

A práxis terapêutica de Jesus contempla o que na atualidade a OMS, afirma sobre a saúde que não é apenas ausência de doença, mas é o estado de completo bem-estar⁸⁵ físico, espiritual e social. Com essa definição, a concepção de cura transcende a compreensão de doença/saúde que se limita a distúrbios psicofísicos da pessoa.

Afinal, qualidade de saúde não está relacionada apenas com bem-estar objetivo, ou seja, com as condições de vida da pessoa, mas tem uma íntima relação com o bem-estar subjetivo, isto é, a percepção que as pessoas têm dos domínios da sua vida. “O bem-estar subjetivo manifesta-se através da satisfação com a vida e de respostas emocionais, ligadas aos motivos pelos quais as experiências pessoais se dão de forma positiva”, assim, tanto as crenças religiosas como o envolvimento religioso podem influenciar positivamente o bem-estar subjetivo das pessoas (GARRETT, 2009/2010, p. 11).

Embora a definição da OMS proponha um quadro de saúde idealizado e generalizante, ela se aproxima muito de visões de cura das antigas e novas religiões, distanciando-se, desta forma, da compreensão que se baseia numa divisão entre corpo e alma, apoiada por uma noção estreita de medicina, que se ocupa do corpo e delega a alma para as religiões e igrejas (BOBSIN, 2008, p. 249).

As políticas em saúde e a formação dos profissionais colocam a prioridade no controle da morbidade e mortalidade. Na atualidade este quadro tem sido remodelado havendo uma preocupação não apenas na frequência e severidade das

⁸⁵ OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo e definiram qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*The WHOQOL Group apud FLECK, 2000, p. 34*).

doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades cotidianas, medidas de percepção da saúde e medidas de disfunção funcional. Para tanto, foi desenvolvido o instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* apresentados nos instrumentos de qualidade de vida WHOQOL-100⁸⁶ e WHOQOL-Bref⁸⁷ (FLECK, 2000, p. 34-5).

O WHOQOL-SRPB⁸⁸ é um instrumento genérico que amplia o construto espiritualidade criado para os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, em que é representada de forma reduzida, objetiva mapear a espiritualidade em diferentes países, mediante a constatação da relevância do módulo: espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais para o conceito de qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde (ALMINHANA e NOÉ, 2010, p. 262).

Nessa perspectiva de análise, mediante tais instrumentos, a OMS identificou cinco áreas prioritárias para o desenvolvimento de módulos:

Pessoas sofrendo de doenças crônicas (epilepsia, artrite, câncer, diabetes); pessoas que cuidam de pessoas doentes ou com limitações decorrentes da doença (quem cuida de pacientes terminais); pessoas vivendo em situações de estresse intenso (campo de refugiados); pessoas com dificuldade de comunicação (com distúrbio severo de aprendizado) e crianças (FLECK, 2000, p. 37).

A partir desses instrumentos a espiritualidade pode ser definida como a “busca pessoal pela compreensão de respostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, o significado e a relação com o sagrado ou transcendente”. O grupo WHOQOL-SRPB não conecta a espiritualidade à religião, observando que as pessoas com pontos de vista agnósticos ou ateístas também podem ter uma vida espiritual rica (FLECK e SKEVINGTON, 2007, p. 148).

⁸⁶ Consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas, e estas são compostas por quatro perguntas. Além das facetas específicas, o instrumento tem perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 2000, p. 35).

⁸⁷ Instrumento mais curto consta de 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida, e as demais representam as 24 facetas do instrumento WHOQOL-100, no entanto, cada faceta é avaliada por apenas uma questão (FLECK, 2000, p. 36).

⁸⁸ São incluídas facetas como sentido da vida, admiração, totalidade / integração e esperança / otimismo, apesar de não serem religiosidade e espiritualidade estão associados ao envolvimento religioso. Embora possa parecer que alguns desses conceitos não tenham explicitamente evidências de componentes espirituais em si, as definições orientadoras incluíram componentes de espiritualidade e, portanto, esse significado é abarcado, ou seja, partindo da perspectiva de avaliação da qualidade de vida, ter uma crença profunda – religiosa ou não – poderia dar um significado transcendental à vida e às atividades do dia-a-dia, funcionando como uma estratégia para conseguir lidar com o sofrimento humano e os dilemas existenciais (FLECK e SKEVINGTON, 2007, p. 147).

Além da OMS, existem outras organizações de saúde que enfatizam a importância da íntima relação entre espiritualidade e saúde tais como o *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, o *American College of Physicians* - Estados Unidos e o *Royal College of Psychiatrists* - Reino Unido (MOREIRA-ALMEIDA, 2009, p. 6).

A proposta de tais organizações está voltada para outra direção, direção esta ampla e voltada para a pessoa, ou seja, ter qualidade de vida é uma das formas de cura e cada caso merece ser avaliado mediante a melhor forma de ação e postura.

Buscar possibilidades reais de cura e acesso a ela, além de alertar e informar as ações de prevenção da deficiência podem significar ações terapêuticas tanto ao doente quanto a pessoa cuidadora, garantindo ou proporcionando em ambos, novas relações entre as pessoas e possibilidades de busca da autonomia e exercício da cidadania, suprimindo anseios, angústias, necessidades e desejos de cura.

No AT Deus é apresentado como Senhor sobre a doença e sobre a cura, sendo que “a cura não acontece numa relação vertical individual, mas abrange a todos pelo perdão que possibilita vidas e sociedade novas”. Já no NT a cura não tem um fim em si, bem como não é um espetáculo, pois é simplesmente um sinal do Reino de Deus (BOBSIN, 2008, p. 251).

Assim como no AT, na nova aliança a cura não se restringe a uma relação individual com Deus, mas alcança o universo das nações, como em Apocalipse 22,2:

No meio da praça, de um lado e de outro do rio, há árvores da vida que frutificam doze vezes, dando o fruto a cada mês; e suas folhas servem para curar as nações (BOBSIN, 2008, p. 251).

Nessa perspectiva e contexto das reflexões em torno de que saúde é um estado de completo equilíbrio físico, mental e social, e não apenas uma ausência de doença. A cura e a luta pela saúde e bem-estar contra as doenças significa organizar estratégias e meios terapêuticos para que a pessoa possa transformar sua vida numa vida de significado e sentido partindo de uma [re] construção e [re] significação pessoal e social de sua realidade.

Assim, considero que saúde, tanto da pessoa doente quanto da pessoa envolvida nos cuidados, não possa ser apenas um estado de bem-estar, mas deve conduzir as pessoas a ter uma melhor qualidade de sua vida e satisfação do que realiza no seu cotidiano.

Diante de novos paradigmas e conceitos saúde pode ser considerada como uma capacidade da pessoa ser transformada e redimensionada em uma pessoa melhor em toda sua totalidade de seu ser, com desejos, liberdade, esperança, amparo, confiança e amor, seja na doença ou na saúde, e isso somente é conquistado e atingido a partir de uma vida vivificada, reconstruída, restabelecida e ressignificada a partir da espiritualidade na vida diária e cotidiana das pessoas.

3 O CUIDADO ESPECIAL E INTEGRAL JUNTO ÀS PESSOAS CUIDADORAS DE DOENTES CRÔNICOS

A única cura...é o amor.
(Madre Teresa)

A pessoa não encontra a cura ou a felicidade sem agir, sem movimentar, ou seja, buscar a cura é descobrir, encontrar e conhecer o cuidado especial e integral.

No senso comum, curar significa eliminar, erradicar a doença, mas no dicionário encontram-se as seguintes definições para curar: restabelecer saúde, debelar doenças e feridas, fazer (alguém) perder defeito moral ou hábito prejudicial (FERREIRA, 1988, p. 191).

A doença pode ser um indicativo de um caminho de saúde, é a doença que nos faz parar e refletir do que estamos fazendo com nosso corpo e que o predispõe adoecer com tanta facilidade. Muitas vezes as doenças são vozes gritando para dizer que existem algumas coisas erradas no nosso modo de viver, e que carecemos de cuidados.

Sem dúvida, no caso da saúde e da doença o verbo curar/cuidar é muito significativo e apropriado. Cuidar da saúde sugere atenção antes da instalação da doença. Cuidar da doença ou do doente significa ter cuidado para a saúde não se deteriorar ou o doente não piorar. Como resultado do cuidado é muitas vezes o retrocesso da doença e a melhora do organismo, curar, curar-se, passou, por metonímia, a significar sarar. [...] Quando se diz que o médico cura, geralmente se entende que ele consegue fazer a pessoa sarar. O remédio cura porque contribui para que o organismo reaja e se recupere. Aplica-se um curativo não simplesmente porque se cuida de uma ferida, mas porque se aplica um elemento ativo que contribui para a reação restauradora do organismo. A cura, então, pode ser entendida como cuidado e como resultado desse cuidado, a recuperação da saúde. O conhecimento moderno estabelece que a saúde se recupera com os cuidados higiênicos, alimentares e outros que se prestam ao enfermo, e que a doença é impedida com os cuidados que se prestam à saúde. Nesse sentido, tanto a remediação como a prevenção são formas de cuidar ou de curar (PAIVA, 2007, p. 99-100).

A importância dos agentes estressores na esfera da saúde é reconhecida pelos profissionais da saúde no desencadeamento de doenças e cada vez mais se associa a saúde ao modo como a pessoa vive, ou seja, a ação prolongada de estressores leva o organismo a esforços de adaptação que em muitos casos provocam vários tipos de doenças, além de comprometer o sistema imunológico, desde distúrbios viróticos, como um simples resfriado ou herpes até um câncer (COUTO, 2004, p. 69).

Para tanto, a saúde é o elemento fundamental para a vida, assim pode ser percebido que saúde tem uma íntima relação ao corpo, ao bem-estar e a qualidade de vida, neste sentido a definição da OMS para saúde fundamenta-se em um ser humano íntegro, completo em todos os aspectos, seja físico, mental, social e político. Doença não pode ser considerada como o oposto de saúde, mas deve ser pensada a partir dela, ou seja, quais os reais motivos que conduziram ao corpo tal condição de doença, com essa condição é possível superação do medo e da culpa.

Para Peres et al. (2007, p. 140) o bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde e longevidade, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais. A partir do envolvimento religioso e espiritualidade as pessoas apresentam melhores índices de saúde, maior longevidade, habilidades de manejo, qualidade de vida; menor índice de ansiedade, depressão e suicídio; e diminuição do desespero e do desamparo.

A busca pela cura é a descoberta do cuidado; sem o movimento, não há relação e, sem relação, não há cura nem cuidado; o cuidado conduz pessoas para transformações concretas no modo de viver; sempre existem curas, mesmo quando há doenças não curáveis, pois é possível encontrar o cuidado em qualquer condição; todas as pessoas podem promover cura, basta descobrir a dimensão do cuidado e, por meio dele, o carinho, o toque, a alegria de contagiar vida; a prevenção é também um importante elemento de cura, cuidar da alimentação, do corpo, dos sentimentos é um caminho da saúde plena (RANGEL, 2010, p. 66).

“Saúde é o silêncio dos órgãos” (COUTO, 2004, p. 48-49).

Essa frase define um bem-estar pela via de uma não percepção do que está em funcionamento no corpo. Na maioria das vezes esse silêncio é quebrado pela dor, mecanismo de alerta que vem nos acordar para o que há de errado na saúde das pessoas, ou seja, as pessoas só imaginam que tenha algo de errado em suas vidas quando percebe alguma dor. No entanto, a realidade produz impactos surpreendentes e traumáticos na vida das pessoas. Os estados de suspensão, as crises vivenciais e de angústia fazem parte da condição humana, assim, não há garantias de que o encontro com o real seja previsível, nem é possível assegurar a manutenção da realidade psíquica de maneira estável. O sofrimento decorrente da dor de viver é, também, a dor que se objetiva e se concretiza via traumatismos da vida (COUTO, 2004, p. 48-49).

O agravamento das alterações decorrentes de estados agressores e estressores acabam por interferir na vida cotidiana, na qualidade de vida e bem-estar do doente e especialmente da pessoa que cuida desse doente.

Assim, estudar a vivência da saúde como a espiritualidade revela o quanto as pessoas são marcadas por fragilidades e vulnerabilidades.

Nessa perspectiva a pessoa cuidadora de doentes torna-se objeto presente desse estudo, pois o cuidador é uma pessoa que pode se tornar um doente.

Suas fragilidades e desconfortos interferem grandemente no vasto campo psicoespiritual e psicoemocional afetando o que há de mais íntimo na sua pessoa, ou seja, sua espiritualidade, seu sentido da vida, seus valores, suas relações interpessoais, sua administração da vivência do tempo, da vida afetiva, da vida emocional, da vida social, dentre tantos outros elementos.

Em algumas circunstâncias o prolongamento da vida se dá à custa do convívio com formas abrandadas ou assintomáticas das doenças.

Apoiado ao amplo conceito da OMS de que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, o foco exclusivo no estudo das doenças na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas como resiliência⁸⁹, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade (PANZINI et al., 2007, p. 107).

Como qualidade de vida é um constructo subjetivo e multidimensional e foi definido pela OMS como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, sua avaliação pressupõe perguntar ao sujeito como ele avalia o que está acontecendo na sua vida (NASCIMENTO et al, 2013, p. 145).

O adoecimento pode desorganizar a vida de uma pessoa cuidadora, todos os seus movimentos, suas atitudes e seu funcionamento fisiológico estão intimamente relacionados ao seu psiquismo, e as enfermidades que se desenvolvem em seu corpo têm estreita relação com seus sentimentos, emoções, seu funcionamento psíquico e com sua história de vida (COUTO, 2004, p. 49).

Qualquer enfermidade tem seu conteúdo psicogênico, ou seja, a enfermidade pretende ser um modo de comunicação, de expressão de sentimentos, conflitos e vivências. É ela quem pede socorro pelo sujeito, pois muitas vezes quem sofre de *distress* pode não ter a consciência de seu mal-estar, paralisando-o ou levando-o a

⁸⁹ Provém do latim, do verbo *resilire*, o que significa saltar para trás ou voltar ao estado natural. A resiliência não é um fenômeno estático, mas um processo complexo que envolve os recursos pessoais, ambientais, relacionais e o engajamento em uma situação adversa para sua posterior superação (PESSINI, 2010, p. 141).

ter respostas inadequadas, assim, o desgaste a que as pessoas são submetidas no seu processo de viver é um dos co-fatores mais potentes no desenvolvimento de doenças e desconstrução da própria identidade (COUTO, 2004, p. 49-56).

Nesse ciclo, entre o início e o fim, a vida das pessoas é marcada por alegrias e tristezas, sorrisos e lágrimas, sofrimentos e busca de realização.

Os acontecimentos podem ter um significado e ser qualificados como bons ou maus, justos ou injustos, bem como podem ser interpretados como fatos do acaso e sem sentido algum; e são frequentemente moldados pelas crenças religiosas (ou falta delas) e experiências. Na atualidade ainda existe um grande desafio: encontrar um sentido maior para viver, aprender a equilibrar esperança e desespero e saber viver com a inevitabilidade existência do sofrimento e da morte (PESSINI, 2010, p. 135).

A busca de apoio e conforto na fé e na espiritualidade pode propiciar um senso de significado e de entendimento ao cuidador, o qual deve melhorar a sensação de bem-estar e de satisfação com a vida (COUTO, 2004, p. 190).

Fé é a confiança que se tem na realização de alguma coisa, a certeza de atingir determinado fim, em suma, é acreditar, e isto pode manifestar-se no ser humano de diferentes formas (PANZINI et al, 2007, p. 110).

A partir de tais conexões coloca-se a questão da cura entrelaçada aos conhecimentos religiosos. No movimento de Jesus o cuidado pelos doentes e pelas famílias era uma das manifestações mais evidentes de sua presença no mundo, onde em algumas situações considerava a cura como fim em si mesmo e em outras situações a cura era um sinal de outra realidade final (PAIVA, 2007, p. 100-1).

Relacionado aos indicadores de boa qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental, estão associados os níveis de envolvimento religioso. Ou seja, o envolvimento religioso tende a estar inversamente relacionado à depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Habitualmente, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde das pessoas é mais intenso entre as pessoas com estresse ou em situações de fragilidade. Por outro lado, o envolvimento religioso também pode se associar aos piores indicadores de saúde quando há ênfase na punição e na culpa, conflitos religiosos, intolerância ou atitudes passivas diante de problemas (MOREIRA-ALMEIDA, 2009, p. 4-5).

Dependendo do tipo e do uso, as crenças religiosas podem proporcionar maior aceitação, firmeza e capacidade de adaptação a situações difíceis de vida ou podem gerar culpa, dúvida, apreensão, tristeza e insegurança, ou seja, o envolvimento religioso pode gerar na pessoa envolvida tanto uma orientação para sua vida de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca por cuidados médicos, quanto pode ajudá-la a integrar-se numa comunidade e motivá-la ao tratamento (MOREIRA-ALMEIDA e STROPPIA, 2009, p. 2).

A relação dos seres humanos entre si e a sua interação com o meio dependem da acolhida do mistério do humano como imagem de Deus e da dignidade sagrada da vida humana. Ao mesmo tempo grandiosa e humilde, esta concepção do ser humano como imagem de Deus representa uma bússola para as relações entre o ser humano e o mundo criado, e é a base que permite avaliar a legitimidade dos progressos técnicos e científicos que têm impacto direto sobre a vida humana e sobre o meio ambiente (BRUSTOLIN, 2006, p. 458).

A busca pela cura é um dos elementos mais fortes da fé na vida das pessoas, ou seja, é a busca pelo cuidado, pela atenção, pelo amparo, pelo amor. No latim primitivo cura significa cuidado, atenção, diligência e zelo; vem do verbo *curo*, *curare* com significado de cuidar de, olhar por, dar atenção a. Para tanto, o cuidado especial e integral (físico, social, emocional e espiritual) envolve uma dimensão ampla e profunda no campo da ética e da compaixão, assim, pode-se dizer que promovemos cura à pessoa doente e ao cuidador de doentes quando cuidamos, quando damos atenção às pessoas, aos seres e às plantas, mesmo que esse cuidado não reside na eliminação de um estado de doença. (RANGEL, 2010, p. 64).

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele, me disponho a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida (BOFF, 2011, p. 91).

Para cuidar da pessoa em toda sua totalidade, é preciso estar presente como uma pessoa inteira, do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar com o outro torna limitada.

O cuidar/cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado somente de forma interpessoal;
O cuidar/cuidado consiste de fatores que resultam da satisfação de certas necessidades humanas;
O cuidar/cuidado inclui aceitar a pessoa não somente como ela é, mas como ela virá a ser;

Meio ambiente de cuidar/cuidado proporciona o desenvolvimento do potencial da pessoa, ao mesmo tempo, que lhe permite escolher a melhor ação para si; O cuidar/cuidado refere-se mais à saúde do que a cura (HEIMANN, 2003, p. 122).

Pela cura as pessoas se movem em vários sentidos, como foi observado na descrição das narrativas do cego Bartimeu, que foi até Jesus; do paraplégico que os amigos o levaram até Jesus; e da mulher encurvada onde Jesus foi ao seu encontro e a curou.

Na maioria das circunstâncias, não era Jesus quem tomava a iniciativa de curar o doente, mas Jesus reagia conforme os pedidos que lhe eram solicitados, às vezes o pedido, o amparo vinha da própria pessoa doente, ou das pessoas que estavam próximas do doente e se importavam com aquela causa e queriam um destino melhor e com melhores condições para tal pessoa.

A partir dos milagres de Jesus as pessoas tinham a oportunidade de abrir o coração e a mente à Palavra de Deus vivida nas palavras e nas ações de Jesus, pois provocava a conversão e a mudança de vida mediante a instauração do Reino de Deus, ou seja, os milagres de Jesus destinavam a trazer ajuda concreta, material e curativa na vida das pessoas (CORREIRA Jr., 2005, p. 18).

Era possível que o enfermo mesmo clamasse: *Filho de Davi, tem compaixão de mim!* (Mt 9.27, Mt 20.30). Ou podiam ser os quatro amigos que baixaram o paraplégico [...], aos pés de Jesus (Mc 2.3ss). Às vezes, o pedido por socorro provinha da mãe ou do pai do doente (Mt 15.22, Mc 5.21-24). Jesus responde, reage à necessidade que lhe apresentada (HAACKER, 2006, p. 31).

A partir do ‘buscar⁹⁰ pela cura’ as pessoas são conduzidas ao encontro e ao crescimento da espiritualidade, pois para buscar é nítido perceber, através das narrativas e da vida cotidiana, que as pessoas precisam ir ao encontro, ou seja, as pessoas precisam movimentar, precisam se colocar no caminho ou serem colocadas nesse caminho; somente assim, a pessoa descobre, encontra e conhece o cuidado.

Para tanto, descobrir saúde é mais que vivenciar uma cura, é estar em equilíbrio com corpo saudável e em harmonia, que convive, resiste e supera as doenças e as adversidades impostas pela vida.

Para Adams (1999) “saúde é uma vida vibrante e feliz, na qual você utiliza ao máximo o que possui, com enorme prazer”. Um corpo feliz e saudável com uma vida

⁹⁰ O significado da palavra buscar na língua portuguesa é descobrir, encontrar, procurar, conhecer, achar o significado e esforçar-se (RANGEL, 2010, p. 64).

feliz e cheia de sentido, e uma integridade entre doença e cura, morte e vida, enfrenta qualquer episódio de desequilíbrio, seja com sofrimento ou com tristeza, impedindo que as doenças tenham mais força do que as resistências do corpo.

A tradição bíblica da cura é vasta e complexa, significa curar as feridas e a partir dela está a compreensão da importância do cuidado da vida e das necessidades ameaçadoras do espírito, o conhecimento da fonte destas feridas e um conhecimento da ligação entre corpo e espírito. Nessas circunstâncias, a partir do apoio, as pessoas são ajudadas e auxiliadas diante da inevitabilidade de certas doenças e da morte, ou seja, é estar com pessoas confrontadas com as realidades da vida e da morte: a pobreza, a inevitabilidade de doenças terminais, a incondicionalidade de envelhecer (FARRIS, 1996, p. 21-2).

Pode-se dizer, em substância, que o apoio pode ser mediado pelo sagrado, onde designa realidades que representam valores essenciais e ideais, das quais o homem se vê beneficiário. Essas realidades “comportam o interdito de transgressão, porque sua violação destruiria o próprio sentido de existência solidária desses valores; [...] e elas são percebidas como inerentes ao mundo e reveladoras de um mistério” (PAIVA, 2007, p. 103).

Estar e cuidar de pessoas necessitadas e doentes envolve ajuda a pessoas com profundas dúvidas existenciais: ocorrem doenças para as quais não há cura, há situações financeiras e sociais para as quais há pouca esperança de mudança e limitações no corpo humano das pessoas que não podem ser mudadas. O apoio é o processo de nutrir a fé de que a esperança está em Deus (FARRIS, 1996, p. 22).

A fé diz respeito ao ser humano integral, é algo que move a pessoa em seu todo e não está relacionado somente a um ou outro aspecto: fé é o ato mais íntimo e global do espírito humano. Ela não é um processo que se dá numa seção parcial da pessoa nem uma função especial da vivência humana. [...] Ela tem a ver com o jeito pelo qual fazemos as apostas de nossa vida. Ela modela as formas em que investimos nossos amores mais profundos e nossas lealdades mais caras (STRECK, 2006, p. 67-8).

Assim, nos textos bíblicos e na vida cotidiana é perceptível que a promoção da saúde passa pelo enfrentamento, pelo relacionamento, pelo encontro e pelo toque terapêutico, e quando existe uma relação e um cuidado há uma consequente cura física ou cura da alma.

A busca pelo sagrado, pela espiritualidade, pelo significado e pelo sentido da vida, e em alguns casos a convivência com a doença crônica e o encontro do estado

de saúde ou equilíbrio, proporciona à pessoa uma possibilidade de viver uma vida com cuidado, com amparo e com alegria genuína.

É possível viver uma vida em toda sua totalidade e profundidade que lhe é permitido a cada dia, sendo um ser humano, com condições de se aprimorar, se reestruturar e se ressignificar a cada situação em sua vida, não perdendo, ou buscando novamente, sua valorização e sua dignidade do que há de mais essencial e vital em vida, ou dentro de si mesmo.

3.1 O ENFRENTAMENTO DOS ESTADOS ESTRESSORES VIVIDOS NO COTIDIANO PELA PESSOA CUIDADORA

O enfrentamento dos problemas decorrentes de doenças incapacitantes ocasiona uma desorganização no funcionamento familiar e na vida da pessoa cuidadora, podendo divergir dependendo da fase em que a doença se encontra.

O enfrentamento tem sido estudado em função de seus estilos, estratégias ou como processo. Os estilos estão mais relacionados a características de personalidade do indivíduo ou aos resultados do próprio enfrentamento, enquanto as estratégias referem-se a cognições ou a comportamentos direcionados a uma situação específica causadora de estresse. Na perspectiva de enfrentamento como processo, parte-se do princípio de que as respostas de enfrentamento apresentadas por uma pessoa podem mudar ao longo do tempo e de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. Nessa concepção, uma pessoa pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento, em situações distintas. [...] Dessa forma, o que torna uma experiência estressante não é o evento em si, mas as avaliações que as pessoas fazem da situação, o que leva à percepção do estressor como uma ameaça, dano ou desafio (FARIA e SEIDL, 2005, p. 383).

“Tudo o que causa uma quebra do equilíbrio interno, que exige uma adaptação pode ser chamado de um estressor”. Assim, é importante ressaltar que “a completa liberdade do estresse é a morte” (ALMINHANA e NOÉ, 2010, p. 263).

A pessoa atingida vê-se forçada a experimentar e enfrentar sentimentos de estranheza e não familiarizada neste mundo, onde sentia segura e confortável, ocorre o confronto com a modificação significativa do eu anterior e faz-se necessária uma adaptação a um novo eu, talvez limitado (DETTMANN, 2001, p. 15).

A pessoa percebe que o melhor nestas circunstâncias é aprender a lidar com os agentes estressores ou agressores e confrontar-se com a finitude, aprendendo a lutar com todas as forças e com todos os meios disponíveis contra as ameaças da

vida. Precisa se precaver contra todo e qualquer esquema, afinal, não há um manual que explique exatamente como atravessar e por quanto tempo atravessar este sofrimento ou adversidade (HAACKER, 2006, p. 40-41).

Em outras palavras, o estresse é a “somatória resultante das respostas inespecíficas do organismo, produzidas pela ação prolongada do estressor” (ALMINHANA e NOÉ, 2010, p. 262).

Essas respostas inespecíficas podem ser reações fisiológicas e emocionais do organismo que independem da natureza do evento estressante, ou seja, uma infecção, uma intoxicação, grande prazer por algo, grande dor por algo. Constituem estressores que solicitam ao organismo certo trabalho de adaptação, somados à ação específica de cada um desses agentes (ALMINHANA e NOÉ, 2010, p. 262-3).

O evento inicial, ou seja, o aparecimento imediato de qualquer doença denominada fase aguda, conduz aos membros da família uma maior disponibilidade, de uma forma que não é necessariamente a habitual, essa fase constitui um momento ameaçador à vida. Após essa fase se estabelece a fase crônica, período caracterizado pela instalação das deficiências e debilidades, ou seja, é a fase onde a doença impõe seus desequilíbrios e limitações funcionais, o doente resigna-se à sua passividade e dependência do outro. É neste período que são estabelecidos os vínculos com os profissionais da saúde para o restabelecimento e reintegração às funções laborais e sociais (EUZÉBIO e RABINOVICH, 2006, p. 65).

A doença é sempre uma situação de crise, um acontecimento estressor, que produz efeitos na vida do doente e da família. Apesar das alterações das funções e das estruturas familiares registradas nas últimas décadas, continuam a serem, na maioria dos casos, os familiares diretos do gênero feminino que maioritariamente apoiam estes doentes, desempenhando assim o papel de cuidadores informais. O desempenho desse papel interfere com aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores informais predispondo-os a conflitos (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 132).

O impacto de todo esse processo de estresse mediante uma doença cria um desequilíbrio entre os membros da família. Um membro não funciona mais, a rotina do dia a dia é interrompida e outros assumem os cuidados especiais.

A insegurança sobre diagnósticos e prognósticos causam inquietações, medos, angústias e preocupações, principalmente quando o doente está em uma fase terminal.

Existem dois tipos de estresse: o bom estresse – que é consequência da pressão e dos desafios das demandas de nosso cotidiano, possuindo um tempo de duração onde é pró-ativo e sendo alternado por momentos de relaxamento; e o mau estresse – que seria o desenvolvimento de um estado crônico de estresse, onde a reação permanece mesmo após o cumprimento das tarefas e dos desafios diários, estando geralmente ligado a estressores como a depressão, a solidão e a falta de esperança (ALMINHANA e NOÉ, 2010, p. 263).

Na maioria das situações os familiares são os primeiros a receberem as informações do estado de saúde do seu doente, há uma dificuldade de lidar com tal circunstância e passam a não saber como se relacionar com o doente e podem entrar num verdadeiro caos existencial, por não saberem lidar com a perda e a dor psíquica. Diante dessa situação os familiares podem isolar o doente, e essa atitude tende a aumentar a solidão do doente e os cuidados aos doentes podem tornar motivos de conflitos entre os membros da família (TIMM, 2006, p. 18).

É fato que a exposição prolongada a esse estresse pode afetar o bem-estar de quem cuida por depletar os recursos físicos e psicológicos da pessoa cuidadora.

De acordo com Garrido e Menezes (2004, p. 840) o bem-estar declina linearmente ao longo do tempo com a exposição contínua a uma situação estressante.

Quando nos confrontamos com os limites de nossas forças, podemos e devemos nos lembrar dos limites de nossa existência. A arte de morrer (*ars moriendi*) precisa ser exercitada na vida, na medida em que reconhecemos a liberdade de Deus de dispor sobre a nossa vida. Quando experimentamos a debilidade de nosso corpo e estamos totalmente entregues, confrontamo-nos com Deus como se ele fosse uma rocha, uma rocha de que não podemos desviar nem tirá-la do caminho. Nesses momentos, vale relativizar os planos e as esperanças, se possível, soltar os desejos mais profundos do coração e aprender a soletrar a verdade [...] (HAACKER, 2006, p. 26).

A partir da identificação da existência de estados agressores na vida de cuidadores de doentes, os familiares cuidadores devem ter uma postura ética e cuidar empaticamente para não isolar o doente.

Machado (2006) averiguou se a pessoa cuidadora de doentes crônicos apresentaria quadros de ansiedade e depressão, diante dos cuidados realizados no dia a dia (em crianças com sequelas de Paralisia Cerebral do tipo Quadriplégica e adultos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico) e executou um rastreamento das atitudes utilizadas por estas pessoas cuidadoras para lidar com as ações diárias de banho, higiene e alimentação.

Para a execução dessa investigação foi necessário utilizar 04 instrumentos que investigaram, avaliaram e classificaram o limiar de depressão e ansiedade existente entre cuidadores de doentes crônicos de crianças e adultos dependentes totais de cuidados diários, conforme verificado a partir do Índice de Barthel⁹¹ (MACHADO, 2006).

A amostra constou de medidas derivadas do Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* - BAI)⁹² construído para medir sintomas de ansiedade, compartilhados de forma mínima com os de depressão. Constitui-se de 21 itens, com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade avaliadas pelo sujeito, numa escala de 04 pontos, refletindo níveis de gravidade crescente de cada sintoma: Absolutamente não; Levemente, não me incomoda muito; Moderadamente, é muito desagradável, mas posso suportar; Gravemente, dificilmente poderei suportar (ITO e RAMOS, 2000, p. 146).

A Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D)⁹³ adaptada por Kaplan, que apesar de ter sido desenvolvida há mais de 40 anos, mantém sua posição de escala administrada e mais usada mundialmente em pesquisas científicas. É escala padrão de comparação com outras para diagnosticar quadros depressivos. Possui 03 versões contendo 17, 21 e 24 itens. No estudo de Machado (2006) foi utilizada a versão de 17 itens, que são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, com uma pontuação variando de 0 a 50 (MORENO e MORENO, 2000, p. 71-84).

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI)⁹⁴ não é um instrumento projetado para finalidades diagnósticas, mas possibilita avaliar a presença de transtornos depressivos. Constitui uma medida de autodepressão, usado tanto em pesquisa como na clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas

⁹¹ Classificado em 10 critérios de cuidados pessoais, continência e mobilidade: alimentar-se, mudar da cadeira de rodas para a cama e voltar, higiene pessoal, ir e voltar ao banheiro, banhar-se, andar em superfície plana, subir e descer escadas, vestir-se e controlar o intestino. Na escala de 10 itens o total pode variar de 0 a 100, sendo: 0 – 20 = Dependência Total; 21 – 60 = Grave Dependência; 61 – 90 = Moderada Dependência; 91 – 99 = Muito Leve Dependência; 100 = Independência (JACKSON, 2004, p. 852).

⁹² O escore total é o resultado da soma dos escores individuais, permitindo a classificação em níveis de intensidade da ansiedade, que são os seguintes: 00 – 07= Ansiedade em grau mínimo; 08 – 15= Ansiedade em grau leve; 16 – 25= Ansiedade em grau moderado; 26 – 63= Ansiedade grave (MACHADO, 2006).

⁹³ As pontuações totais foram consideradas a seguinte: 00 – 07 = Normal; 08 – 13 = Depressão Leve; 14 – 18 = Depressão Moderada; 19 – 22 = Depressão Grave; Acima de 23 = Depressão Gravíssima (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

⁹⁴ Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI, recomendam-se os seguintes pontos: < 10 = Sem Depressão ou Depressão Mínima; 10 – 18 = Depressão Leve a Moderada; 19 – 29 = Depressão Moderada a Grave; 30 – 63 = Depressão Grave (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

e validado em diferentes países. A escala original de 1961 consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (GORENSTEIN e ANDRADE, 2000, p. 89-95).

O Inventário de Estratégias de Enfrentamento (*Coping*)⁹⁵ também foi investigado na amostra das pessoas cuidadoras de doentes crônicos com comprometimento motor de grau moderado a grave, sendo constituído por 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, podendo ser definido a intensidade do uso por meio de uma escala: 0 = não usei esta estratégia; 1 = usei um pouco; 2 = usei bastante; 3 = usei em grande quantidade (SAVOIA, 2000, p. 380-1).

As habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptação são denominadas *coping*. O *coping* é definido como todos os esforços de controle, sem considerar as consequências, ou seja, é uma resposta ao estresse com a finalidade de reduzir as qualidades aversivas. O *coping* é uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal. A tendência a escolher uma determinada estratégia de *coping* depende do repertório individual e de experiências reforçadas. O *coping* tem duas funções: modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema causador de *distress* – *coping* centrado no problema; adequar à resposta emocional ao problema – *coping* centrado na emoção. O *coping* centrado no problema e na emoção influencia-se mutuamente em todas as situações estressantes (SAVOIA, 2000, p. 379-80).

O tamanho amostral foi calculado, chegando-se a um número de 60 sujeitos, 30 pessoas cuidadoras de doentes com disfunções pediátricas (Paralisia Cerebral

⁹⁵ Folkman e Lazarus (1985) esclarecem o inventário é dividido em oito fatores:

Fator 1 – Confronto (itens 47, 17, 40, 34, 07, 28).

Fator 2 – Afastamento (itens 41, 13, 44, 21, 06, 10).

Fator 3 – Autocontrole (itens 15, 14, 43, 54, 35).

Fator 4 – Suporte social (itens 42, 45, 08, 31, 18, 22).

Fator 5 – Aceitação de responsabilidade (itens 51, 09, 52, 29, 48, 25, 62).

Fator 6 – Fuga e esquiva (itens 58, 59).

Fator 7 – Resolução de problemas (itens 49, 26, 46, 01).

Fator 8 – Reavaliação positiva (itens 38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23). Veja maiores detalhes em Savoia, 2000, p. 381.

Quadriplégica) e 30 pessoas cuidadoras de doentes com disfunções em fase adulta (Acidente Vascular Encefálico). A faixa etária variou entre 18 e 65 anos, com escolaridade mínima correspondente ao primeiro grau, com ambos os sexos e equivalência baixa de nível sócio-econômico-cultural.

A amostra foi avaliada por meio dos instrumentos mencionados anteriormente. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual realizada em ambiente privado, estando presentes somente a entrevistadora e a pessoa cuidadora do doente. Os itens foram avaliados de acordo com a intensidade, sendo que a avaliação foi baseada em dados qualitativos da entrevista, corroborando aos achados quantitativos da escala. Os escores em cada item dos instrumentos sintetizam a frequência e a intensidade dos sintomas (MACHADO, 2006, p. 43-51).

As análises foram feitas utilizando o programa SPSS 13[®] (*Statistic Package for the Social Sciences*, Chicago, IL, USA). O nível de significância (p-valor) foi estabelecido em 0,05. Inicialmente as variáveis quantitativas discretas, que representavam o valor obtido por cada sujeito em cada uma das escalas de avaliação, foram transformadas em variáveis qualitativas ordinais, segundo os critérios de pontuação, próprios de cada escala (MACHADO, 2006, p. 51).

Com base nos resultados estatísticos de Machado (2006) foi possível constatar com clareza a presença de quadros de ansiedade e depressão, e a reflexão das ações e pensamentos do dia-a-dia em sua qualidade de vida e cuidados diários com o dependente.

Machado (2006) suportou a hipótese de que há interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, “as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta são respostas ao estresse” (MARGIS et al., 2003).

Nesse sentido, Binik (1985) considera que os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente parecem relacionar-se com a saúde e a doença, sendo consideradas de extrema relevância algumas situações indutoras de estresse, como as características da pessoa, seus traços de personalidade, seus mecanismos de defesa, seus estados emocionais e cognitivos e fatores sócioambientais.

A qualidade de vida da pessoa cuidadora não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, crenças e expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas), mas pela interação sistêmica das características individuais e organizacionais. Ou seja, na relação entre a pessoa com doença crônica e o cuidador familiar, há uma

conexão intersubjetiva de motivos, característica de todo relacionamento social, em que o cuidador projeta suas ações de cuidado segundo a reação que tenciona no doente, de maneira que a reação do doente é o "motivo para" dos atos do cuidador (CHAGAS, 2006, p. 114-5).

Qualquer mudança na vida gera certo nível de estresse, e seus efeitos no desempenho podem ser positivos em uma relação direta – à medida que o estresse aumenta, o desempenho melhora – o chamado *eustress*. Por outro lado, aumentos excessivos podem ameaçar a capacidade de uma pessoa fazer, perante seu ambiente – o chamado *distress*. Essa relação direta varia de pessoa para pessoa, e até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida em que o estresse ocorre. Quando o estresse aumenta ou diminui, além ou aquém de determinado nível, o desempenho cai (SAVOIA, 2000, p. 377).

Diante de um desajuste em toda dinâmica organizacional e pessoal da pessoa cuidadora, com intuito de suprir as necessidades, enfrentar ou neutralizar toda a problemática do cuidado diário, surgem tais experiências de estresse, na qual a sobreposição de comportamentos é eficaz até certo limite, e caso seja de alguma forma ultrapassado esse limite existencial de cada pessoa, poderá desencadear um efeito desorganizador, com impactos na vida individual e emocional dessa pessoa (POLAKOFF et al., 1998).

Para Savoia (2000, p. 377-9) os estressores podem ser encontrados no local de trabalho, ou estarem ligados aos eventos pessoais e do meio ambiente. Entretanto, deve-se ressaltar que as pessoas têm diferentes níveis de tolerância a situações estressantes, ou seja, algumas são perturbadas por ligeira mudança ou emergência, outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude ou quando exposto aos estressores por um tempo prolongado e outros ainda podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de estresse por pequenos eventos do dia a dia.

Para tanto, a resposta ao estressor ou agressor pode ser preditiva de transtornos específicos como verificado a partir do Inventário de Estratégias de Enfrentamento (*Coping*), que inclui pensamentos e comportamentos utilizados pelo indivíduo para lidar com as exigências das transações indivíduo-meio que tem relevância para o seu bem-estar.

Pode-se inferir mediante tais indagações, que pessoas cuidadoras de doentes crônicos incapacitantes podem apresentar tendências diferentes em relação às situações avaliadas como ameaçadoras, para se confrontar com os desafios e para tentar aceitar as situações de dano ou de perda mediante uma doença crônica (MACHADO, 2006, p. 58-66).

A situação de doença prolongada representa uma situação de crise geradora de estresse, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social (MOOS, 1982).

Mediante situações adversas, e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador informal fica sujeito a uma situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa e ansiedade. Esse estado de mal-estar e tensão não é tolerado durante um período prolongado de tempo, conseqüentemente a pessoa tende a adotar novos modos de resposta para superar a crise, ou seja, mobiliza as capacidades de *coping*, que poderão conduzir a uma adaptação positiva ou a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 133).

Machado (2006, p. 58-66) enfatiza que a partir das estratégias de *coping* as pessoas cuidadoras de adultos vivenciam com maior frequência a falta de adaptação entre as solicitações do contexto diário do ato de cuidar e também há uma falta de adaptação aos recursos apropriados para enfrentar tal exposição agressora, assim apresentam uma frequência considerável em fatores estressores de confronto, afastamento, aceitação de responsabilidade e fuga e esquivas. Ainda nas estratégias de *coping* nos fatores autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva as amostras de cuidadores de crianças e adultos tendem a se assemelhar, demonstrando uma atitude positiva diante dos enfrentamentos no cuidado diário, encorajando o doente a buscar sua recuperação e colaborar com os tratamentos diários.

A grande variabilidade de respostas das pessoas cuidadoras perante as situações de doença deixa antever a influência de diferentes variáveis psicossociais que se articulam num complexo processo multifatorial. Os indivíduos diferem muito na interpretação que fazem das situações estressantes, pelo que uma situação pode ser percebida como estressora para uma pessoa e não o ser para outra, esta apreciação depende de um conjunto de fatores pessoais⁹⁶ e situacionais⁹⁷ (SANTOS, 2010, p. 29).

⁹⁶ Fatores pessoais integram aspectos cognitivos, motivacionais (relacionados com a personalidade) e os hábitos comportamentais (os quais justificam as diferenças de controle, domínio e desafio perante os conflitos) (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 133).

⁹⁷ Os fatores situacionais são extremos ao indivíduo caracterizam a situação estressora em si, dizem respeito ao tipo de acontecimento, ao seu momento cronológico, se é uma situação imutável ou não, se é controlável, se é ou não ambígua, se tem potencial de ocorrer ou recorrer (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 133).

A pessoa responde de forma inapropriada à situação de crise, quando suas capacidades de adaptação estão limitadas e o estresse se sobrepõe. Neste processo reconhece a importância de recursos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, que podem ajudar a fazer face à situação de crise e a resolvê-la favoravelmente, ou seja, atuarem como mediadores. Assim, o conjunto de características sócio-demográficas e pessoais⁹⁸ é susceptível de influenciar diferentes mecanismos e estratégias de *coping*. As crenças filosóficas / religiosas e o contexto cultural (com regras e valores inerentes a um patrimônio comum) conferem a um nível diferente de saúde e energia vital. De modo igual os fatores hereditários predispõem a diferentes riscos e susceptibilidades (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 133-4).

As experiências prévias decorrentes de situações similares contribuem para uma melhor resolução de outras crises, facilitando a aprendizagem de enfrentar o estresse, ou seja, uma situação de crise resolvida no passado contribui para a resolução satisfatória de outras situações. Os aspectos ou as características do ambiente físico e sócio-cultural podem também afetar as tarefas adaptativas que a família e o doente terão de enfrentar, bem como a escolha e a capacidade de *coping*⁹⁹ que utilizam (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 134).

Esse fato pode ser preconizado porque a família constrói metas não realistas, apresentando dificuldades em assistir o doente crônico incapacitado por conta das restrições impostas por uma doença incapacitante e também pela dificuldade na aceitação da incapacidade do doente.

Lazarus e Folkman (*apud* MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 133) realçam que o papel ativo do indivíduo na apreciação da situação considerada ameaçadora (avaliação cognitiva), interage e confronta-se com os recursos disponíveis capazes de fazer frente à ameaça. Esse mecanismo compreende a apreciação das capacidades pessoais para enfrentar os conflitos, ou seja, até que

⁹⁸ Como exemplo idade, sexo, estatuto sócio-econômico, escolaridade e nível de maturidade pessoal inerente a cada pessoa (MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 134).

⁹⁹ As estratégias de *coping* representam um mediador crítico na relação com o estresse, tendo por objetivo a resolução da situação (problema) e/ou o controle das emoções resultantes da situação. Ou seja, representam um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de lidar (reduzir, dominar ou controlar) com as exigências específicas, internas e externas que foram avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos disponíveis. No estudo e na avaliação da problemática é necessário contextualizar o papel dos estressores, ou seja, as condições, experiências e atividades problemáticas, que contrariam os acontecimentos e interferem nas expectativas das pessoas (LAZARUS *apud* MARTINS, RIBEIRO e GARRETT, 2003, p. 134).

ponto a ameaça interfere com o seu bem-estar (avaliação primária) e que recursos físicos, psicológicos e sociais existem para controlar ou resolver o problema (avaliação secundária).

As evidências encontradas no estudo de Machado (2006) conduzem à relevância da atuação de um profissional treinado e especializado, tendo em vista sua formação e direcionamento como facilitador da comunicação, visando à ampliação e aprimoramento da relação paciente/cuidador (PEREIRA e ARAÚJO, 2005). Um inadequado ajustamento entre as pessoas cuidadoras informais e o ambiente pode levar a insatisfação do trabalho, ansiedade, insônias, queixas somáticas e a comportamentos desajustados.

Para Castilho et al. (2000), os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que seus sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas.

O impacto do indivíduo exposto aos cuidados diários de um dependente de doença crônica pode propiciar a intercorrência de quadros de ansiedade (MACHADO, 2006, p. 59).

Ferreira (2002) afirma que famílias de crianças com problemas, o que pode sobressair são as interações negativas associadas às manifestações externalizantes da criança, sinalizando um estilo parental reativo. Isto pode ser devido ao tempo de cuidados diários, pois quanto maior este período, maior o acúmulo de sobrecarga e impacto psicofísico aos cuidadores de doentes crônicos (GROV e DAHL, 2005).

Outra explicação é o fato de que o nascimento de um filho é uma experiência única, faz parte do ciclo de vida de uma família e em alguns casos, representa a realização social e emocional da mulher, e o símbolo de masculinidade para o homem. O casal cria expectativas, projeta em seus filhos anseios e desejos, esperando que se realizem tudo o que haviam sonhado para si. Contudo, Petean e Neto (1998) afirmam que o nascimento de uma criança diferente da esperada é traumático e destruturador, além de interromper o equilíbrio familiar¹⁰⁰, todos os membros são afetados, o impacto é intenso e sua extensão indeterminada e pode ser prolongada por vários períodos da vida.

É sabido que cuidar de um indivíduo dependente em casa por um curto período é uma situação que pode ser preservada e estimada (KARSCH, 2003;

¹⁰⁰ Equilíbrio familiar é bem explorado nos textos de Grov e Dahl (2005) e também em Walker, Slyke e Newbrough (1992).

FERREIRA, 2002; MU, KUO e CHANG, 2005). No entanto, cuidar de um indivíduo parcial ou totalmente incapacitado durante 24 horas sem pausa, por vários anos ou talvez por toda vida, não é tarefa para uma única pessoa cuidadora sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel.

Garrido e Almeida (1999) esclarecem que, para estes casos são necessários intervenções psicoeducacionais, com intuito de facilitar o manejo com o indivíduo dependente, sendo viável, a existência de mais de uma pessoa responsável aos cuidados diários, objetivando a diminuir ou minimizar o impacto à vida e à saúde da pessoa cuidadora.

Para Makiyama et al. (2004) os diagnósticos de ansiedade também merecem intervenções, principalmente, pelo fato da alta prevalência de afecções psicológicas em mulheres. Ao gênero feminino são designados além da execução das tarefas tradicionais, os cuidados com a casa e a família. Somando-se a essas atribuições, ainda surgem os cuidados aos indivíduos dependentes (KARSCH, 2003; MU, KUO e CHANG, 2005).

As situações de estresse, depressão e ansiedade produzem, portanto, um aumento geral da ativação do organismo, a fim de que o indivíduo possa reagir e se reequilibrar.

Nesse sentido, Brown, Bifulco e Harris (1987), ao estudar mulheres deprimidas, concluíram que a maioria dos casos apresentava eventos estressores anteriores ao surgimento do quadro depressivo. Achados como esses remetem para a questão da variabilidade individual, onde indivíduos podem não se expor a eventos de vida estressores ao acaso, mas apresentam uma tendência para selecionar situações com maior probabilidade em se constituir num evento de vida estressor. Assim, um conjunto de traços geneticamente influenciados aumenta a probabilidade de o indivíduo selecionar para si situações de alto risco ambiental (MARGIS et al., 2003).

A presença de sintomatologia depressiva entre pacientes dependentes é por vezes interpretada por Almeida (1999) e Rollman (2005) como uma reação vivencial natural do paciente à percepção de que suas habilidades intelectuais estão deteriorando, refletindo com grande probabilidade na vida do cuidador (GILLEN, 1998).

Machado (2006, p. 60) constatou uma maior prevalência das categorias grave e gravíssima de depressão na amostra de cuidadores de adultos, diferenciando da

amostra de cuidadores de crianças que apresenta uma categoria leve. Dados esses sugerem uma vulnerabilidade para depressão em pessoas cuidadoras de dependentes crônicos adultos, podendo ser atribuído por haver uma sobrecarga psíquica e mental em comparação com a amostra de cuidadores de crianças, assim, pode existir um aumento do estresse psicológico dos cuidadores de adulto por influências do impacto de incapacidades vivido pelo dependente (FARRAN e LOUKISSA, 2004; MOURIK et al., 2004; SHIELDS, 1992).

Perante isso se torna claro que quadros de depressão podem estar relacionados a episódios de sobrecarga vividos em consequência do contato próximo com o doente incapacitado, deficiente nas funções vitais, e, às vezes, com transtornos de humor e que não admite, como esclarece Bronnec (2005) e Bocchi (2004).

Na maioria dos casos, a dependência do doente pode gerar desajustes e insatisfações na pessoa cuidadora, pela tentativa de suprir as perdas consequentes de uma doença debilitante por toda vida (TAKAHASHI, TANAKA e MIYAOKA, 2005).

Na visão de pessoas cuidadoras, Hora e Sousa (2005) esclarecem que, após um trauma as pessoas doentes ficam mais agressivas, ansiosas, dependentes, deprimidas, egocêntricas, impulsivas, irritadas, esquecidas, com maior inadequação social, oscilação de humor e temperamento mais explosivo, afetando numa grande proporção a vida e o cotidiano do cuidador. Assim, pode-se dizer que os transtornos de comportamento do doente e os sintomas psiquiátricos da pessoa cuidadora estão amplamente associados entre si (GARRIDO e MENESES, 2004; MARTIN et al., 2005).

Isso significa que o bem-estar declina ao longo dos tempos diante de uma exposição contínua aos agentes agressores e estressantes do dia a dia, modificando o estado físico, psicológico e emocional (GARRIDO e MENESES, 2004; LÓPEZ, ARRIETA e CRESPO, 2005).

A pessoa cuidadora, na maioria das circunstâncias, se sente apreensiva na situação de acompanhantes ou facilitadoras de um indivíduo dependente e incapacitante, vítima de uma doença crônica. As razões para essa apreensão poderiam ser fundamentadas na falta de informações.

Frente a uma situação estressora, o tipo de resposta de cada indivíduo depende não somente do evento de vida estressor, mas também da junção de fatores ambientais e genéticos. A resposta de enfrentamento ao evento estressor provocará uma diminuição da cascata fisiológica ativada, podendo propiciar na

pessoa cuidadora um esgotamento dos seus recursos com aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos, dentre eles a ansiedade e a depressão. O desenvolvimento de um transtorno está diretamente relacionado à frequência e duração de respostas de ativação provocadas por situações ou circunstâncias que a pessoa cuidadora avalia como estressoras para si (MARGIS et al., 2003, p. 72).

No Brasil são poucas as investigações sobre a população de pessoas cuidadoras informais e muito pouco se provê atendimentos psicológicos voltados à causa da pessoa cuidadora.

Dessa forma, é necessária a formação de equipes de profissionais de saúde para a implantação de programas de orientações e apoio, aprimorando a assistência e oferecendo melhor suporte social a esta população.

Em síntese, não nos parece possível separar a análise das situações indutoras de estresse das experiências de estresse, das estratégias de *Coping* e das consequências das mesmas, pela sua importância no ambiente de trabalho e sua relação com a saúde mental e física de pessoas cuidadoras. É por esse motivo que circunstâncias indutoras de estresse devem ser identificadas e analisadas adequadamente e com a devida cautela, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de modificá-las ou de minimizar os seus efeitos negativos.

Quando uma pessoa fica doente, sua família é afetada e, percebendo isso, o doente se perturba. As mudanças na rotina familiar podem criar tensões que podem ocasionar fadiga, irritabilidade, desespero, angústia e preocupação.

Numa tentativa de se animar e evitar a preocupação, o doente e a família podem se recusar a discutir seus verdadeiros temores e sentimentos uns com os outros, e como resultado, cada um sofre sozinho.

A dor física, as emoções do doente e as reações da família, nos dão a impressão de um quadro sombrio da doença, mas em todas as fases do estágio da doença, o doente e o cuidador passa pelo sentimento de esperança, pois é ela que sustenta e encoraja para a busca de um novo sentido para a vida.

Partilhamos com eles a esperança de que algo imprevisto pode acontecer que podem ter uma melhora, vindo a viver mais do que o esperado (KUBLER-ROSS, 1990, p. 76).

De fato, o contato contínuo e diário com doentes que sofrem, causa sentimentos de culpa ou ansiedade ou depressão na vida de cuidadores, por achar

que não se faz o suficiente pelo doente e por enfrentar constantemente situações de incertezas, riscos e até morte (HEIMANN, 2003, p. 105).

O despertar de potenciais e a busca por um sentido que transcende a conquista material poderá, nesse contexto, encontrar um eixo, sendo que a espiritualidade de cada pessoa poderá apresentar-se em forma de equilíbrio, autoestima e saúde (ALMINHAMA e NOÉ, 2010, p. 270).

Quanto maior a duração e o tempo do cuidado, pior pode ser a qualidade de vida do cuidador, assim é necessário haver um despertar e uma flexibilidade para a pessoa cuidadora e até mesmo a família se adaptar às mudanças internas e externas que uma doença grave e progressiva pode exigir, e que a adaptabilidade é um dos requisitos básicos para um bom funcionamento do sistema familiar.

Visto que a DCNT deve ser pensada como um acometimento no contexto familiar, em que as pessoas cuidadoras são acometidas por ela da mesma forma que o doente, apenas há evidências de enfoques e abordagens diferentes.

A pessoa cuidadora realiza um cuidado solitário e anônimo diante de um estado de DCNT em seu familiar, pois no momento em que o doente vem para casa com uma doença incapacitante, a pessoa cuidadora se apodera pelos cuidados principais e essenciais para sobrevivência do seu ente querido e familiar, e aprende a lidar com esta nova condição de vida.

Muitas vezes, o cuidador não recebeu nenhum preparo para tal condição, e a falta de preparo para o cuidado pode gerar impactos negativos em sua vida.

Julga-se necessário despertar a atenção dos profissionais da saúde e outros envolvidos no contexto do doente para que centrem seu olhar no contexto atual e exerçam suas atribuições e competências profissionais favorecendo para melhorar a qualidade de vida de ambas as partes envolvidas no processo de cuidado, ou seja, doente e cuidador merecem atenção, cuidado, zelo e cura.

Nesse contexto é perceptível como a experiência religiosa cumpre papéis junto às pessoas necessitadas, dentre os quais merece destaque a inclusão de algumas minorias, como verificado no capítulo anterior, com a exposição de três narrativas bíblicas contidas no Novo Testamento. Nelas é possível contemplar como o cuidar de pessoas necessitadas faz parte da missão de Deus, ou seja, a experiência com o sagrado têm uma importância e um benefício grandioso para que tenha a continuidade da missão de Deus, e que ainda se possa ter a oportunidade de se testemunhar em um ambiente de sofrimento.

O envolvimento da própria pessoa sofredora no processo de sua cura é constantemente sublinhado por Jesus nas suas palavras: *Tua fé te curou!* ou, *Tua fé te salvou!* (Mc 5.34, 10.52, Lc 18.42, 17.19). Essa fórmula se encontra sempre em relação a pessoas aflitas que tomam a iniciativa de se dirigir a Jesus com o seu sofrimento. Muitas vezes, isso implicava a transposição de barreiras, limites e resistências de terceiros. Também a história da mulher cananeia (Mt 15.21-28) e do centurião de Cafarnaum (Mt 8.5-13, Lc 7,1-10) descrevem um louvor à fé demonstrada pelos envolvidos, em virtude das circunstâncias adversas em que procuraram Jesus. Quando Jesus relaciona os elementos fé e cura, não está pedindo das pessoas necessitadas uma obra meritória, na qual a cura, [...], é uma espécie de recompensa pela fé demonstrada. Pelo contrário: correr o risco de pedir ajuda a Jesus, pedindo por cura, é apontada por Jesus como fé. Isso significa: a fé é um evento entre o sofredor e Deus. À cura exterior antecede um quebrantamento interior em direção a Deus. É a coragem de imaginar e esperar um futuro que não se encontra sedimentado, nem se constitui na prorrogação do que está constituído. [...] Descrença e falta de fé apenas esperam a continuidade das experiências feitas. A fé, por outro lado, aposta na contingência do agir de Deus, aposta na liberdade de Deus de fazer exceções à regra e renovar a esperança no futuro em situações nas quais tudo já parecia estar determinado (HAACKER, 2006, p. 32).

A Bíblia é fonte inesgotável no que tange ao tema cuidado, tanto na visão semítica, no Deus-cuidador nos textos proféticos, no Deus-bom pastor no cuidado integral de Deus e no ser humano cuidador. Portanto, o cuidar bíblico pressupõe mais que uma ação ou atitude isolada, envolvendo a essência, o sentimento e o coração daquele que se dispõe a ser uma pessoa cuidadora.

Em diversos contextos bíblicos e atuais percebemos como as pessoas reagem de formas diferentes quando há evidências de estressores tanto físicos quanto psicológicos.

Certas pessoas acham que quando alguém reage ao agente estressor, isto representa uma fraqueza. Outras acreditam que Deus permite uma dada circunstância e assim ela deve ser aceita. Há, ainda, outras pessoas que acreditam que o agente ou evento estressor esteja relacionado com uma ansiedade ou depressão.

No entanto, a forma como as pessoas enfrentam, reconhecem e aceitam sua doença ou uma situação no cotidiano, influencia suas emoções e suas reações e, em consequência disso, pode modificar o prognóstico de recuperação das pessoas envolvidas, seja uma pessoa cuidadora ou qualquer pessoa doente.

Mediante tantas circunstâncias do cotidiano e nos apontamentos narrados no Antigo e Novo Testamento há uma população excluída, sejam com lepra (conhecida na antiguidade), pestes, fraturas, doenças da pele, paralisias congênitas ou adquiridas, malformações cerebrais, deformações físicas, cegos, surdos-mudos, coxos; que busca alternativas relacionadas ao perdão de pecados, salvação,

vontade divina ou cura, e juntamente com esta população excluída encontra-se a figura do cuidador que lida com as dores alheias e angústias do ser humano em sofrimento contínuo, em decorrência de uma doença.

Quando a doença está na fase aguda, a necessidade de cuidar se restringe a um período delimitado, até que consiga uma recuperação da saúde e do ritmo de vida da pessoa, e quem o auxilia no restabelecimento pode se programar para deixar suas atividades de lado por um período. Porém, nas doenças crônicas não há previsão de encerramento da administração dos cuidados, o que pressupõe cuidadores que devem merecer maior atenção e cuidado.

3.2 A BUSCA PELA ESPIRITUALIDADE E PELO SAGRADO EM SITUAÇÕES AGRESSORAS A VIDA DO CUIDADOR

Pessoas buscam de diversas e diferentes formas as respostas e as soluções para seus problemas e situações profundas e agressoras a sua vida e sempre estão desejosas em encontrar um sentido para sua vida, podendo buscar na espiritualidade ou no sagrado umas das alternativas de significado, que transcenda a racionalidade, que penetre e toque no mais íntimo e profundo da alma humana.

Infelizmente quando as coisas estão indo aparentemente tudo bem, as pessoas facilmente se esquecem do constante cuidado e assistência de Deus. No entanto, as pessoas precisam compreender que não podem simplesmente viver a vida na perspectiva das nossas próprias forças e capacidades, esquecendo que a vida é dádiva e aquiescência (HAACKER, 2006, p. 20).

Numa circunstância de cuidado aos cuidadores, essa situação pode ocorrer com uma grande frequência, os cuidadores correm graves riscos de adoecimento, pois esquecem que tem vida, esquecem do cuidado de Deus em suas vidas e ainda esquecem de cuidar de si.

Na maioria das vezes negligenciam seu adoecimento e quando procuram ajuda estão em estágios avançados de angústia e sofrimento, porém, ainda existem aqueles cuidadores que não conseguem perceber seu estado de adoecimento.

Haacker (2006, p. 21) enfatiza que pelas pessoas muitas vezes não perceber e muito menos distinguir o cuidado e a assistência diária de Deus em suas vidas, podem necessitar ser impactadas e chocadas, e isto pode acontecer através de doenças e ameaças da vida. A vida ameaça ou a doença pode se tornar uma

oportunidade e uma razão das orações das pessoas, assim, justifica o fato da doença “constituir-se em elemento terapêutico e arrancar da falsa autossegurança, remetendo as pessoas novamente a Deus”.

A vida espiritual enraíza-se na estrutura das horas dirigidas para a hora suprema. Precisamente por esta orientação ao “*éschaton*”, as horas de sofrimento são acolhidas como frações de tempo que serão submersas pelo bem que Deus, no fim, saberá oferecer. Sobretudo dentro da economia das horas dançantes como graças de Deus para a última hora suprema, é que se delineia a figura do “*Kairós*”, o tempo favorável à graça [...] estabelecida por Deus, o instante que se renova constantemente, no qual Deus se oferece como doador-criador. O “*Kairós*” não se identifica com a sorte, a qual submete o homem a uma passividade quase fatalista. O “*Kairós*” é Deus que, dando-se ao homem, dele postula atitude correspondente. Deixar passar o “*Kairós*” significa descuidar a experiência espiritual nele requerida (SECONDIN e GOFFI, 1993, p. 378-9).

Concernente ao tempo, a Bíblia refere dois termos gregos: *chronos* e *kairós*. O primeiro significa os aspectos quantitativos, mensuráveis, controláveis do tempo, ou seja, é o aspecto do tempo no qual as pessoas estão habituadas – o cronológico. O segundo significa os aspectos mais qualitativos, trata-se não de uma data ou hora, mas de sua significação histórica, ou seja, significa o momento propício, o dia favorável, o tempo em que o Senhor se faz presente, se manifesta. “Implica uma revelação especial de Deus na história com a qual Jesus se comprometeu” (CORREIA Jr., 2005, p. 17).

Nessa dimensão de tempo, as pessoas sempre tentam lutar contra o tempo, mas se esquecem que a temporalidade é um elemento constitutivo da existência humana. Se acumular anos fosse somente uma série de momentos isolados, as pessoas poderiam escolher aqueles que seriam mais significativos. Claro que as pessoas vivem no *chronos*, mas não podem ser vítimas do processo de envelhecimento e adoecimento de si, podem cultivar dentro de si mesmas uma atitude positiva, e assim podem fazer acontecer à dimensão do *kairós* (PESSINI, 2010, p. 209).

Para Heidegger (2011, p. 457) a temporalidade é o sentido ontológico da cura. Do ponto de vista ontológico, a formação da presença e de seus modos de ser são possíveis baseados na temporalidade, independente do tempo em que este ente ocorre. Em consequência, a espacialidade específica da presença deve fundar-se na temporalidade, assim, não se pode pretender reduzir o espaço do tempo ou dissolvê-lo em puro tempo.

Cabe compreender que a cura é parte constitutiva da natureza humana, mas quem vai decidir é o tempo, ao homem não será nada se não for o tempo / o mundo. O ser do homem só existe enquanto ser no tempo. Então, o duplo sentido de cura fala da dinâmica do cuidado, de sua relação originária onde o cuidado ocupa amplos espaços estando fortemente implicado ao sentido de ser, no co-existir. Neste mesmo sentido, o movimento constante do cuidado como ato (sentido ôntico) se manifesta na prática diária com todas as normas e rotinas estabelecidas. Porém, não se esgota aí, o cuidado também ocupa um espaço de abertura para possibilidades, como algo que ainda pode ser desvelado. É o que de fato faz parte da existência humana, do cuidado, só podemos conhecer na história, no modo de ser em que predomina seu percurso temporal no mundo, naquilo que diz respeito a sua natureza (OLIVEIRA e CARRARO, 2011, p. 379).

Cuidadores “só podem atender as necessidades dos outros se suas próprias necessidades estão sendo atendidas e supridas”, ou seja, para que cuidadores consigam cuidar dos outros precisam estar bem em toda sua totalidade do seu ser, independente da temporalidade (CARRARO *apud* HEIMANN, 2003, p. 129).

Para prestar o cuidado é necessário que a pessoa cuidadora cuide de si em primeiro lugar, e se isso ocorre, o cuidado ao outro é manifesto com mais espontaneidade, simplicidade e é mais profundo e completo.

O cuidador precisa viver o tempo de cuidado como *Kairós*¹⁰¹ para si mesmo, de uma forma em que possa abraçar a vida e suas adversidades em totalidade, como uma experiência profunda de paz, de reencontro e de reconciliação consigo mesmo, com os outros, com o universo e com Deus. A dimensão do *chronos* é significada e plenificada pelo *kairós*, ou seja, bastam poucas horas ou minutos de um encontro sincero com o outro, para que vários anos de *chronos* adquiram significado, luz e sentido na vida. O tempo do encontro com o outro numa atitude de cuidado torna-se algo terapêutico quando o cuidador opta por vivenciá-lo na dimensão do *kairós*, ou seja, humanizando e sendo humanizado e acrescentando mais vida aos anos do que anos à vida (PESSINI, 2010, p. 210-1).

O uso terapêutico de si mesmo indica que nos relacionamos com os doentes como indivíduos, pessoas para pessoas, sem uso de amparos. É uma questão de *ser* em vez de *fazer*. Envolve o dar apoio a outro ser humano. Para que o uso de nós mesmos seja eficaz terapeuticamente, é necessário que tenhamos vontade de nos tornar vulneráveis e nos entreguemos a outra pessoa (HEIMANN, 2003, p. 130).

A perspectiva da espiritualidade e da fé na vida das pessoas pode caminhar a partir das considerações de Smith (*apud* HEIMANN, 2003, p. 118):

¹⁰¹ O tempo como *Kairós* é vivido como experiência da graça maior que plenifica a vida e lhe dá sentido (PESSINI, 2010, p. 210).

Uma orientação da personalidade em relação a si mesmo, ao próximo, ao universo; é uma resposta total; uma forma de ver as coisas que se vêem e de lidar com as coisas com que se lida, quaisquer que sejam; uma capacidade de viver além de um nível mundano; de ver, sentir e agir em termos de uma dimensão transcendente.

A fé permite que a pessoa faça uma leitura globalizada da situação. O sofrimento perpassa nossa vida no nível pessoal, comunitário e social, e sua abrangência vai além de nossas dores pessoais. O sofrimento tem sentido e torna-se processo de mudança, quando arranca de cada pessoa o vitimismo e a acomodação pessoal e social, para um engajamento solidário e libertador, resgatando os sinais de vida que ainda existem (BRANDALISE, 2004, p. 38-9).

A fé é a coragem de pensar o futuro a partir da liberdade que Deus tem e, a partir da liberdade soberana de Deus, invocá-lo, apelar. É isso que acontece quando pedimos por cura [...]. Pessoas se dirigiam a Jesus, confiando no caráter de seu convite e nos dons recebidos de Deus. O mesmo é válido quando, através da oração, Deus é invocado com pedidos de cura. Certamente também devemos acrescentar que o não atendimento de uma oração por cura não caracteriza um silêncio ou até um fracasso da parte de Deus. Pelo contrário, quando não há cura, esta também é uma resposta de Deus, que nos cabe aceitar (HAACKER, 2006, p. 33).

Para Richter Reimer (2002b, p. 122) a fé “constrói a esperança do futuro. É uma esperança que remete para frente, para a abertura do futuro, e essa esperança necessita da perseverança, que dá o fôlego longo, contínuo e despreocupado”.

É com a fé que há o desabrochar do ser humano, é ela quem dá o sentido à existência, ela penetra no centro do campo de força da vida, e tem a ver com o que é mais íntimo no ser humano, ou seja, fé é “estar possuído por aquilo que nos toca incondicionalmente” (STRECK, 2006, p. 67).

A experiência do sagrado e da espiritualidade é algo essencial e vital na vida de qualquer pessoa e em qualquer tempo ou cultura, especialmente as pessoas que lidam com o cuidado diário e contínuo aos doentes, pois pode moldar as ações e reações das pessoas frente às circunstâncias da vida, formando novas perspectivas de tomar iniciativas e respostas com novas inspirações e esperança, além da capacidade de autotranscendência do ser humano.

Cada experiência de sofrimento é algo especial e diferente de tudo o que a pessoa já possa ter experienciado, é um processo que purifica e acrisola nossas crenças, valores e bens que possuímos (BRANDALISE, 2004, p. 38).

Cada pessoa, enquanto ser humano ‘pneumatizado’ que se entrega à oração tem a possibilidade de reconhecer o “*Kairós*” e de atuá-lo em harmonia com a vontade de Deus (SECONDIN e GOFFI, 1993, p. 379).

Quando se associa as palavras oração e cura, emerge a ideia de milagre.

Com a evidência de uma situação de vida ameaçada pela doença, as pessoas oram a Deus pedindo ajuda, assim, se pode compreender a cura como uma resposta de oração, como uma intervenção de Deus no transcurso natural da doença, como um milagre! Milagre pode ser considerado quando a cura acontece contra o prognóstico do médico ou contra as tendências estatísticas. Profissionais da saúde tendem a afirmar que nestes casos de cura, onde não existe uma explicação racional e lógica ao fato, de que houve uma “cura espontânea”. No entanto, a compreensão bíblica de milagre é bem diferente, assim, numa concepção de fé, é possível associar a oração à cura (HAACKER, 2006, p. 19-20).

Mediante a fé, o homem espiritual, usufrui de cada momento singular para aprofundar um colóquio com Deus. O tempo criado recebe, em Jesus Cristo e em cada ato de fé nele, o caráter e a marca da eternidade: a vida, vivida na fé, adquire a dimensão da vida eterna. Por meio desta vida vivida na fé, o tempo se manifesta inteiramente salvífico, de forma progressivamente intensa (SECONDIN e GOFFI, 1993, p. 379).

No momento de uma doença, quando o coração fica angustiado, é vital desejar a cura. Com a fé, as pessoas buscam o cuidado, o socorro, o milagre em Deus, no entanto, em algumas circunstâncias as pessoas buscam a Deus quando todos os aparatos humanos falharam, ou seja, “Deus é colocado no fim da linha, como um adendo que tende a desaparecer [...] na medida em que as respostas da ciência progredirem, Deus [...] ocupa um lugar onde a natureza não prevalece” (HAACKER, 2006, p. 20).

A vida humana, desde seu instante inicial até o momento final, reveste-se de mistério, beleza, razão, emoção, perdas, alegrias, conquistas, derrotas, despedidas, encontros e transcendência. A dor da perda, o luto, as doenças e as renúncias quando não bem trabalhados ou vividos, tornam-se um trauma para o resto da vida, impedindo que a pessoa continue a viver com alegria, pois questões inacabadas pode ser o maior desafio na vida das pessoas, e são essas questões que as pessoas estarão lidando de forma impactante em suas vidas diante dos enfrentamentos na dimensão de cuidado (PESSINI, 2010, p. 206-8).

As pessoas podem até usar Deus para trazer ou enviar as soluções para seus problemas, no entanto, as pessoas esquecem que precisam fazer acontecer em suas vidas à dimensão do *Kairós*.

O conceito bíblico de milagre não é definido em termos negativos, [...] mas é definido positivamente na medida em que experimentamos o agir de Deus – agir que nos surpreende e nos faz ficar estupefatos. Ficamos estupefatos diante da criação, cuja beleza e complexidade não é simplesmente categorizada como o curso óbvio e normal da natureza. Ficamos estupefatos diante da nossa própria existência. Além da criação, ficamos estupefatos diante da sustentação (*creatio continua*) da criação (HAACKER, 2006, p. 20).

O processo de cuidar envolve uma experiência humana, tendo um significado pessoal, único e total para quem cuida, e sendo um processo real onde o cuidador vive momento a momento, fato a fato, circunstância a circunstância com o doente assistido. Nessa situação é evidente que o cuidado requer uma intenção, um desejo, um relacionamento e ações específicas e imediatas que podem sobrecarregar e fadigar a vida da pessoa cuidadora, justificando uma busca eficaz por sentido e identidade para superar tantos agravos a sua vida (HEIMANN, 2003, p. 121).

A arte de cuidar depende do olhar que se lança sobre o outro e sobre a realidade. Olhares desinteressados e omissos jamais serão capazes de encantarem-se com a vida e o mistério que nos circundam. A contemplação, entretanto, nasce da disponibilidade de deixar Deus falar, deixar que ele se mostre. O ato de contemplar, antes de ser o resultado de um esforço humano, é muito mais dar espaço para Deus. Ele se movimenta pela coragem do espírito humano de não presumir e nem pretender saber tudo ou conhecer tudo. É um abandono nas mãos do Mistério. Quando se contempla Deus, enxerga-se o mundo com outros olhos. As cores da vida sobressaem diante da opacidade da existência. Passa-se a ver a beleza do pequeno e do simples e o horror colorido das estruturas que matam [...]. Quando o humano é capaz de interessar-se pelo outro, pelo cosmos, e agir de forma cuidadora, começa, então, a tornar-se mais semelhante ao Criador (BRUSTOLIN, 2006, p. 459-60).

Assim, Streck (2006, p. 70-2) expressa que fé tem um profundo sentido relacional que pode ser encontrado no cuidado, como elemento constitutivo da essência humana.

[...] algo que muitos relutam em levar ao trabalho podem se tornar as forças e recursos que necessitam para torná-los menos, e não mais, vulneráveis. As qualidades humanas que capacitam o doente a enfrentar de modo mais eficaz a tensão da doença são igualmente úteis para que o cuidador enfrente a mesma tensão. Sem energia emocional, intuição, sabedoria, imaginação, criatividade, fé e senso de propósito e significado, o cuidador facilmente fica esgotado e vulnerável (HEIMANN, 2003, p. 132).

Deus e Cristo penetram à realidade humana, podendo ser manifesto de diversos sinais e de diversas maneiras. O ser humano conquista a capacidade de discernimento para perceber a vontade e os sinais de Deus no decorrer do tempo e da história pessoal de cada um (ZSCHORNACK, 2006, p. 31).

As formas das pessoas vivenciarem o sagrado e a espiritualidade são distintas e espontâneas, podendo ser construídas em qualquer espaço sagrado. O sagrado também pode ser relativo, pois algo que é sagrado para uma pessoa pode não ser para outra, assim, pode-se considerar que “a manifestação do sagrado consiste em uma aparição que se diferencia do profano, do cotidiano e do normal” (LEMOS, 2009a, p. 17).

O que caracteriza a experiência com a espiritualidade e com o sagrado é o que se é experienciado nesse espaço, onde se dá a existência humana em contato com a presença da Onipresença de Deus. Nessa trama existencial, Deus acontece e aparece na vida das pessoas mediante os conflitos aparentemente insuperáveis e emerge totalmente na vida das pessoas necessitadas, tornando-se advento e evento, assim pode-se dizer que a experiência com o sagrado está além dos limites denominacionais ou religiosos, ela é capaz de superar divisões e criar solidariedade e união entre as pessoas (ZSCHORNACK, 2006, p. 32).

A fé é uma “preocupação humana universal, é uma totalidade da vida do ser humano enquanto energia, sentido e vitalidade”, já a religião é simplesmente uma “tradição cumulativa”, ou seja, “reúne as experiências e expressões de fé das pessoas no transcorrer do tempo”. Pode haver uma relação entre religião e fé, mas não uma identificação, ambos podem se interagir e se renovar mutuamente. Desse modo, o caminho para o desenvolvimento da espiritualidade pode ou não perpassar por um sistema religioso ou metafísico (STRECK, 2006, p. 69).

Mediante a todo esse processo existencial a pessoa pode experimentar a cura, manifestando uma autorrestauração e também uma restauração do louvor a Deus. Por mais ameaçadoras e agudas que possam ser as doenças, elas constituem em uma importante etapa na vida de cada pessoa. “São experiências nas quais nos confrontamos conosco mesmos e se constituem em um capítulo de nossa história com Deus” (HAACKER, 2006, p. 22).

É nesse período em que se podem manifestar muitos conflitos e luta interior, pois é um momento de uma das mais prolongada e agonizante experiência existente na vida de uma pessoa, onde podem ser afligidos seus sentimentos e sua relação com Deus, em outras palavras, há uma luta com Deus e consigo mesmo para obter sentido, para obter uma explicação lógica e racional ao seu estado de doença (HAACKER, 2006, p. 22).

Somente quem vive a partir de uma profunda vivência espiritual pode ajudar outras pessoas a trilhar esse mesmo caminho de restauração consigo mesmo e com

Deus, como uma porta que se abre para encontrar motivos que fazem viver e lutar (BRANDALISE, 2004, p. 46).

Assim, a espiritualidade é um processo misterioso e divino, pois se manifesta em cada pensamento e ação de uma pessoa na intenção de torná-la mais harmônica para si e para o mundo. Sua percepção está arraigada na vida concreta das pessoas, no cotidiano, ou seja, é nas profundezas de cada pessoa que o sagrado se manifesta através do relacionamento criado, redimido e santificado pelo próprio Deus (ZSCHORNACK, 2006, p. 33).

A espiritualidade pede silêncio, e este não significa nada dizer, mas abrir espaço para que outra palavra possa ser ouvida, que nos vem do profundo de nós mesmos, vinda da consciência, do próprio Deus. A meditação nasce deste fazer silêncio (BOFF, 2012, p. 197).

É a espiritualidade que coloca a vida no centro, que defende e promove a vida contra os mecanismos de diminuição, de estancamento e de morte. O sagrado é a profundidade de cada pessoa humana.

A espiritualidade parte não do poder, nem da acumulação, nem do interesse, nem da razão instrumental. Arranca da razão emocional, sacramental e simbólica; nasce da gratuidade do mundo, da relação inclusiva [...]. Espiritualidade significa toda a orientação que encontra sua centralidade na realidade-vida [...], tem a ver com sentir Deus numa experiência globalizadora e menos com o pensar Deus, constitui o espaço da liberdade interior, da vivência pessoal do sagrado [...] (HIGUET, 2001, p. 10).

Para tanto, a atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência e apoio à saúde das pessoas cuidadoras. A ciência tem se aprofundado e se curvado diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano¹⁰² (PERES et al., 2007, p. 83).

Experiências traumáticas e existenciais podem ser solucionadas com o aprofundamento e envolvimento da espiritualidade na vida cotidiana das pessoas, especialmente cuidadoras, onde se pode perceber que a motivação inicial para tal aprofundamento vem da busca de significados e finalidades de suas experiências traumáticas e agonizantes. Assim, um manejo da espiritualidade é uma abertura

¹⁰² Na abordagem de Peres et al. (2007, p. 83) ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim, ou seja, transcender é buscar significado, e a espiritualidade é o caminho.

para tal experiência condicionam a pessoa envolvida numa condição de superação psicológica dos estados agressores e estressores do cotidiano, além de proporcionar um encontro com os princípios da vida e os propósitos de viver.

3.2.1 Apoio e Assistência à Saúde de Cuidadores de Doentes

Os programas oferecidos a cuidadores familiares geralmente buscam a transmissão de conhecimentos apenas sobre a saúde dos doentes, desenvolvimentos de habilidades de lidar com as doenças e incapacidades do doente e apoio à troca de experiências e sentimentos.

No entanto, seria de grande benefício e valia intervenções, acompanhamento e suporte ofertados aos cuidadores familiares que pudessem atender às suas reais necessidades e interesses, ou seja, prevenção e controle de conflitos, incompatibilidades, depressão, perda de autoestima e senso de significado pessoal para si e para os seus doentes incapacitados, além de informações sobre efeitos colaterais dos medicamentos e evolução da doença dos seus doentes (COUTO, 2004, p. 205).

É necessário promover uma Política de Assistência a Saúde que seja sensível à inclusão de bem-estar, trabalho, capacitação profissional, desenvolvimento econômico, emprego e medidas educativas mediante algumas minorias. Um modelo que possa ser baseado numa abordagem social tendo ênfase na justiça distributiva e trazendo benefícios tanto no nível da população quanto no nível individual e pessoal da pessoa cuidadora.

Na Política Nacional de Saúde do Idoso, no item que refere ao “Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais”, sugere-se a formação de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas responsáveis pelas atividades da vida diária e pelo seguimento de orientações emitidas pelos profissionais. Isso indica que mediante tal diretriz a assistência domiciliar, neste caso os idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, requer orientação, informação, amparo e assessoria de pessoas capacitadas para tal assistência; e ainda recomenda que essas pessoas devam receber cuidados especiais, considerando que “a tarefa de cuidar de um doente dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Diante tantos avanços na área da saúde, com o aumento da expectativa de vida e sobrevida, o Ministério da Saúde (2009) criou um Guia Prático do Cuidador

cuja abordagem visa orientar cuidadores de pessoas com incapacidade ou deficiência, buscando propiciar maior segurança nas ações prestadas e ainda orientar para a prática do autocuidado.

Em algumas análises é possível encontrar pesquisas com cuidadores em programas de assistência aos doentes existem nas Unidades Básicas de Saúde e não em programas específicos aos cuidadores informais, sendo possível constatar cada vez mais, que o cuidador familiar nem sempre é incluído nos planos de cuidado realizados pelas equipes de saúde. Uma das justificativas para tal fato poderia ser a não existência de um programa do Ministério da Saúde específico à pessoa cuidadora, com intuito da promoção de qualidade de vida, troca de experiências e uma oportunidade de estar cuidando de uma forma mais integral da sua saúde (FERREIRA, ALEXANDRE e LEMOS, 2011; MACHADO et al., 2011).

Promover cuidados requer inicialmente um mínimo de conhecimentos de seu manejo sintomatológico, além de um trabalho intenso na dimensão da aceitação da doença. No entanto, o próprio serviço de saúde, em sua grande maioria, encontra-se despreparado para acolher as necessidades das famílias, visto que suas intervenções estão concentradas na remissão dos sintomas e na cura, desinteressando-se dos problemas relacionados ao cuidar [...]. Os custos de apoio aos cuidadores são muito pequenos se comparados com os resultados obtidos, se pensarmos que poderemos estar ainda evitando que o cuidador venha a adoecer no futuro. A política preventiva de saúde no Brasil [...] é uma via que apresenta importantes resultados, infelizmente, com pouca visibilidade, pois as estatísticas só mostram os que acessam o sistema de saúde, e não aqueles que deixaram de procurá-lo. Ignora-se que os que não buscaram o sistema de saúde provavelmente receberam algum apoio anterior, possivelmente das medidas preventivas (COUTO, 2004, p. 203).

A necessidade de construir um programa de apoio que ofereça modelos alternativos de cuidados e suporte aos cuidadores informais familiares nas mais distintas categorias é com intuito de prevenir ou minimizar as perdas e os agravos à saúde não pertinentes apenas aos doentes, mas aos cuidadores, mediante sobrecarga e o impacto emocional negativo do ato contínuo de cuidar afetando sua saúde, seu bem-estar e sua qualidade de vida (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Programas de apoio aos cuidadores de doentes devem levar em consideração medidas para o controle do estresse e do desgaste, considerando-se que no apoio aos cuidadores um primeiro requisito é o reconhecimento de que sua atuação é intrinsecamente estressante e que os sentimentos de angústia são legítimos e não sinais de fraqueza pessoal ou de incapacidade. Além disso, é necessário que os cuidadores possam reconhecer e ter reconhecidos e respeitados seus limites frente ao momento que estão vivendo (COUTO, 2004, p. 206).

Em razão dessa abordagem, a partir do Programa de Internação Domiciliar – Melhor em Casa (PID) do Ministério da Saúde, cujo programa busca a desospitalização de pacientes crônicos, com alto grau de dependência ou com quadros agudos fora do perfil de atendimento da atenção básica, o município de Contagem-MG instituiu em maio de 2012 um Grupo de Apoio ao cuidador domiciliar do Programa Melhor em Casa buscando ampliar as ações de atenção do PID e humanizar a assistência ao grupo dos cuidadores dos pacientes das duas equipes do Hospital Municipal de Contagem (SARTORI, 2013).

Estresse e desgaste são fenômenos complexos com múltiplas causas e manifestações. Em consequência, a solução não será jamais uma ação isolada e limitada no tempo. Os conhecimentos são sinônimos de capacitação pessoal: dão confiança, controle e capacidade para fazer escolhas na vida e têm valor duradouro. [...] O treinamento e a informação desempenham um papel essencial no controle do estresse e no desgaste entre os cuidadores. Para manter a confiança em si mesmo, os cuidadores necessitam saber que seu trabalho é reconhecido e tem valor. Entre as medidas eficazes para controlar o estresse figuram algumas que ainda são conflituosas para os cuidadores, tais como: assegurar tempo livre e que este seja respeitado; ter apoio de uma equipe e participar de reuniões periódicas para discutir questões e compartilhar problemas; repartir a carga emocional, designando outras pessoas para ajudar nos cuidados com o doente (COUTO, 2004, p. 206).

Discussões em grupos de estudo facilitam um confronto com questões emocionais que surgem muito mais facilmente nas discussões com os demais cuidadores e podem sofrer alguma relativização, principalmente por ter histórias espelhadas em outros cuidadores presentes, o que facilita a aceitação e a credibilidade, mais do que ouvir apenas de profissionais o que é bom ou ruim para si mesmo. Para tanto, julga-se de grande importância uma equipe múltipla de profissionais, tendo em vista a multiplicidade de questões que envolvem o cuidado e a variedade de dúvidas apresentadas pelos cuidadores (COUTO, 2004, p. 206-7).

O Programa Integrado de Pesquisa Cuidando & Confortando (PIPC&C) tem dedicado nos estudos sobre as dimensões ontológicas, epistemológicas e metodológicas do cuidado e conforto de quem cuida e de quem é cuidado (ARRUDA e SILVA, 1998).

Acredita-se que a criação de programas específicos de treinamento e esclarecimento para cuidadores traz benefícios clínicos substanciais aos doentes, que sofrem uma redução significativa de intercorrências e de problemas emocionais, e também para os cuidadores, que se sentem mais esclarecidos e aceitos e menos ansiosos, minimizando os riscos de adoecimento (COUTO, 2004, p. 208).

O desgaste entre os cuidadores tem sido estudado e apontado como causa de erros de avaliação no trato com a pessoa cuidada e como fator de desistência do próprio cuidador, assim, é considerável e de grande importância medidas de apoio ao cuidador, através de grupos de interesse educacional, profissional e espiritual, propiciando ao cuidador uma tomada de consciência do seu real significado para a vida e na vida. O cuidador precisa entender e compreender que se cuidar é essencial para a sua própria saúde e para a vida das pessoas com quem estabelece suas relações.

3.2.2 A Espiritualidade como Prática Cotidiana na Vida de Pessoas Cuidadoras

O cuidador vive momentos durante a prática cotidiana em que desaparecem as certezas. Com as necessidades de sobrevivência cotidiana, quer viver por longos anos e com uma plena qualidade de vida, assim, a espiritualidade pode garantir ao cuidador a esperança de conseguir concretizar a satisfação de suas necessidades.

Os sofrimentos podem, pela graça de Deus e pelo amor de Deus em Cristo e na comunhão com outras pessoas, transformar a apatia em participação, a resignação em perseverança. Esse é o cuidado que Deus [...] tem para conosco, sua criação. E ele quer que as pessoas tornadas justas pratiquem esse mesmo cuidado em relação a outras pessoas que sofrem, incluindo toda a criação. A ternura é algo intrínseco do cuidado de Deus e de mulheres e homens que vivem a partir da graça e do amor desse Deus. Assim, os sofrimentos são encarados e vivenciados de forma propositiva e podem ser relativizados [...] diante da vivência da salvação e da justiça já agora e na glória por vir (RICHTER REIMER, 2002b, p. 119).

Viver a espiritualidade no cotidiano da existência é desenvolver a dimensão do cuidado em relação à própria vida e em relação à vida das outras pessoas e às situações ou circunstâncias com que a pessoa vai estabelecendo vínculos de relações, seja nas relações profissionais, particulares, ou até mesmo por necessidade (BRANDALISE, 2004, p. 29).

A prática cotidiana da espiritualidade conduz uma variedade de benefícios que pode afetar a adaptação psicológica em contextos de ameaça à saúde, incluindo:

favorecimento de emoções e sentimentos de conforto; sensação de força, poder e controle; diminuição da carga emocional da doença; disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento; apoio espiritual mediante uma relação com Deus; facilitação da aceitação; auxílio na preservação da saúde; alívio do medo e da incerteza perante a morte; e maior facilidade de autoaceitação e redução da culpa autodirigida (FARIA e SEIDL, 2005, p. 387).

A espiritualidade é uma dimensão constitutiva do ser humano, é a relação harmoniosa com Deus, consigo mesmo e com a natureza da qual o ser humano faz parte. Essa relação harmoniosa “ajuda a alcançar e manter o equilíbrio interno e a totalidade de sentido de que a pessoa precisa para afrontar a existência, suas dimensões, suas relações e suas problemáticas” (GUEVARA, 2008, p. 127).

Cuidar e cultivar uma espiritualidade na vida é cuidar de todas as dimensões do nosso ser. Nas palavras de Boff (2008, p. 139) é “viver segundo a dinâmica profunda da vida”.

Para Oliveira (2012, p. 23) uma das características fundamentais do ser humano e é a que faz parte do seu *self* é ter a consciência do sofrimento¹⁰³. Saber-se adoecido é ter uma experiência de fragilidade e precariedade. Ter consciência da sua própria dor é saber-se vulnerável. Jesus, na sua paixão, expressa em Mateus 26,38 aos discípulos sua vulnerabilidade: “A minha alma está muito triste, triste até a morte”, neste contexto Jesus mostra sua humanidade, pois ele sabia que passaria por momento de solidão, angústia e abandono.

O ser humano, na medida em que olhar para dentro de si mesmo, buscar a dimensão mais profunda do seu ser e se perguntar o que o toca incondicionalmente, onde coloca seu coração, poderá encontrar o sentido da sua existência no cuidado de si, dos outros e da natureza (STRECK, 2006, p. 73).

A pessoa cuidadora em sofrimento fica paralisada e sem ação, através da práxis da ternura cuidadora o sofrimento é ressignificado e liberta o gesto. É a atitude de cuidado que devolve à pessoa o potencial ativo e criativo que está intimamente relacionado ao fato dela ser imagem e semelhança de Deus.

O que adoce o ser humano é a perda da esperança, sem ela o ser humano fica sem ação e sem movimento. Assim, o cuidador será um sujeito próximo e que garante significado e instila esperança ao doente crônico.

A espiritualidade é como caminho de cuidado de si, dos outros e das relações que tecem com as pessoas e com o universo.

Assim, julga-se necessário a criação de espaços de:

¹⁰³ Para Peres et al. (2007, p. 85) o sofrimento é algo necessário na vida das pessoas, pois constitui uma experiência humana e ocorre assim que o processo de destruição da pessoa seja percebido, enquanto a ameaça da desintegração persistir ou até que a integridade da pessoa possa ser restaurada de alguma maneira.

escuta mútua, de partilha e cuidado mútuo, onde o sofrimento é socializado – onde o sofrimento pode sair das quatro paredes e do silêncio, para que vá além do sofrimento individual e seja reconhecido como problema comum, social, e assim sejam tomadas providências para que a cura também tenha um caráter de ajuda mútua e de cura social e mudança social. Nesses espaços, pessoas encontram-se para começar a se relacionar de forma nova consigo mesmas, umas com outras e com Deus (ROESE, 2010, p. 302-3).

A vivência da espiritualidade abre caminhos para muitas dimensões e necessidades da vida.

Na vida cotidiana somos cuidados e cuidadas por pessoas que Deus coloca diante de nossas vidas e que nos ajudam a viver uma vida com mais plenitude e felicidade¹⁰⁴, e na medida em que experienciamos essa forma de cuidado podemos tornar cuidadores de outras pessoas na estrada da vida. Na relação de cuidado com as vidas que nos cercam, passa a vivência da espiritualidade que nos anima e dinamiza todas as nossas ações e reações (BRANDALISE, 2004, p. 30).

Tais realidades configuram a condição humana concreta do cuidador e se apresentam como desafios a serem enfrentados com equilíbrio e com a determinação de explorar as suas potencialidades positivas. Para tanto, o cuidado de si exige saber combinar as aptidões com as motivações; o cuidado de si exige saber e aprender a conviver com o paradoxo dos impulsos bons e maus; o cuidado de si exige saber renunciar e ir contra tendências dentro de si e até se pôr à prova; mas o cuidar de si, em poucas e claras palavras, é amar-se, acolher-se, reconhecer suas vulnerabilidades, saber perdoar-se e desenvolver a resiliência (BOFF, 2012, p. 143).

Para tolerar as atividades cotidianas exigidas no manejo do cuidado de uma pessoa com doença crônica, os cuidadores precisam apresentar atitudes positivas que os façam suportar a sobrecarga das tarefas, mostrando resilientes em relação a situação de cuidado diário. A resiliência liga-se ao desenvolvimento e ao crescimento humano, pois exige se preparar, viver e aprender com as experiências adversas da vida, como doença, abandono, morte. Seu principal papel é desenvolver a capacidade humana de enfrentar, vencer e sair fortalecido de

¹⁰⁴ Segundo Passareli e Silva (2007, p. 514-5) felicidade pode ser caracterizada por um bem-estar subjetivo ou extroversão estável. Pessoas felizes têm mais amigos, permanecem casadas por mais tempo, tem maior facilidade de contatos sociais e atividades em grupo. Buscando felicidade é comum a associação entre a frequência e a intensidade de emoções agradáveis, ou seja, pesquisadores consideram-se mais felizes as pessoas que se apresentam intensamente felizes a maior parte do tempo. O bem-estar subjetivo é associado à saúde e à longevidade, logo a emoção positiva funciona como previsão de saúde e longevidade, que são bons indicadores de reservas físicas.

adversidades e transformado, ou seja, é um processo que excede o simples “superar” (GARCES et al, 2012, p. 348).

A resiliência é considerada como o resultado final de processos de proteção que não eliminam os riscos experimentados, mas encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com a situação sofrida e a sair fortalecido dela. Os processos de proteção têm quatro funções principais: reduzir o impacto dos riscos experimentados, alterando a exposição da pessoa à situação adversa; reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; estabelecer e manter a autoestima e a autoeficácia pelo estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; criar oportunidades para reverter os efeitos de estresse (ROCCA L., 2007, p. 14).

Os fatores de risco são variáveis que aumentam a probabilidade de desadaptação de uma pessoa diante de uma situação de perigo, não são uma sentença, sendo que os fatores de proteção podem reduzir o impacto desses fatores de risco. Essas reações negativas podem ser minimizadas em exposição à situação de risco, estabelecendo a autoestima e criando oportunidades para reverter os efeitos de estresse (ANGST, 2009, p. 255).

A autoeficácia é um fator importante associado a resiliência, sendo considerada a crença nas habilidades individuais de organizar e exercitar os recursos para administrar situações visando o futuro. No entanto, não é possível se fazer inferências do tipo causa-efeito quando se trata de fatores de risco, sendo necessário identificar o ambiente como um todo, e não apenas o indivíduo (ANGST, 2009, p. 255-7).

A resiliência e a autoeficácia percebida atuam como forma do sujeito obter uma melhor qualidade de vida na superação da adversidade, envolvendo o contexto, a cultura e a responsabilidade coletiva, sendo capaz de responder de diferentes formas ante um fracasso (BARREIRA e NAKAMURA *apud* ANGST, 2009, p. 255).

Pessini (2010, p. 143) esclarece que as pessoas resilientes são feridas pelas circunstâncias da vida e desenvolvem uma profunda sensibilidade em relação a tudo que as cerca, ou seja, transformam-se em “radares de alta sensibilidade”. Além disso, possuem recursos interiores fundamentais para produzir o “bálsamo” necessário que ameniza dores e sofrimentos, mas que também cura e cicatriza as feridas. Essas cicatrizes são a prova viva e concreta, o sinal da luta e do esforço de superação, de saber que ainda é possível viver e dar a volta por cima com dignidade testemunhando com alegria a vitória.

Pessoas resilientes são capazes de apresentar características básicas como autoestima positiva, habilidades de dar e receber em relações humanas, disciplina, responsabilidade, receptividade, interesse, tolerância ao sofrimento (ANGST, 2009, p. 255).

É com a resiliência ou através dela que uma pessoa tem a capacidade de construir uma trajetória de vida saudável, apesar de viver em um contexto adverso.

Trata-se de um fenômeno complexo e dinâmico que se constrói gradativamente, a partir das interações vivenciadas pelo ser humano e seu ambiente, as quais podem promover a capacidade de enfrentar de forma positiva situações que representam ameaças ao seu bem-estar (SANTOS, 2011, p. 15).

A resiliência não é uma característica estática, mas sim um processo, que não é ativado em qualquer situação, nem em todo momento. Uma pessoa pode se apresentar como resiliente diante de uma situação e, posteriormente, não o ser diante de outra situação e, eventualmente, até mesmo diante da mesma situação. Com isso, pode ser entendido que resiliência não implica em atingir um estado de bem-estar constante. “A interação das variáveis individuais e contextuais configurará a maior ou menor capacidade de cada pessoa, em momentos específicos, de lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela” (SANTOS, 2011, p. 15-6).

No entanto, a resiliência não pode ser considerada um escudo protetor, que fará com que nenhum problema atinja essa pessoa, a tornando rígida e resistente a todas as adversidades, afinal, não existe uma pessoa que é resiliente, mas sim existe aquela pessoa que está resiliente. Esse é um processo dinâmico, e as influências ambientais e individuais relacionam-se de maneira recíproca, fazendo com que a pessoa identifique qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto (ANGST, 2009, p. 255).

A família é um fator importante que se insere e interfere no desenvolvimento da resiliência, como fatores de proteção são identificados o bom relacionamento familiar, a competência materna, a construção do apego e, conseqüentemente, a internalização do mesmo. A transmissão de valores, assim como as atitudes positivas dos pais sobre a importância da educação para o futuro de seus filhos, também tem papel fundamental no desenvolvimento de crianças e futuros adultos resilientes (GARCIA, *apud* SANTOS, 2011, p. 24).

As pessoas resilientes, mesmo diante das adversidades, se apresentam como protagonistas e não vítimas e isto acontecem mediante a fé, à crença e a confiança.

Os sistemas de confiança da família são a mais poderosa influência para a resiliência: 1) famílias que se ajudam produzem significado com base em sua situação adversa e nas opções que têm diante de si; 2) ajudando-se, elas superam o desespero para retomar a esperança e a confiança, as quais ajudam a conquistar seus objetivos com esforço e persistência; 3) cultivando uma espiritualidade, envolvendo a fé, as práticas espirituais e uma comunidade de fé, dão suporte a sua força e oferecem o conforto e a solidariedade em momentos difíceis (WALSH, 2007, p. 12).

A práxis do cuidado terapêutico e espiritual implica em aplicar a verdade a partir de uma perspectiva de compreender as singularidades e particularidades daquilo que se concebe como verdade. Trata-se de compreender e ouvir a verdade que vem da experiência da pessoa em crise, em conflito, sem sofrimento e nunca basear-se numa moral ou opinião generalizada sobre uma questão. Nesse espaço de cuidado mútuo, as histórias bíblicas podem ser resgatadas e interpretadas como imagens a partir das quais se pode aferir outros e novos referenciais para o cotidiano (ROESE, 2010, p. 303).

A vivência e a prática cotidiana da espiritualidade são fatores de proteção, pois ajudam tanto a assumir com aceitação as adversidades inevitáveis, quanto a lutar com esperança por uma transformação. Na confiança da presença divina é possível crescer com a adversidade, sentindo que não tem somente a força dos homens, mas uma força superior. Assim, a espiritualidade pode ser um dos recursos terapêuticos poderosos para recuperação, cura e resiliência (ROCCA L., 2007, p. 21).

A espiritualidade de quem sofre e de quem o serve tem a mesma e única fonte, um só modelo: Cristo e seu Espírito. Cristo assumiu o sofrimento humano; ele é o grande sofredor e, com seu Espírito, o verdadeiro consolador de quem sofre. [...] Devemos distinguir os sofrimentos que vêm como consequência do engajamento para o Reino de Deus (perseguições, calúnias, tribulações) dos provocados pelas doenças ou mesmo pelo agir desordenado (1Pedro 3,14-17). O Cristo proclama a bem-aventurança daqueles motivados pela adesão à sua palavra (Mateus 5,10-12). Os apóstolos se dizem felizes por ser dignos de enfrentá-los (Atos 5,41), e Paulo afirma completá-los em sua carne no seguimento de Cristo. Não é o sofrimento em si que tem valor; são os sentimentos interiores que contam (VENDRAME, 2001, p. 151-8).

Quando o cuidador cuida da sua espiritualidade cultiva uma permanente atitude de abertura, seja em qualquer realidade, vivendo concretamente a transcendência, ou seja, não se prende por nenhuma das realidades determinadas, mas sabe estar para além delas, nem se afunda com elas quando fracassam, nem se apega a elas quando triunfam (BOFF, 2012, p. 197).

Portanto, diante do sentimento de desvalimento, de desproteção e de necessidade de ajuda que o cuidador apresenta diante do seu sofrimento, a espiritualidade constitui uma forma de sustentação, recuperação e de proteção, atinge a solidão interior de quem padece motivando um vínculo com o Outro transcendente com quem se pode contar e se sentir seguro, favorecendo a busca de sentido com vistas à superação da situação traumática e do sofrimento (PESSINI, 2010, p. 144-5).

Nessa perspectiva o cuidador com a superação das adversidades compreende a vida de forma diferente, acolhe a vida como ela é, em suas virtualidades e em seu entusiasmo intrínseco, mas também em sua finitude e em sua mortalidade, ou seja, o cuidador traduz a capacidade de conviver, crescer e humanizar com as dimensões de vida, doença e morte.

3.2.3 Contribuições Acerca da Espiritualidade na Saúde de Pessoas

O cuidado especial e integral implica em sustentar e nutrir as pessoas com amor, diariamente e na totalidade de suas vidas. É um processo de apoiar, sustentar e encorajar o povo, quando faminto, sedento, solitário, ferido e inseguro.

Jesus é o modelo perfeito de como se devem tratar as pessoas doentes, pois ele se identifica com as pessoas que sofrem (VENDRAME, 2001, p. 158-60).

Para Richter Reimer (2008a, p. 112) as curas de Jesus abrem novo espaço de vida, de amor e compaixão de Deus às pessoas, surgindo novos paradigmas de inclusão, solidariedade, igualdade no discipulado. Quem experimenta uma cura pode saborear e compartilhar aos outros o Reino de Deus, afinal, a cura é a restauração da vida em sua totalidade e significa um resgate da dignidade humana numa perspectiva holística e integral em todas suas relações e dimensões de cuidado.

O cuidado integral e especial propõe o não-isolamento, a não-individualização do sofrimento e da cura, a não-privatização das relações e dos cuidados, e está mais atento às causas do sofrimento e da insatisfação do que aos sintomas (ROESE, 2010, p. 301).

Os fundamentos e os desafios para uma nova postura de cuidados nessa atualidade, carente de relacionamento entre pessoas e de preocupação pelo outro, poderá ser encontrada no coração do próprio ser humano, caso esteja atento para sua natureza, e voltar para sua essência, ou seja, “auscultar a natureza essencial e consultar o coração verdadeiro” (STRECK, 2006, p. 66).

Agir bem significa comportar-se de maneira que as coisas essenciais se concretizem na vida ordinária das pessoas.

Fazer o bem significa simplesmente melhorar o bem-estar das pessoas e aumentar a qualidade de suas vidas. A razão faz parte do processo de pensamento através do qual os significados da vida e da saúde são continuamente repensados e reconstruídos à luz da força suprema. Trata-se de um processo de reconstrução identitária que implica mutuamente profissionais, doentes e cuidadores.

Boff (2011, p. 28) caracteriza que uma postura renovada de cuidado começa quando o ser humano se “dispõe a olhar para dentro de si mesmo”, se reconhecendo como ser humano, e somente assim conseguirá voltar-se para o outro e para a natureza com um olhar carregado de sentido ético e moral. Em consequência de uma nova ótica se propiciará uma “nova razão instrumental, emocional e espiritual”.

A espiritualidade é uma forma de expressar vida, pautada no cuidado e no amor de uma força vital, moldada por circunstâncias e desafios que a pessoa enfrenta num determinado momento de sua vida.

A associação entre espiritualidade e saúde vem evoluindo em todo o mundo. Há evidências de que pessoas com espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos, a ter hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, desenvolvem menos depressão e se recuperam mais facilmente. Para muitas pessoas, a espiritualidade é uma fonte de conforto, bem-estar, segurança, significado, ideal e força. Quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar um significado para os eventos da vida, como a doença, ele sofre pelo sentimento de vazio e desespero. Porém, a espiritualidade oferece um referencial positivo para o enfrentamento da doença, e ajuda a suportar melhor os sentimentos de culpa, raiva e ansiedade (SAAD e ALMEIDA, 2008, p. 135).

Moreira-Almeida (2008, p. 19) afirma que na população de modo geral indivíduos mais religiosos tendem a viver mais, ter menos depressão, consome menos álcool e outras drogas, tende a ter menor índice de suicídio e melhor qualidade de vida do os não-religiosos. Isso porque a religiosidade dá mais esperança, otimismo. Desta forma, a pessoa tem mais força para lutar, se esforçar, buscar solução para seus problemas, maior autoestima, sente que Deus vela por ela, e isso pode ajudá-la a se empenhar mais, influenciando grandemente em sua saúde mental.

A relação entre a força vital, que provém do ser Supremo (Deus), e as normas e leis que guiam a vida em sociedade não pode ser entendida apenas [...] como um processo exclusivamente racional, mas precisa [...] ser percebida a

partir da compreensão intrinsecamente relacional da existência humana. [...] Enquanto princípio de harmonia social e de vida, o conceito de força vital nos estimula a pensar sobre o cuidado com a saúde, a promoção da saúde e a justiça da saúde não apenas em termos individuais, mas também em termos de população. De maneira semelhante, a saúde não deve ser entendida apenas de um ponto de vista individualista, mas também a partir de uma abordagem focada na população. Assim, criar arranjos sociais e um ambiente político favoráveis à boa saúde e ao bem-estar é tão importante como proporcionar acesso à assistência (AZETSOP, 2010, p. 123).

Para Waldow (1999, p. 191) há uma necessidade de englobar ao processo de cuidar um processo de educar, onde exista a conscientização como um valor e imperativo moral, sensibilização e conseqüente exercício. O cuidado humano é um processo de empoderamento, de crescimento e de realização de nossa humanidade, com intuito de que a pessoa cuidadora alcance sua autorealização.

Adotar uma atitude mais aberta em relação aos cuidadores significa dar espaço para perguntas e reconhecer que não se dispõe de respostas satisfatórias para muitas delas. A criação de redes de suporte social e de programa de auxílio aos cuidadores podem amenizar os níveis de sobrecarga permitindo uma troca de informações, facilitando o manejo do doente, reduzindo o sentimento de culpa e o isolamento (COUTO, 2004, p. 207-8).

O sentido da vida está em saber cuidar, possibilitando ao ser humano realizar sua essência, sua humanidade. Cuidar, que não se a um momento, mas a uma atitude constante de zelo, de preocupação e de afetividade consigo mesmo, com o outro e com a natureza (STRECK, 2006, p. 74).

Visto que o mundo da saúde precisa voltar à sua essência, eliminar todo processo de desumanização existente e retomar à consciência, à compaixão e à espiritualidade.

O mundo da saúde é um mundo que busca a espiritualidade, a transcendência, um mundo em busca de significado. Ele apela à consciência dos valores que moldam nossos pensamentos e nossas decisões; apela para o exame dos fracassos de um humanismo reducionista o qual rejeita qualquer coisa além do físico e do empírico e apela para o questionamento das inadequações da visão mecanista da ciência que reduz todos os fenômenos à análise material (ROACH *apud* WALDOW, 1999, p. 165).

Assim, propor aos cuidadores um espaço de apoio, de ajuda, de interpretação das causas e estados estressores, diagnóstico e cura, com intuito de diminuir a sensação de abandono e isolamento, permite o reconhecimento do sofrimento pessoal através do sofrimento alheio, permite vislumbrar saúde através do outro

rosto, do outro corpo que compõe o grupo. “Trata-se de uma desconstrução da concepção do sofrimento e da cura como centrados no indivíduo e como dependentes unicamente da intervenção de um terapeuta” (ROESE, 2010, p. 301-2).

A fé e a oração têm sempre favorecido e ainda favorecem a saúde, criando um ambiente saudável no nível pessoal e social em que a vida floresce em todas as dimensões. No âmbito pessoal, a fé promove: a harmonia interior consigo mesmo, com o criado, com os outros e com o grande Outro; o amor que liberta o homem também de si mesmo e das preocupações que geram estresse; uma vida conduzida segundo o Espírito, que evita desordens e outros fatores que geram doenças, como o ódio que corrói os ossos; o despertar das forças criadoras e curativas da pessoa; o perdão que liberta e dá a paz; a simplicidade evangélica e a pobreza que Deus quer, que combate a pobreza que Deus não quer, isto é, a miséria que produz ignorância, fome e doenças. No âmbito social, a fé favorece: o amor e a solidariedade para com os outros, com os últimos, eliminando a causa das doenças [...]; a justiça que usa todos os recursos para combater a injustiça social, a ignorância, a fome e a doença, sem discriminações, em espírito de comunhão e partilha [...]; a ecologia, o respeito da natureza e das leis da criação, fatores de vida e saúde (VENDRAME, 2001, p. 214-5).

Apoiar as pessoas que cuidam não é só uma exigência humanitária, é uma necessidade social e econômica. Para controlar o estresse e prevenir o desgaste e o adoecimento é necessário um reforço da capacidade física e emocional do cuidador a fim de que possa realizar suas tarefas e assumir a responsabilidade de seu papel sem ignorar a necessidade de criação de leis e adoção de políticas que sejam sensíveis às necessidades dos cuidadores (COUTO, 2004, p. 207).

Ao propiciar uma base segura para o cuidador poderá ser identificado com maior eficácia fontes de sofrimento, aumentar a empatia para si mesmo e para os doentes e se envolver em conversas reparadoras. Quando o cuidador se sente seguro, os problemas do doente podem ser manejados com mais eficiência e a confiança dos doentes na disponibilidade do cuidador pode ser restaurada (KOBAC e MANDELBAUM, 2012, p. 154).

Para mulheres que vivem situações de isolamento, solidão e depressão muito intensas, um processo terapêutico individual pode contribuir para aumentar esse isolamento, uma vez que ela se sentirá sozinha também no seu processo de cura. Um grupo pode se tornar um espaço de proteção, de cuidado mútuo, de continência, de afeto, que são elementos fundamentais para a integridade e a dignificação do ser humano. O movimento para a integridade, para a saúde que uma pessoa inicia, certamente, será mais pleno quando há uma comunidade. Uma comunidade pode significar inicialmente uma microcomunidade, um pequeno grupo. Saúde depende também de um bom lugar onde há presença espiritual e convivência. O cuidado terapêutico espiritual mantém a postura de humanizar, de aproximar pessoas, e uma visão não patologizante das relações (ROESE, 2010, p. 302).

No espaço de cuidado em um grupo, as pessoas envolvidas se sentem reconhecidas umas nas outras, tornam-se terapeutas umas das outras e podem confrontar as ideologias sociais e culturais que afirmam que elas são vulneráveis, desnaturadas, más e pecadoras, ou seja, precisam saber que não são doentes e que não são pessoas loucas (ROESE, 2010, p. 302).

Uma espiritualidade libertadora fecunda a vida com criatividade, e para além das certezas intelectuais, ela coloca as pessoas envolvidas no chão concreto da vida em uma dimensão jamais imaginada (PESSINI, 2010, p. 219).

Enfim, a espiritualidade é toda atitude e atividade que favorece a expansão da vida, a relação consciente, a comunhão aberta, a subjetividade profunda e a transcendência como modo de ser sempre disposto a novas experiências e novos conhecimentos (BOFF, 2012, p. 218-9).

Cuidadores, quando bem orientados e tomados pelo sentimento de aceitação, sentem-se mais motivados para participar de programas assistenciais, aceitam com maior facilidade as observações críticas e as limitações dos profissionais, além de ter uma melhora na assistência ao doente e menor desgaste e sobrecarga em suas atividades de diárias de cuidado (COUTO, 2004, p. 207).

O Prêmio Saúde 2013 da editora Abril traz como um dos finalistas na categoria Saúde Mental e Emocional a pesquisa sobre os efeitos de sessões de ioga e meditação na qualidade de vida de um grupo de cuidadores, onde por meio de exames ficou comprovada uma redução expressiva nos níveis de cortisol, o hormônio do estresse, após as atividades de controle do fluxo de pensamento perceberam que os cuidadores apresentaram uma menor carga da substância na saliva, o que traz diversas repercussões no corpo, como melhora do sono e humor, diminuição dos níveis de cortisol proporciona ao coração batimentos em ritmos mais harmoniosos, além de manter um equilíbrio no sistema imunológico, baixam os níveis de ansiedade e estresse e melhora pressão arterial (ABRIL, 2013).

Uma ideia situa-se no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF) visando uma perspectiva ampliada do ser interagindo com o meio, em sua família. Observar indivíduo, em particular os cuidadores, dentro de um contexto familiar e social com suas limitações, rede de relações e crenças, é fundamental para a compreensão e o entendimento do processo saúde-doença e dos determinantes da qualidade de vida. Assim considera-se importante e de grande valia a estruturação das Políticas Públicas de Saúde em geral, e no PSF, uma fundamentação e uma

abrangente avaliação aos cuidadores, com intuito de averiguar possíveis diagnósticos de problemas específicos e também realizar uma ampla e considerável avaliação das condições de vida, realidade cultural e qualidade de vida desta população que presta cuidados aos doentes (FLORIANO e DALGALARRONDO, 2007, p. 169).

Nessa dimensão de cuidado a pessoa cuidadora ainda possui recursos inacreditáveis que precisam ser descobertos, cuidados e potencializados para enfrentar e superar experiências adversas ou mudanças traumáticas de sua vida. Enfim, essa pessoa precisa ser resiliente, ou seja, ser capaz de ir além da sua capacidade de superar, de um lado a resistência à destruição, a capacidade de proteger sua integridade física e pessoal sob fortes pressões; e do outro lado a capacidade de construir e de criar uma vida digna não obstante contextos e circunstâncias adversas (PESSINI, 2010, p. 143).

Nesse sentido, o cuidado é algo que vai além de procedimentos técnicos, engloba envolvimento e compromisso com o outro, tornando-se uma ação humanizada. É um resultado de uma relação, de um entrelaçamento, de um permitir que o outro se mostre e ainda de um permitir que a angústia se manifeste de maneira autêntica e inautêntica nos diferentes momentos da vida de uma pessoa cuidadora (OLIVEIRA e CARRARO, 2011, p. 379).

Para tanto, faz-se necessário esse envolvimento voluntário contribuindo com o ser humano de forma livre, responsável e harmoniosa, tendo o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde das pessoas por parte dos profissionais da saúde, de maneira que a exploração da dimensão pessoal da experiência humana está intimamente integrada e ligada nas dimensões espirituais.

O pleno cuidado à saúde das pessoas cuidadoras está intimamente ligado a sua qualidade de vida e ao seu bem-estar em todas as suas dimensões, seja emocional, social, psíquica, mental e espiritual, conduzindo a pessoa ter a capacidade de atravessar dificuldades e situações agressoras e ter o controle e o equilíbrio de voltar à qualidade satisfatória de vida.

O pleno cuidado à saúde das pessoas cuidadoras está também intimamente ligado ao saber cuidar de si, não basta apenas cuidar do doente e conviver com o sofrimento do outro, não pode deixar de cuidar de si, de ter uma íntima relação saudável consigo mesmo e com a transcendência, pois esse é o grande segredo

para que a pessoa cuidadora possa se relacionar bem com o outro e cuidar do outro, ou seja, quando se relaciona o cuidado de si com o cuidado do outro.

Pode-se dizer que a relação do cuidado ao outro assume uma perspectiva sublime quando há o autoconhecimento e o cuidado de si e assim o outro se desenvolve a partir do desenvolvimento do conhecimento e da práxis do cuidar humano conquistado e adquirido pela pessoa cuidadora.

Portanto, o cuidar humano tem princípios essenciais que estão grandemente relacionados com o ser, com a totalidade do ser, com as interrelações do ser e das relações do ser com os ambientes ou espaços do cuidar, regidos pela promoção a saúde, a qualidade de vida, a ética e estética na presença do cuidar de si e do outro.

CONCLUSÃO

A história de vida das pessoas é acompanhada de uma dinâmica entre saúde e doença, com contínuos esforços para vencer as adversidades da vida e a superação de experiências de sofrimento, sejam em situações traumáticas ou não.

A saúde é o que a pessoa experiencia no cotidiano presente e que interessa apenas por quem vive o momento. Proporciona às pessoas um suposto bem-estar em suas funções morfofuncionais. Já a doença, para muitas pessoas, quase a maioria, é constituída como algo capaz de provocar uma ruptura das certezas da vida, desencadeando nas pessoas uma angústia por tal ameaça e a possibilidade de não ser mais uma pessoa no mundo existencial como era antes.

Todo ser humano tem um limite pessoal para lidar com as adversidades. Considera-se que a superação de uma situação traumática ou adversa em sua vida faz crescer a resiliência, contribuindo para o amadurecimento das pessoas, como ser humano, e para a descoberta de um sentido mais profundo às coisas e à vida, e na percepção de valores e visão do mundo.

A pessoa que cuida de doentes tem sido foco na análise de estudos abordando o ser cuidador com seus benefícios e malefícios na arte de cuidar.

A fenomenologia de Heidegger permite compreender que doença é apenas uma modalidade do ser em sua forma de viver. Julga-se necessário as pessoas colocarem sua própria experiência da realidade em sua forma de ver os fenômenos da vida, pois o ser ocorre e se constitui no tempo, e o fato de existir no tempo conduz as pessoas há constantes mudanças com novas possibilidades.

À medida que o ser existe no tempo continua a conviver com as mudanças, e como as coisas na vida da maioria das pessoas são organizadas de maneira apressada e demasiadamente indiferente, pode ocasionar tardiamente o chamado esquecimento do ser. No meio dessa celeridade a saúde, o cuidado, as pessoas que são cuidadas, como também as que cuidam, sofrem as consequências dessa indiferença.

O conhecimento entra no mundo e o pensamento parece fracionado, conduzindo as pessoas a compreenderem os acontecimentos da vida de forma limitada. Isso acaba levando as pessoas a um mundo de múltiplas visões. E, na tentativa de explicar como fazer ou como mudar essa situação, sempre há uma tendência a afirmar que a vida das pessoas carece de sentido e de significados.

Numa perspectiva de cuidados aos cuidadores, cabe direcioná-los a uma caminhada para o encontro com seu ser, vivenciando sua experiência e estando aberto a uma possibilidade de criar seus próprios sentidos para a vida, ou seja, a transcendência pode ser um modo de projetar-se para além de si e descobrir o seu próprio sentido de viver. Afinal o homem apenas existe como tal em face do outro e para que o homem seja humano, desenvolva-se como pessoa, torna-se de suma importância o convívio com outros entes, possibilitando a troca de relações, pois o homem apenas se conhece quando se encontra na sua relação com o outro.

Heidegger aponta que o ser de uma pessoa precisa ser lançado no mundo numa tentativa de reconstrução constante de si mesmo, promovendo movimentos que o possa reconstruir, elucidado pela ideia de cuidado nas práticas de saúde e nas práticas de cuidado de si mesmo no mundo cotidiano, pois o cuidado pode ser caracterizado como a totalidade das estruturas ontológicas do ser, compreendendo todas as possibilidades da existência enquanto estão vinculadas às coisas e a outras pessoas.

É fato que o ser humano sempre tem a possibilidade de colocar cuidado em tudo que projeta e faz. No entanto, a demanda excessiva de cuidado ao outro, especificamente quando esse outro é um doente incapacitado, pode comprometer a saúde física, emocional, espiritual e psíquica de quem cuida, culminando num estado de adoecimento desse indivíduo.

Pessoas cuidam de si e dos outros, assistem as suas necessidades ou padecem quando se ocupam demasiadamente do ato de cuidar. Quantas vezes as pessoas não estão em cuidado de si, quantas vezes estão ansiosas ou temerosas de que algo ruim infeliz ou insatisfatório aconteça! Ter cuidado é se dedicar a uma causa, mas também ser cauteloso para consigo mesmo.

Na dimensão de cuidado existe o grande desafio de transcender à facticidade da doença e de responsabilizar-se por uma nova perspectiva de significados sobre a compreensão da existência humana, possibilitando um acolhimento mais sereno e humanizado a quem sofre em sua convivência diária e cotidiana com o doente incapacitado.

Atender à perspectiva do cuidar é como tecer uma teia de relações e de interações entre as pessoas e entre si, alcançando um patamar superior de compreensão do existir humano.

Nas relações de cuidado, vive-se a aceitação das limitações e vulnerabilidades tanto do cuidador como de quem recebe o cuidado, e a pessoa cuidadora de doentes recebe de forma impactante esse processo de interação.

Nesse sentido é necessário destacar que o cuidador precisa ser cuidado para poder cuidar. E em meio a tantas situações vivenciadas no cotidiano a escuta constitui importante elemento da resiliência, utilizando importantes recursos como a fé, a transcendência e a espiritualidade para a transformação, a aprendizagem e o crescimento a partir dos enfrentamentos na vida do cuidador. É essa transcendência que pode capacitar as pessoas cuidadoras a projetar-se em direção ao seu poder-ser autêntico, libertando-se do vazio existencial, desvelando-se e desvendando o mundo ao seu redor.

A práxis terapêutica de Jesus se propõe a resgatar as pessoas dos sofrimentos e das mazelas da vida, a partir do encontro com a espiritualidade, preenchendo os vazios propiciados pela vida e resgatando a vontade de viver, o poder do querer e a esperança.

Pelo fato de a espiritualidade despertar esperança, ela atua na interação entre os sistemas nervoso, endócrino e imunológico, associando a redução dos níveis de substâncias inflamatórias, envolvidas no processo que leva há doenças. Funcionando como uma reação em cadeia devidamente equilibrado, o cérebro diminuiria a emissão de sinais por meio de hormônios.

O poder do querer permite que as pessoas possam 'ser' novamente, resgatando em sua essência o amor e a benevolência, reconduzindo uma possibilidade ao relacionamento consigo e com o outro.

Crer, acreditar, perdoar e amar é uma construção de escudo protetor importante para adquirir resiliência na vida. A resiliência desafia e impulsiona as pessoas a assumirem conscientemente a necessidade de situar-se numa perspectiva de esperança, e não padecer perante os sofrimentos.

A resiliência convida as pessoas a olharem positivamente para quem passa por situações de risco e adversidades sérias, modificando as práticas educativas, o enfoque do trabalho social ou da saúde, começando por observar, identificar e usar melhor os recursos daqueles que sofrem.

No entanto, a resiliência não pode ser vista com um fator de proteção absoluta nem invulnerabilidade, mas sim como uma possibilidade de enfrentamento, adaptação e superação ligada não só as características pessoais, mas também a

fatores ambientais, sociais e circunstâncias do cotidiano. Assim, uma pessoa pode ser resiliente diante de uma situação e não resiliente diante de outra.

Nesse sentido, para que uma pessoa se torne resiliente, é preciso que reconheça o problema em sua real dimensão, e assim estabeleça a forma de enfrentamento e os objetivos a serem atingidos.

A resiliência é como a metáfora da ostra, que, para proteger-se do grão de areia que a fere, se envolve de nácar o intruso, arredondando as asperezas e dando origem a uma bela pedra preciosa, que é a pérola.

Assim também pode ocorrer com uma pessoa quando se confronta com uma situação de adversidade e, ao tomar atitudes resilientes, sai da situação mais fortalecida, irradiante e com energia vital renovada e revigorada.

Nessa busca pela resiliência, os vínculos com a espiritualidade e com a fé são de extrema importância, permitindo a valorização de cada pessoa e preparando-a para controlar os agentes estressores e agressores no cotidiano, além de serem fortalecidas, mobilizadas e ativadas as qualidades individuais.

É com a espiritualidade e com a fé que a pessoa percebe que cuidar da alma implica cuidar do corpo, facilitando a busca por equilíbrio nos momentos difíceis, funcionando como um efeito antidepressivo.

A discussão sobre a relação entre fé e espiritualidade, entre doença e cura e saúde apenas está se iniciando. Nessa perspectiva a espiritualidade é um dos fatores protetores à saúde mental e representa características adaptativas da vida, além de ajudar na superação de sofrimentos e ser chave no desenvolvimento das capacidades de resiliência, ajudando as pessoas a transcenderem, a enxergarem além da adversidade. A fé pode tirar ou minimizar doenças do caminho das pessoas.

Na Bíblia não aparece o termo resiliência, mas apresenta vários relatos de sofrimento e de testemunhos de fé de pessoas que passaram por diferentes formas de experiências, desde uma alegria e amparo divino até sofrimentos e abandono.

Nos textos bíblicos é possível observar, por meio das narrativas e dos personagens, como a vida das pessoas eram tratadas em sua plenitude, demonstrando fé, amor, consagração e entrega da vida a Deus. Por outro lado, há evidências de incredulidade, rebeldia, exclusão e perversidade humana.

O cego de Jericó faz as pessoas refletirem a influência e a importância do poder-ser. A partir de sua visão e do seu foco determinado em sua vida alcançou seus objetivos, ou seja, ele se movimentou naquilo em que ele precisava e queria em sua

vida. No ato de sua cura ele joga o seu manto, representando de forma clara e evidente o seu movimento em prol de sua vida. Mediante sua fé, ele se transforma em sujeito de sua própria história. As mazelas que vivia antes já faziam parte de seu passado e com o milagre sua vida é ressignificada a partir do que ele se propôs a ser.

No paralítico de Cafarnaum, a práxis terapêutica de Jesus se amplia mediante uma fé solidária. Na ocasião, pela fé Jesus, cancela todo um passado, e ali se faz um trabalho total de reestruturação de todas as características internas e externas daquele homem. Os amigos não tiveram receio e vergonha de demonstrarem aos outros o seu grande amigo, pois o que eles queriam era a restauração de uma vida precavida de sentido e de condições de vitalidade.

A mulher encurvada representa uma grande e maravilhosa demonstração da ternura e do carinho incondicional do taumaturgo Jesus. Nesse caso, uma debilidade física trouxe uma nova expectativa de esperança e renascimento. O toque terapêutico de Jesus supre uma necessidade essencial e vital na vida daquela mulher. Ele supre a totalidade de seu ser. Ele sacia suas necessidades e a reestrutura para uma vida digna que qualquer pessoa humana possa ter.

Mediante tais narrativas bíblicas, cuidadores e cuidadoras podem e devem desenvolver ações e atitudes de encorajamento ajudando a si mesmos e também ajudando as pessoas sofredoras a perceberem que estão sofrendo, auxiliando na passagem do caos a uma nova ordem com significados e sentido após as feridas traumáticas, transformando seus atos de cuidado de uma dimensão *chronos* para uma vivência cotidiana na dimensão *Kairós*. Somente assim se tornarão agentes de sua própria história como o cego de Jericó, o paralítico de Cafarnaum e a mulher encurvada.

No Brasil ainda faz-se necessário um reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de que a espiritualidade é um componente importante na saúde das pessoas de maneira a garantir uma melhor qualidade de vida, paz e harmonia, além de promover conforto, estimular o crescimento pessoal, facilitar o convívio com outras pessoas e oferecer algum propósito para a vida.

Nesta dimensão de cuidado, saúde e espiritualidade surge a possibilidade em estudos posteriores de se analisar um pouco mais a população cuidadora, com intuito de mapear sua performance espiritual, e isso pode ser averiguado por intermédio de instrumentos, tais como: WHOQOL na modalidade SRPB, Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE), escala de religiosidade de Duke (DUREL) correlacionando-os aos testes de depressão e ansiedade.

Busca-se aqui trazer um olhar mais atento sobre a pessoa cuidadora de doentes, um doente oculto que precisa se perceber e se permitir ser percebido estabelecendo um vínculo terapêutico efetivo, acenando para um trabalho de manejo da sua saúde que possa ter relevância no cotidiano, dando sentido e significado para sua saúde e sua vida, ou seja, perceber sinais e preocupações anteriores em sua vida que antes não eram percebidos.

Uma ressignificação na história de vida de um cuidador pode propiciar uma reorientação da assistência em sua vida na direção de sua humanização. Trata-se de transformar sua história em cuidado de si numa reconstrução organizada e orientada pelo ideal de cuidado, identificando as condições determinantes de possibilidades para uma desejável presença de uma sabedoria prática em meio e por meio do encontro com uma práxis terapêutica pessoal e integral a cada cuidador.

Nesse cotidiano surge a necessidade de reivindicações para que o cuidador recrie a si mesmo em suas práticas diárias, num espaço que propicie seu desenvolvimento, seu amadurecimento e sua integração da autenticidade do seu ser, algo que pode ser confirmado pelo cuidado ao indivíduo e por aquilo que sua angústia o revele.

Afinal, o cuidado é respeito e valorização da dignidade humana. É no cuidado que as pessoas mais expressam sua solidariedade para com as outras pessoas, e é por esse caminho na dimensão do cuidado que toda relação terapêutica deveria se caracterizar.

Não apenas no cuidado com o outro, mas também no cuidado de si, abrindo novos canais para a recepção do seu eu, inundando sua essência com a virtude do que necessariamente precisa, retirando de dentro de si as falhas e os erros, aliviando sofrimentos, ganhando experiência e conhecimento, na promoção ao poder-ser com saúde, paz, alegria, harmonia, amor, equilíbrio, coragem e fé numa condição de ressignificação e reencontro com sua energia vital e essencial ao existir humano, sempre percorrendo e caminhando em Verdade.

REFERÊNCIAS

A *BÍBLIA SAGRADA*. Tradução de João Ferreira de Almeida. Revista e atualizada no Brasil. 2. ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

ABRIL, Prêmio Saúde, 2013. Disponível em: <saude.abril.com.br/premiossaude/2013/finalistas-mental.shtml>. Acesso em: 17 nov. 2013. 16:16:34.

ADAMS, Patch. *O amor é contagioso*. 4. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

ALMEIDA, Katiele dos Santos; LEITE, Marinês Tambara; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 403-412, 2009.

ALMEIDA, Marcelo Machado de; SCHAL, Virgínia Torres; MARTINS, Alberto Mesaque; MODENA, Celina Maria. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.

ALMEIDA, O. P. Sintomas Psiquiátricos entre Pacientes com Demência atendidos em um Serviço Ambulatorial. *Arq. Neuropsiquiatria*, v. 57, n. 4, p. 937-943, 1999.

ALMINHANA, Letícia Oliveira; NOÉ, Sidnei Vilmar. Saúde e espiritualidade: contribuições da psiconeuroimunologia e das técnicas mente-corpo para o tratamento do câncer. *Estudos teológicos*, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 261-272, jul./dez. 2010.

ANGST, Rosana. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 27, n.58, p. 253-260, jul./set. 2009.

ANISMAN H.; ZACHARKO, R. M. Coping with stresses, norepinephrine depletion and scape performance. *Brain Research*, v. 191, p. 538-558, 1990.

ARAÚJO, Cláudia Lysia de O.; NICOLI, Juliana Silva. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 231-244, jun. 2010.

ARRUDA, Eloita Neves; SILVA, Alcione Leite da. Programa integrado de pesquisa cuidando e confortando: retrospectiva histórica. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 13-35, mai./ago. 1998.

ASSIS-MADEIRA, Elisângela Andrade; CARVALHO, Sueli Galego de. Paralisia cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 142-163, 2009.

ATKIWSON, R. L. et al. *Introdução a Psicologia de Hilgard*. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AUSTIN, J. K.; McBRIDE, A. B.; DAVIS, H. W. *Parental attitude and adjustment in childhood epilepsy*. Nurse Research, 1984.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, saúde, educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004. (2004a).

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004. (2004b).

AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC. *RFML*, v. 8, n. 4, p. 199-204, 2003. (Série III).

AZETSOP, Jacquineau. Ética centrada na vida, cura e saúde pública na África. *Concilium – Revista Internacional de Teologia*, Petrópolis, v. 336, p. 113-125. 2010.

AZEVEDO, Raquel Souza. *Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: uma revisão sistemática*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

BARLOW, D. H. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 583p

BECK, A. T. et al. Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *Journal of the American Medical Association*, v. 234, p. 1146-1149, 1975.

BECK, A. T.; RUSH, A. J. Cognitive therapy of depression and suicide. *Am J Psychother*, v. 32, n. 2, p. 201-219, 1978.

BECK, A. T. *Prisoners of hate: the cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York, NK: Harper Collins, 1999.

BEHRMAN, R. E.; KHIEGMAN, R. M. *Tratado de Pediatria*. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BERGANT, Diane; KARRIS, Robert J. (Orgs.). *Comentário bíblico: evangelhos e atos, cartas e apocalipse*. Tradução de Barbara Theoto Lambert. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1999. (Volume III).

BERGER, Klaus. *Hermenêutica do Novo Testamento*. Tradução de Nélio Schneider. São Leopoldo: Sinodal, 1999.

_____. *Hermenêutica do Novo Testamento*. Tradução de Nélio Schneider. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal; Faculdades EST, 2008.

_____. *Psicologia histórica do Novo Testamento*. Tradução de Monika Ottermann. São Paulo: Paulus, 2011. (Coleção Academia Bíblica).

BERGER, Peter Ludwig. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. Tradução de José Carlos Barcellos. São Paulo: Paulinas, 1985.

BERGESCH, Karen. Poder e violência a partir da ótica da mulher. *Revista de Interpretação Bíblica Latino-Americana*. n. 41, p. 129-138, 2002.

BIDARRA, Andrea Pereira. *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crônica oncológica*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Dor) – Universidade de Lisboa, Portugal, 2010.

BIGHETTI, Cássia Aparecida. *Escala de depressão (EDEP) e sua relação com medidas de personalidade e habilidades sociais*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade São Francisco, Itatiba, 2010.

BINIK Y. Psychosocial Predictors of Sudden Death: A Review and Critique. *Social Science and Medicine*. v. 7, p. 667-680, 1985.

BLASI, Márcia. Lucas 13.10-17. *Proclamar libertação: auxílios homiléticos*, São Leopoldo, v. 37, p. 257-261, 2012.

BOBSIN, Oneide. Cura. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008, p. 249-252.

BOCCHI, S. C. M. Vivendo a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev. Latino Americana Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 115-121, 2004.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ÂNGELO, Margareth. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 729-738, 2005.

BOFF, L. *Ecologia, mundialização, espiritualidade*. Rio de Janeiro: Record, 2008.

_____. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. *O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. Petrópolis: Vozes, 2012.

BORTOLINI, José. *O evangelho de Marcos: para uma catequese com adultos*. São Paulo: Paulus, 2003.

BOVON, François. *El evangelio según San Lucas: Lc 9,51-14,35*. V. II. España: Salamanca, 2002.

BRAKEMEIER, Gottfried. A cura do paralítico em Cafarnaum (Mc 2.1-12): uma exegese. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, ano 23, p. 11-41, 1983.

BRANDALISE, Ilda. *Espiritualidade como espaço terapêutico no resgate do sentido da vida*. Monografia (Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças*

crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRONDANI, Cecília Maria. *Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar.* Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2008.

BRONNEC, M. et al. Reports on Defense styles in Depression. *Psychopathology - Health & Medical Complete*, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2005.

BROWN, G. W.; BIFULCO, A.; HARRIS, T. O. Life events, vulnerability and onset of depression. Some Refinements. *British Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 30-42, 1987.

BRUSTOLIN, Leomar Antônio. A vida: dom e cuidado – antropologia teológica e ética do cuidado. *Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 36, n. 152, p. 441-460, jun. 2006.

BUENO, Francisco da Silveira. *Dicionário escolar da Língua Portuguesa*. 8. ed. revista e atualizada. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar (FENAME), 1973.

BUSCAGLIA, L. F. *Os deficientes e seus pais*. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

CAMARGO, Renata Cristina Virgolin Ferreira de. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Electronica Salud Mental Alcohol y Drogas*, v. 6, n. 2, p. 231-254, 2010.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, p. 7-10, 2002. (Suplemento I).

CARDOSO, Cinira Conceição Longo; ROSALINI, Maria Helena Pereira; PEREIRA, Maria Tereza Mendes Laves. O cuidar na concepção dos cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. *Serviço Social Revista*, Londrina, v. 13, n. 1, p. 24-42, jul./dez. 2010.

CARNEIRO, Antônio Fernando. *Avaliação da ansiedade e da depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos.* Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

CASTILHO, A. R. G. et al. Transtornos de Ansiedade. *Rev Bras. Psiquiatria*, v. 22, p. 20-3, 2000. (Suplemento II).

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 15, n. 3, p. 625-35, 2002.

CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 6, n. 2, 2004.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; OLIVEIRA, Nair Isabel Lapenta de. Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, São Paulo, 2002.

CHAGAS, Natália Rocha. *O cuidado familiar e o cuidado à criança com câncer em quimioterapia no domicílio: abordagem da fenomenologia social*. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

CHAMPLIN, Russell Norman. *O novo testamento interpretado: versículo por versículo*. São Paulo: Hagnos, 2002. V. 1: Mateus, Marcos.

COLLINS, Adela Yarbro. *Mark: a commentary*. Editado por Harold W. Attridge. 2007.

COMBET-GALLAND, Corina. O evangelho segundo Marcos. In: MARGUERAT, Daniel. (Org.). *Novo testamento: história, escritura e teologia*. Tradução de Margarida Oliva. São Paulo: Loyola, 2009, p. 45-80.

COMBLIN, José. Corporeidade e Bíblia. *Estudos bíblicos*, Petrópolis, n. 87, p. 57-64, 2005/3.

CORDOVA, Rosimeire Aparecida Milhim. *Avaliação clínica: evolutiva dos pacientes pós - primeiro acidente vascular cerebral e o impacto familiar*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2007.

CORREIA Jr., João Luiz. *O poder de Deus em Jesus: um estudo de duas narrativas de milagres em Mc 5,21-43*. São Paulo: Paulinas, 2000. (Coleção Bíblia e História).

_____. A dimensão do corpo na Bíblia. *Estudos bíblicos*, Petrópolis, n. 87, p. 10-23, 2005.

COSTA, M. C.; SOUZA, R. P. *Adolescência: aspectos clínicos e psicossociais*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

COSTA, Sônia Marisa Brandão da. *Atitudes dos pais e dos professores face à depressão infantil*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2012.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLIN, T. *Robbins: patologia estrutural e funcional*. 6. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2000. 1251 p.

COURTINE, Jean-Jacques. O espelho da alma. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. (Org.). *História do corpo: da Renascença às Luzes*. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 401-410.

- COUTO, Cláudia Borges. *O paciente oculto: revelando as consequências que o cuidar de um paciente portador de esclerose lateral amiotrófica promove na vida do cuidador familiar*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- CROATTO, José Severino. *As linguagens da experiência religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião*. Tradução de Carlos Maria Vásquez Gutiérrez. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2010.
- CUVILLIER, Élian. O evangelho segundo Mateus. In: MARGUERAT, Daniel. (Org.). *Novo testamento: história, escritura e teologia*. Tradução de Margarida Oliva. São Paulo: Loyola, 2009, p. 81-106.
- DEIFELT, Wanda. Corpo/corporalidade/corporeidade. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008, p. 203-204.
- DETTMANN, Wantuil. *A família portadora de deficiência: um desafio para a prática pastoral*. Monografia (Graduação em Teologia) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2001.
- DEZORZI, Luciana Winterkorn. *Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- DEZORZI, Luciana Winterkorn; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 212-217, março/abril. 2008.
- DIAMENT, A.; CYPEL, S. *Neurologia Infantil*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- DIAS, E. L. F. As múltiplas fases de um paciente no domicílio. In: DIAS, L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar*. 2. ed. São Paulo: Unicamp, 2005, p. 61-73.
- DIOGO, M. J. D'E. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 59-65, 2003.
- DOMINGUES, M. A. R. C. *Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 27, n. 1, p. 49-53, jan./mar. 2011.
- EFFGEN, Susan K. *Fisioterapia pediátrica: atendendo às necessidades das crianças*. Traduzido por Eliane Ferreira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- ELIADE, Mircea. *Tratado de historia de las religiones*. Madrid: Cristiandad, 2000.

_____. *O sagrado e o profano: a essência das religiões*. Tradução de Rogério Fernandes. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

EUZEBIO, Carlos José Vidal; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Compreendendo o cuidador informal do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em Psicologia*, v. 14, n. 1, p. 63-79, 2006.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. *Personalidade e crescimento pessoal*. Tradução de Daniel Bueno. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FAJARDO, Axel Hernández. *Calidad de vida y espiritualidad*. San José: Sebila, 2009. (Colección Ensayos).

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

FARRAN, C. J.; LOUKISSA, D. A. Caring for self while caring for others: the two-track life of coping with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*. p. 38-46, 2004.

FARRIS, James Reaves. Teologia prática, cuidado e aconselhamento pastoral: um resumo da história recente e suas consequências atuais. *Estudos de Teologia*, v. 1, n. 12, p. 11-30, 1996.

FERNANDES, Marcos Aurélio. O cuidado como amor em Heidegger. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 17, n. 2, p. 158-171, jul./dez. 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, Caroline Gomes; ALEXANDRE, Tiago da Silva; LEMOS, Naira Dutra. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde Social*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011.

FERREIRA, M. C. T. Ambiente Familiar e os Problemas do Comportamento apresentados por Crianças com Baixo Desempenho Escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

FIGUEIREDO, Daniela; LIMA, Margarida Pedroso; SOUSA, Liliana. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 97-112, jan. 2009.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e saúde coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

_____. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

_____; SKEVINGTON, Suzanne. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista psiquiatria clínica*, n. 34, p.146-149, 2007. (Suplemento 1).

FLORIANO, Petterson de Jesus; DALFALARRONDO, Paulo. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, n. 1, p. 150-170, 1985.

FONSECA, Natália da Rosa; PENNA, Aline Fonseca Gueudeville. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. *Ciência e saúde coletiva*. v. 13, n. 4, p. 1175-1180, 2008.

FRANK, J. E.; TOMAZ, C. Enhancement of declarative memory associated with emotional content in a Brazilian sample. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 33, p. 1483-1489, 2000.

FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FRITZLEO, Lentzen-Deis. *Comentario al evangelio de Marcos: modelo de nueva evangelización*. España: Editorial Verbo Divino, 1998.

GALIMBERTI, Umberto. *Rastros do sagrado: o cristianismo e a dessacralização do sagrado*. Tradução de Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 2003.

GALLAZZI, Sandro. *O evangelho de Mateus: uma leitura a partir dos pequeninos*. São Paulo: Fonte Editorial, 2012.

GARCES, Solange Beatriz Billing et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012.

GARRETT, Andreia Filipa Alves. *A influência da religião/espiritualidade na saúde: apoio social e estratégias de coping como variáveis mediadoras*. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Universidade de Lisboa, Portugal, 2009/2010.

GARRIDO, Javier. *Proceso humano y gracia de Dios*. 2. ed. Maliaño (Cantabria): Sal Terrae, 1996. (Colección Presencia Teologica).

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 57, n. 2B, p. 427-34, 1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista Saúde Pública*. v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GEBARA, Ivone. *Vulnerabilidade, justiça e feminismos: antologia de textos*. São Bernardo do Campo: Nhanduti, 2010.

GÉLIS, Jacques. O corpo, a igreja e o sagrado. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. (Org.). *História do corpo: da Renascença às Luzes*. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 19-130.

GILLEN, R. et al. Distress, Depressive Symptoms, and Depressive Disorder among Caregivers of patients with brain injury. *J. Head Trauma Rehabil*, v. 13, n. 3, p. 31-43, 1998.

GOMES, Ana Margarida Rodrigues. O cuidador e o doente em fim de vida: família e/ou pessoa significativa. *Enfermeria Global*, n. 18, p. 1-9, feb. 2010.

GONÇALVES, Luciana de Oliveira. *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000, p. 89-103.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000.

GOULART, F. A. de A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Revisado por Elisandrea S. Kemper. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GRELHA, Patrícia Alexandra Simão Sousa. *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida*. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Portugal, 2009.

GROV, E. K.; DAHL, A. A. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, v. 16, n. 1, p. 1185-1191, 2005.

GUEVARA, Edwin Mora. Espiritualidade a partir da graça em um programa de tratamento de dependência de drogas. In: SANTOS, Hugo N. (Editor). *Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral: contribuições a partir da América Latina e do Caribe*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008. p. 125-142.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, p. 88-94, 2007. (Suplemento I).

GUNDRY, Robert Horton. *Mark: a commentary on his apology for the cross*. Michigan: Grand Rapids, 1993.

HAMILTON, I. S. *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

HAACKER, Klaus. Enfermidade, oração e cura. *Revista Teológica Brasileira – Vox Scripturae*, v. 1, n. 14, p. 18-42, 2006.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback. 5. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco, 2011.

HEIMANN, Thomas. *Cuidando de cuidadores: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes em UTI's – uma abordagem a partir da psicologia pastoral*. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2003.

HENDRIKSEN, William. *New testament commentary: the gospel of Mark*. United States of America: The Banner of Truth Trust, 1976.

HIGUET, Etienne A. Para uma espiritualidade do cotidiano. *Via Teológica*, v. 2, n. 4, dezembro. 2001.

HOFMANN, Heidi. *A bioética na discussão feminista internacional*. Tradução de Monika Ottermann. São Bernardo do Campo: Nhanduti, 2008.

HORA, Edilene Curvelo; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 93-98, jan./fev. 2005.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001 [citado 2002 jul 27]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>

ITO, L. M. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ITO, Lígia M.; RAMOS, Renato T. Escalas de avaliação clínica do transtorno de pânico. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000, p. 145-155.

JACKSON, Osa. Função cerebral, envelhecimento e demência. In: UMPHRED, D. A. *Reabilitação Neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 837-862.

JOSGRILBERG, Rui de Souza. Hermenêutica fenomenológica e a tematização do sagrado. In: NOGUEIRA, Paulo Augusto de Souza (Org.). *Linguagens da religião: desafios, métodos e conceitos centrais*. São Paulo: Paulinas, 2012, p. 31-67. (Coleção estudos da religião).

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KARSCH, U. M. Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KITTAY, Eva. Incapacidade, igual dignidade e cuidado. *Revista Concilium*, Petrópolis, n. 300, p. 104-116, mar./mai. 2003.

KOBAK, Roger; MANDELBAUM, Toni. Cuidando do cuidador: uma abordagem do apego para avaliação e tratamento dos problemas infantis. In: JOHNSON, Susan M; WHIFFEN, Valerie E. (Edit.). *Os processos do apego na terapia de casal e família*. Tradução de Cila Anker e Silvia Spada. São Paulo: Roca, 2012, p. 136-156.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista Psiquiatria Clínica*. v. 34, p. 5-7, 2007. (Suplemento 1).

KUBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e morrer*. São Paulo: Fontes, 1990.

LAHAM, Cláudia Fernandes. *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LEANDRO, José Carlos. A linguagem corporal e as parábolas: uma análise a partir de Mc 4,1-9. *Estudos bíblicos*, Petrópolis, n. 87, p. 80-89, 2005/3.

LEMOS, C. T. Religião e Saúde: a busca de uma vida com sentido. *Fragments da Cultura*, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 479-510, 2002.

_____. *Religião e Saúde: (re)significando as dores na vida cotidiana*. Goiânia: Deescubra, 2008.

_____. O sagrado e a experiência religiosa. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 17-23. (2009a)

_____. Religião e sentido da vida. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 31-41. (2009b)

_____. Religião como fator de manutenção / mudança da ordem social. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 43-46. (2009c)

LIMA, Mary Lícia. *Qualidade de vida de indivíduos com Acidente Vascular Encefálico e de seus cuidadores*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

LINDEN, Gerson Luis. Graça. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008, p. 461-463.

LOHSE, Eduard. *Contexto e ambiente do Novo Testamento*. Tradução de Hans Jörg Witter. São Paulo: Paulinas, 2000.

LÓPEZ, J.; ARRIETA, J.; CRESPO, M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 41, p. 81-94, 2005.

LOTHMAN, D. J.; PIANTA, R. C. Predicting behavior problems in children with epilepsy: child factors, disease factors, family stress and child-mother interaction. *Child Development*, 1994.

LOUW, Daniël. *Cura vitae: illness and the healing of life in pastoral care and counseling – a guide for caregivers*. South African: Lux Verbi.BM, 2008.

LOW, S. M. The cultural basis of health, illness and disease. *Social Work Health Care*, v. 9, n. 3, p. 13-23, 1984.

LÜCKEMEYER, Valdemar. Marcos 2.1-12. In: KIRST, Nelson; MALSCHITZKY, Harald; SCHWANTES, Milton (Coord.). *Proclamar Liberdade*. v. 10. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia da IECLB, 1984, p. 453-459. (Série Alternativa de PL e Série de Perícopes).

LUNDY-EKMAN, L. *Neurociências: fundamentos para a reabilitação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LUZ, Ulrich. *El evangelio según San Mateo II*. Tradução Manuel Olasagasti Gaztelumendi. Salamanca: Polígono El Montalvo, 2001.

LUZARDO, Adriana Remião. *Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MACHADO, E. P. *Perfil de Ansiedade e Depressão em Cuidadores de Indivíduos Portadores de Necessidades Especiais atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2006.

_____; RICHTER REIMER, Ivoni. Uma mulher marcada pela opressão e pela ternura de Deus: análise e interpretação de Lucas 13.10-17. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 1, p. 127-137, jan./jun. 2011.

MACHADO, Roberta Antunes et al. O cuidado familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. *Revista Enfermagem Saúde*, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 39-49, jan./mar. 2011.

MAGALHÃES, Antônio; PORTELLA, Rodrigo. *Expressões do sagrado: reflexões sobre o fenômeno religioso*. Aparecida: Santuário, 2008. (Cultura & Religião).

MAKIYAMA, T. Y. et al. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégico por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr.*, v. 11, n. 3, p. 106-109, 2004.

MALINOWSKI, B. *Magia, ciência e religião*. Tradução de Maria Georgina Segurado. Lisboa: 70, 1988.

MANCINI, M. C. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 60, n. 2B, p. 1-10, 2002.

MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, M. *Dicionário médico Andrei*. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda, 1997.

MANZONI, Ana Paula Dornelles da Silva. *Avaliação de sintomas depressivos e de ansiedade em cuidadores de pacientes pediátricos com dermatite atópica, psoríase e vitiligo*. Tese (Doutorado em Saúde da criança e do adolescente) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARANHÃO, M. V. M. Anestesia e Paralisia Cerebral. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 55, n. 6, p. 680-684, 2005.

MARCONDES, E; ORAY, Y. *Pediatria Básica: pediatria clínica geral*. 5. ed. São Paulo: Savier, 2003.

MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 65-74, abril. 2003. (Suplemento I).

MARTIN, P. et al. Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Qual Life Res.* v. 14, p. 463-472, 2005.

MARTINS, Teresa; RIBEIRO, José L. Pais; GARRETT, Carolina. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, saúde e doenças*. v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.

MARGUERAT, Daniel. In: MARGUERAT, Daniel. (Org.). *Novo testamento: história, escritura e teologia*. Tradução de Margarida Oliva. São Paulo: Loyola, 2009, p. 107-136.

MATEOS, Juan; CAMACHO, F. *Marcos: texto e comentário*. Tradução de José Raimundo Vidigal. São Paulo: Paulus, 1998. (Coleção comentários bíblicos).

MATERA, Frank J. *Cristologia narrativa do Novo Testamento*. Tradução de Jaime A. Clasen. Petrópolis: Vozes, 2003.

MENDES, P. M. T. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MENESES, Jonatas. *Pentecostalismo e os rituais de cura divina: personagens e percursos*. São Cristóvão: Ed. UFS; Aracaju: Fundação Oviêdo Teixeira, 2008.

MENEZES, Magali M. de; SÁ, Suliane de. Escritas que emudecem ou fazem o corpo falar. In: NEUENFELDT, Elaine; BERGESCH, Karen; PARLOW, Mara (Orgs.). *Epistemologia, Violência e Sexualidade: olhares do II Congresso Latino-Americano de Gênero e Religião*. São Leopoldo: Sinodal; EST, 2008, p. 51-64.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos*. Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>, acesso em 24 de nov. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Prático do Cuidador*. 2. ed. Brasil, 2009. (Série A: normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador_2ed.pdf>, acesso em 24 de nov. 2013.

MIRANDA, Evaristo E. da; MALCA, José M. Schorr. *Sábios fariseus: reparar uma injustiça*. São Paulo: Loyola, 2001.

MIRANDA, L. H. S. *Estudo da Memória Emocional em Pacientes Internados Portadores de Quadro de Depressão Maior*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2004.

MIRANDA, Mario França. Lo sagrado: uma evaluación teológica. *Selecciones de Teología*, Barcelona, v. I, n. 30, p. 114-118, 1991.

MOLTMANN-WENDEL, Elisabeth e PRAETORIUS, Ina. Corpo da Mulher, corporalidade. In: GÖSSMANN, Elisabeth et al. (Orgs.) *Dicionário de Teologia Feminista*. Tradução de Carlos Almeida Pereira. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 60-67.

MOOS, R. H. *Coping with physical illness, 2: new perspectives*. New York and London: Plenum Medical Book Company, 1982.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Ciência pesquisa a espiritualidade. *Revista Super Saudável*, São Paulo, a. 8, n. 39, jul./set. 2008.

_____. O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. *Espiritualidade & Saúde Mental*, v. 1, p. 1-6, 2009.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000, p. 71-87.

MORI, Mariana Ono; VALENTE, Tânia Cristina O.; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Síndrome de *Burnout* e rendimento acadêmico em estudantes da primeira à quarta série de um curso de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 4, n. 36, p. 536-540, 2012.

MORRIS, Leon L. *O evangelho de Lucas: introdução e comentário*. Tradução de Gordon Chown e Revisão de Júlio Paulo Tavares Zabatiero. São Paulo: Vida Nova, 2000.

MOURÃO, Ýleris de Cássia de Arruda. Cura e vida: a práxis do corpo, da fala e o poder da fé. In: RICHTER REIMER, Ivoni (Org.). *Corpo, gênero, sexualidade, saúde*. Goiânia: Ed. da UCG, 2005. p. 49-65.

MOURIK, J. C. et al. Frontotemporal Dementia: Behavioral Symptoms and Caregiver Distress. *Dement Geriatr Cogn Disord*, v. 18, p. 299-306, 2004.

MU, P.; KUO, H.; CHANG, K. Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, v. 42, p. 273-282, 2005.

MUELLER, Enio R. Fé. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008, p. 442-445.

MULHOLLAND, Dewey M. *Marcos*. Tradução de Maria Judith Prado Menga. São Paulo: Sociedade Religiosa Edições Vida Nova, 1978.

MÜLLER, Iára. *Aconselhamento em grupo com pessoas portadoras de deficiência*. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 1997.

MÜLLER, Wunibald. *Deixar-se tocar pelo sagrado*. Tradução de Carlos Almeida Pereira. Petrópolis: Vozes, 2004.

NASCIMENTO, Ederson Rodrigues do et al. Qualidade de vida de quem cuida de portadores de demência com corpos de Lewy. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 62, n. 2, p.144-152, 2013.

NELSON, C. A. Paralisia Cerebral. In: UMPHRED, D. A. *Reabilitação neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004, p. 272-301.

OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira de; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p.376-380, mar./abr. 2011.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, S. V. (Org.) *Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 79-98.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. São Leopoldo: Sinodal, 2012.

OPORTO, Santiago Guijarro; GARCÍA, Miguel Salvador. *Comentário ao novo testamento*. Tradução de Alceu Luiz Orso. São Paulo: Ave Maria, 2006.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. Active ageing: a policy framework. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/entity/en>>, acesso em 12 de novembro de 2013.

OTTO, Rudolf. *O sagrado: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação como o racional*. Tradução de Walter O. Schlupp. São Leopoldo: Sinodal/EST; Petrópolis: Vozes, 2007.

OTZEN, Benedikt. *O judaísmo na antiguidade: a história política e as correntes religiosas do Alexandre Magno até o imperador Adriano*. Tradução de Rosangela Molento Ferreira. São Paulo: Paulinas, 2003.

PAIVA, Geraldo José de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan./mar. 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 34, p. 105-115, 2007. (Suplemento 1).

PASSARELI, Paola Moura; SILVA, José Aparecido da. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 4, p. 513-517, out./dez. 2007.

PELLEGRIN, Nicole. Corpo do comum, usos comuns do corpo. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. (Org.). *História do corpo: da Renascença às Luzes*. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 131-216.

PESSINI, Leo. *Espiritualidade e artes de cuidar: o sentido da fé para a saúde*. São Paulo: Paulinas, 2010.

PEREIRA, João Nogueira. A compreensão do *ethos* diante de normas morais e religiosas. *Horizonte*, Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião PUC-MG, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 33-46, 1ºsem. 2005.

PEREIRA, Lúcia Helena Pena. O ritmo da vida: corporeidade, auto-expressão e desenvolvimento humano. In: OLIVEIRA, Humbertho; CHAGAS, Marly. (Org.). *Corpo expressivo e construção de sentidos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008, p. 129-148.

PEREIRA, M. E. M. S. M.; ARAÚJO, T. C. C. F. Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular. *Arquivos Neuropsiquiatria*, v. 63, n. 2B, p. 502-507, 2005.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiatria RS*, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PERES, Júlio Fernando Prieto et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 34, p. 82-87, 2007. (Suplemento 1).

_____ et al. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 34, p. 136-145, 2007. (Suplemento 1).

_____. Espiritualidade e Psicoterapia. *Espiritualidade & Saúde Mental*, v. 3, p. 1-7, 2009.

PERETTI, Clélia. Gênero: perspectivas antropológicas e fenomenológicas em Edith Stein. *Estudos teológicos*, São Leopoldo, v. 50, n. 1, p. 54-68, jan./jun. 2010.

PESAVENTO, Sandra. *História & História Cultural*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

PETEAN, E. B. L.; NETO, J. M. P. Investigações em Aconselhamento Genético: impacto da primeira notícia: a reação dos pais à deficiência. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 31, p. 288-295, 1998.

PICCININI, Cesar Augusto et al. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de psicologia*, v. 8, n. 1, p. 75-83, 2003.

POHL, Adolf. *O evangelho de Marcos: comentário esperança*. Curitiba: Evangélica Esperança, 1998.

POLAKOFF, R. J. et al. The psychosocial and Cognitive Impact of Duchenne's Muscular Dystrophy. *Seminars in Pediatric Neurology*, v. 5, n. 2, p. 116-123, 1998.

POULSHOCK, W.; DEIMILING, G. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, v. 39, p. 230-239, 1994.

QUÉRE, France. *As mulheres do evangelho*. Tradução de M. Cecília de M. Duprat e Revisão de Rubens Marchioni. São Paulo: Paulinas, 1984.

RANGEL, Alexandre. Jonas: cuidar do ser, cuidar do outro. *Estudos Bíblicos*, Petrópolis, v. 72, p. 35-48, 2002.

_____. Processos de cura na Bíblia e na vida: para continuar pensando no assunto. In: UETI, Paulo (Org.). *A terapêutica de Jesus: corpo, poder e fé*. São Leopoldo: CEBI, 2010. V. 2. p. 33-56. (Coleção Saúde e Bíblia).

REBELATTO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. 2. ed. ampliada. Barueri: Manole, 2007.

REICHOLD, Anne. *A corporeidade esquecida: sobre o papel do corpo em teorias ontológicas e éticas da pessoa*. Tradução de Benno Dischinger. São Leopoldo: Nova Harmonia, 2006.

REIMER, Haroldo. Textos sagrados e seus ensinamentos. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 77-82.

_____; RICHTER REIMER, Ivoni. *Tempos de Graça: o Jubileu e as tradições jubilares na Bíblia*. São Leopoldo: Sinodal; CEBI; São Paulo: Paulus, 1999.

_____; RICHTER REIMER, Ivoni. As linguagens da experiência religiosa. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 25-29.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. spe. 1, p. 505-508, 2009. (Especial Nefrologia).

RICHTER REIMER, I. Cura e Salvação: experiências do sagrado na construção da vida em suas múltiplas relações. *Fragmentos de Cultura*, Goiânia, v. 12, n. 6, p. 1233-53, 2002. (2002a)

_____. Justificação por fé e cuidado de toda a criação: motivos para perseverar (Romanos 8). *Estudos Bíblicos*, Petrópolis, v. 72, p. 115-123, 2002. (2002b)

_____. Parábolas no novo testamento: reflexões sobre metodologia e economia. *Caminhos*, Goiânia, v. 1, n. 2, p. 283-290, jul./dez. 2004.

_____. (Org.). *Economia no mundo bíblico: enfoques sociais, históricos e teológicos*. São Leopoldo: CEBI; Sinodal, 2006.

_____. Templo: espaço sagrado e simbólico-identitário na vida de Jesus. In: OLIVEIRA, Irene Dias de (Org.). *Religião no Centro-Oeste: impacto sociocultural*. Goiânia: Ed. da UCG, 2007, p. 69-76.

_____. *Milagre das Mãos: curas e exorcismos de Jesus em seu contexto histórico – cultural*. São Leopoldo: Oikos; Goiânia: UCG, 2008. (2008a)

_____. Um elogio à prudência econômica transgressora: um estudo de Lucas 16,1-9, *Phoênix*, Laboratório de História Antiga UFRJ, Rio de Janeiro, v. 13, p. 140-166, 2008. (2008b)

_____. Nossos corpos na saúde e na doença. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 193-196.

_____. *Mulheres nas sinagogas: história, fontes e (inter)ditos sobre participação feminina em espaços sagrados, no IV Congresso Internacional em Ciências da Religião, realizado na PUC Goiás, Goiânia, setembro 2010. [a ser publicado]*

_____. Textos do novo testamento como fonte para estudos na história. In: MARCHINI NETO, Dirceu; NASCIMENTO, Renata Cristina de Sousa (Orgs.). *A idade média: entre a história e a historiografia*. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2012. p. 235-252.

RIENECKER, Fritz. *O evangelho de Mateus comentário esperança*. Tradução de Werner Fuchs. Curitiba: Evangélica Esperança, 1988.

_____; ROGERS, C. *Chave lingüística do Novo Testamento Grego*. Tradução de G.Chown e Júlio P.T.Zabatiero. São Paulo: Vida Nova, 1988.

ROCCA L., Susana M. Resiliência: uma perspectiva de esperança na superação das adversidades. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA L., Susana M. (Orgs). *Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal; EST, 2007. p. 9-27.

ROESE, Anete. O sagrado e o processo de re-imaginação da corporeidade e das relações de gênero. *Revista de Filosofia e Teologia do Instituto Teológico Arquidiocesano Santo Antônio – RHEMA*, Juiz de Fora, v. 11, n. 38, p. 65-93, 2005.

_____. *Bibliodrama: a arte de interpretar textos sagrados*. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

_____. A abordagem feminista do cuidado espiritual e psicoterapêutico. *Estudos teológicos*, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 288-305, jul./dez. 2010.

- ROLLMAN, B. L. et al. Symptomatic Severity of Prim-MD Diagnosed Episodes of Panic and Generalized Anxiety Disorder in Primary Care. *J Gen Intern Med.* v. 20, p. 623 -628, 2005.
- ROMANO, B. W. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ROSA, L. C. S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. *Saúde em Debate*, v. 28, n. 66, p. 28-37, 2004.
- ROSA, S. M. *A Relação entre Religião e Deficiência Física para as Mães de Crianças com Paralisia Cerebral*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.
- ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- ROVER, Maria Cecília. Toque terapêutico: o encontro entre o desejo de uma vida plena e a plenitude da vida. In: LEMOS, Carolina Teles (Org.). *Religião e saúde*. Goiânia: Deescubra, 2007. V. 2. p. 95-110. (Coleção Religião e Cotidiano).
- ROWLAND, L. P. *Merrit: Tratado de Neurologia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- RÜCKERT, Maria Luiza. Enfermidade. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008, p. 348-351.
- RYERSON, Susan D. Hemiplegia. In: UMPHRED, D. A. *Reabilitação Neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 782-830.
- RYLE, J. C. *Doença, universalidade, benefícios e obrigações*. São Paulo: PES, 1990.
- SAAD, Marcelo; ALMEIDA, Cristiane Isabela de. Medicina integrativa. *Einstein: educ. contin. Saúde*, v. 6, n. 3, p. 135-136, 2008. (Parte 2).
- SAFRA, Gilberto. *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo: Sobornost, 2006. (Coleção Pensamento Clínico de Gilberto Safra).
- SALGUEIRO, Jennifer Braathen; GOLDIM, José Roberto. As múltiplas interfaces da bioética com a religião e a espiritualidade. In: GOLDIM, José Roberto (Org.). *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre: Ed. da PUC/RS, 2007, p. 11-27.
- SANCHES, Mário Antonio. Espiritualidade e ciência na sociedade do conhecimento. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 49, n. 2, p. 291-304, jul./dez. 2009.
- SANTISO, Maria Teresa Porcile. *A mulher, espaço de salvação*. Tradução de I. F. L. Ferreira e Revisão de H. Dalbosco. São Paulo: Paulinas, 1993.

SANTOS, Andréa de Fátima dos. *A resiliência e sua forma de promoção em famílias que convivem com a doença crônica*. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS Jr., Eudócio Mendes dos. *A importância e os benefícios da capelania hospitalar na Missio Dei*. Tese (Doutorado em Ministério) - Centro Presbiteriano de Pós-Graduação Andrew Jumper, São Paulo, 2008.

SANTOS, Leontino Farias dos. Ética. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008, p. 395-398.

SANTOS, Nilce Maria de Freitas. *Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico*. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

SARTORI, Noriene Teodoro (Apoiadora). Grupo de apoio ao cuidador domiciliar do PID Programa Melhor em Casa – Contagem. Disponível em: <<http://www.redehumanasus.net/node/60498>>. Acesso em: 24 de nov. 2013. 19:32:06.

SAVOIA, Mariangela Gentil. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping) em situações de estresse. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000, p. 377-386.

SCHNELLE, Udo. *Teologia do novo testamento*. Tradução de Monika Otterman. Santo André: Academia Cristã; São Paulo: Paulus, 2010.

SCHOSSLER, T. *Cuidador domiciliar do idoso: cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde – uma análise através da teoria do Cuidado Humano de Jean Watson*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SCHULTZ, D. D.; SCHULTZ, S. E. *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Thompson, 2002, 528p.

SCHÜSSLER FIORENZA, Elisabeth. *As origens cristãs a partir da mulher: uma nova hermenêutica*. Tradução de João Rezende Costa. São Paulo: Paulinas, 1992.

SCLIAR, Moacir Jaime. *Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica*. Tese. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Cap. 2. Disponível em: <http://portalteses.iciict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000018&lng=pt&nr m=iso>, acesso em 12 de maio de 2006 e 23 de março de 2011.

SECONDIN, Bruno; GOFFI, Tullo. *Curso de espiritualidade: experiência, sistemática, projeções*. Tradução de Bertilo Brod. São Paulo: Paulinas, 1993. (Coleção Avulso).

SHIELDS, C. Family Interaction and Caregivers of Alzheimer's Disease Patients: Correlates of Depression. *Fam. Proc.*, v. 31, p. 19-33, 1992.

SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado(s) em movimento: a ética do cuidador e a escuta sensível como fundamento do cuidado do outro. In: NÓE, S. V. (Org.) *Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p. 15-24.

SILVA, Valmor da. Lugares sagrados. In: RICHTER REIMER, I.; SOUZA, J. O. (Orgs.). *O sagrado na vida: subsídios para aulas de teologia*. Goiânia: Ed. da UCG, 2009. p. 83-86.

SOARES, Sebastião Armando Gameleira; CORREIA Jr., João Luiz. *Evangelho de Marcos: refazer a casa*. v. 1. Petrópolis: Vozes, 2002. (Coleção Comentário Bíblico).

_____; _____; OLIVA, José Raimundo. *Evangelho de Marcos*. São Paulo: Fonte Editorial, 2012.

SOUZA, Sandra Duarte de. Trânsito religioso e reinvenções femininas do sagrado na modernidade. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 21-29, dez. 2006.

SOUZA, Virgínio Cândido Tosta de. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar na terminalidade da vida. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (Orgs.). *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. 1. ed. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011, p. 297-314.

SPELLMEIER, Arteno I. Marcos 10.46-52. In: SCHNEIDER, Nélio; DEIFELT, Wanda (Coord.). *Proclamar Liberdade*. v. 22. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia da IECLB, 1997, p. 265-271. (Série Teologia Prática – Auxílios Homiléticos).

STEVENS, A.; LOWE, J. *Patologia*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002. 655p.

STRECK, Gisela I. Waechter. Competência espiritual e saber-cuidar. In: DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos (Org.). *Saber-cuidar de si, do outro, da natureza*. Porto Alegre: Ed. da PUC/RS, 2006, p. 64-74.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar de humor. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 5, p. 205-11, 2009.

SWEENEY, Jane K.; SWANSON, Marcia W. Crianças de baixo peso ao nascer: cuidados neonatais e acompanhamento. In: UMPHRED, D. A. *Reabilitação neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004, p. 213-271.

TAKAHASHI, M.; TANAKA, K.; MIYAOKA, H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 59, p. 473-480, 2005.

TAMAI, Sérgio. Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, p. 15-21, 2002. (Suplemento I).

TEZZA, Maristela. *Memórias de mulheres, conflitos adormecidos*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

THEISSEN, Gerd. *Urchristliche Wundergeschichten*. Tradução de Ivoni Richter Reimer. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1974.

TILGHMAM, B. R. *Introdução à filosofia da religião*. São Paulo: Loyola, 1996.

TIMM, Handolfo. *A ética no cuidado com doentes terminais*. Monografia (Especialização em Ética, Cidadania e Subjetividade) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2006.

TRONTO, Joan C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. (Org.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 186-203, 1997. (Coleção Gênero).

UETI, Paulo. O toque erótico e herético que movimenta a vida: apontamentos sobre saúde a partir de Marcos 5,25-34. In: UETI, Paulo (Org.). *A terapêutica de Jesus: corpo, poder e fé*. São Leopoldo: CEBl. V. 2. p. 33-56, 2010. (Coleção Saúde e Bíblia).

UMPHRED, D. A. *Reabilitação Neurológica*. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.

VALLA, V. V.; LACERDA, A. As propostas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, p. 91-103, 2004.

VAZ, H. C. L. *Escritos de filosofia II: ética e cultura*. São Paulo: Loyola, 1993.

VENDRAME, C. *A cura dos doentes na Bíblia*. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2001.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 36-47, 1999.

VOLKMANN, Martin. Mateus 9,1-8. In: KAICK, Baldur Van (Coord.). *Proclamar Liberdade: auxílios homiléticos*. v. 4. São Leopoldo: Sinodal, 1979, p. 283-287. (Série de Períopes I e II).

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WALKER, L. S.; VAN SLYKE, D. A.; NEWBROUGH, J. R. Family resources and stress: a comparison of families of children with Cystic Fibrosis, Diabetes, and Mental Retardation. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 17, p. 327-343, 1992.

WALSH, Froma. Os desafios da resiliência familiar. *Revista do Instituto Humanitas*. Unisinos, São Leopoldo, 241. ed., p. 12, out. 2007.

WEGNER, U. *Exegese do Novo Testamento: manual de metodologia*. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 1998.

WENZEL, João Inácio. *O caminho do seguimento no evangelho de Lucas*. São Leopoldo: CEBI, 1998.

WESTHELLE, Vítor. Marcos 10,46-52. In: KILPP, Nelson; WESTHELLE, Vítor (Coord.). *Proclamar Libertação*. v. 16. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, 1990, p. 283-287. (Relatos de Caminhada com a Bíblia e Auxílios homiléticos sobre a série ecumênica trienal – ano B).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of fuction and disability*. Beta-2, Version Geneva: WHO, 1999.

ZARIT, S. H. *Research Perspective on Family Caregiving*. American Society for Aging: San Francisco, 1994.

ZSCHORNACK, Ilaine. *A experiência com o sagrado e o resgate da espiritualidade no aconselhamento pastoral*. Monografia (Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2006.