



Nosocômios como zonas de fronteira: práticas e experiências intersticiais de pluralidade religiosa em ambiente hospitalar

Nosocomiums as border zones: interstitial practices and experiences of religious plurality in a hospital environment

Antônio Carlos Coelho¹

Resumo: O artigo analisa o nosocômio como espaço simbólico e socialmente denso, onde diferentes sentidos sobre saúde, cuidado, sofrimento e espiritualidade se entrecruzam. Investiga de que maneira os espaços hospitalares se configuram como zonas de fronteira que possibilitam o surgimento de práticas e experiências inter-religiosas e intersticiais. Analisa como essas experiências contribuem para a ampliação do cuidado em saúde sob uma perspectiva intercultural e ética. Adota como metodologia a revisão de literatura e reflexões teóricas sobre o conceito de pluralidade religiosa no ambiente hospitalar, articulando saberes da saúde, da religião e da linguagem. Os resultados indicam que, embora orientados por uma racionalidade biomédica hegemônica, os espaços de recuperação da saúde são constantemente atravessados por significados plurais, provenientes de práticas religiosas e espirituais diversas. Essas práticas atribuem novos significados à experiência da enfermidade, revelando a complexidade simbólica e cultural presente nesses espaços de cuidado. Ainda que nem sempre institucionalmente legitimadas, estas manifestações resistem, circulam e, em certos contextos, são incorporadas às práticas de cuidado, sobretudo quando há abertura ao diálogo inter-religioso.

Palavras-chave: Pluralidade cultural. Espiritualidade. Espaço de encontro. Cuidado. Ciência da Religião.

Abstract: This article analyzes the hospital as a symbolic and socially dense space, where different meanings about health, care, suffering and spirituality intersect. It investigates how hospital spaces are configured as border zones that allow the emergence of interreligious and interstitial practices and experiences. It analyzes how these experiences contribute to the expansion of health care from an intercultural and ethical perspective. It adopts as methodology a literature review and theoretical reflections on the concept of religious plurality in the hospital environment, articulating knowledge of health, religion and language. The results indicate that, although guided by a hegemonic biomedical rationality, health recovery spaces are constantly traversed by plural meanings, originating from diverse religious and spiritual practices. These practices attribute new meanings to the experience of illness, revealing the symbolic and cultural complexity present in these spaces of care. Although not always institutionally legitimized, these manifestations resist, circulate and, in certain contexts, are incorporated into care practices, especially when there is openness to inter-religious dialogue.

Keywords: Cultural plurality. Spirituality. Meeting space. Care. Science of Religion.

¹ Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Pós-Graduado em História Cultural e da Arte pela Universidade Federal de Minas Gerais e Graduado em História pelo Centro Universitário Newton. e-mail: coelhomil@hotmail.com.

Introdução

A internação hospitalar costuma ser uma experiência marcada por sofrimento físico e emocional. Nesse contexto, além dos tratamentos clínicos, tornam-se essenciais abordagens que contemplem também as dimensões psicológica, afetiva e espiritual dos pacientes a fim de promover um cuidado integral que responda à complexidade da experiência de adoecimento.

Foi durante a internação de um familiar, em um nosocômio da Zona da Mata mineira, que tive meu primeiro contato mais próximo com esse universo. Envolvido pela rotina dos profissionais de saúde e pela estrutura do cuidado técnico e relacional, comecei a perceber o hospital não apenas como um espaço clínico, mas como um território simbólico, atravessado por dor, fé e esperança.

Com o passar dos dias, vieram à tona expressões espontâneas de espiritualidade: orações em silêncio, preces em grupo, visitas de obreiros das mais diversas tradições religiosas — católica, evangélica, espírita, umbandista e candomblecista. Notei que muitos pacientes se sentiam melhor após essas visitas. Aos poucos, deixavam de ser apenas corpos em tratamento para tornarem-se sujeitos dos processos de cuidado, também em sua dimensão espiritual.

Essa vivência despertou uma percepção do hospital como uma zona de fronteira — um lugar onde o técnico e o simbólico se entrelaçam e onde a pluralidade religiosa compõe, de forma constitutiva, a dinâmica do cuidado. A experiência me levou a compreender esses ambientes de cuidado como espaço de encontro entre diferentes visões de mundo, em que práticas de fé coexistem com saberes biomédicos, muitas vezes em tensão, mas também em complementaridade.

Dessa forma, a pesquisa propõe investigar o ambiente hospitalar como espaço de interação entre espiritualidade, bem-estar e diversidade religiosa, refletindo sobre a importância das representações religiosas em contextos de cuidado. A análise fundamenta-se em revisão de literatura e em reflexões teóricas que articulam os campos da saúde, da religião e da linguagem, com base em observações realizadas no contexto mencionado, ainda que sem autorização formal da instituição ou utilização de falas diretas de pacientes e funcionários.

A investigação se organiza em três eixos principais: (1) as práticas religiosas espontâneas presentes no ambiente hospitalar; (2) o impacto simbólico dessas práticas

no bem-estar emocional e espiritual dos pacientes; e (3) as possibilidades de convivência entre diferentes tradições religiosas em um contexto hospitalar plural.

A partir desses eixos, busca-se compreender o ambiente nosocomial como espaços de experiências intersticiais que desafiam os paradigmas biomédicos e contribuem para uma ética do cuidado mais inclusiva e intercultural.

1. Entre rezas e protocolos: o nosocômio como território de encontros culturais e espirituais

O hospital, enquanto instituição da modernidade constitui um espaço regulado por discursos científicos, normas técnicas e dispositivos de controle. Contudo, é também um campo simbólico onde práticas culturais e espirituais se manifestam de maneira muitas vezes invisibilizada.

A interação entre cultura, saber científico e espiritualidade configura-se como eixo central de análise neste estudo, evidenciando as tensões, ressignificações e estratégias de apropriação simbólica mobilizadas pelos sujeitos que habitam e atribuem sentido ao espaço hospitalar no contexto da experiência de internação.

Inserido nesse campo de forças, um nosocômio localizado em Minas Gerais revela, de forma exemplar, como a diversidade cultural dos sujeitos transforma o ambiente hospitalar em um espaço dinâmico de encontros e trocas simbólicas. É nesse entrelaçamento de cosmovisões, práticas religiosas e expressões espirituais que se delineia uma experiência compartilhada: a busca por sentido, consolo e dignidade diante da vulnerabilidade que acompanha o processo de adoecimento.

Este momento é crucial, pois além das questões físicas e biológicas envolvidas na enfermidade, ele expressa o esforço do indivíduo em afirmar sua identidade, sua cultura e sua pertença religiosa diante da fragilidade imposta pela doença. Nesse contexto, o paciente se vê desafiado a compreender a si mesmo como um sujeito singular. Suas condições de saúde, embora particulares, também são compartilhadas, em certa medida, com médicos, familiares e outros pacientes.

É fundamental compreender o nosocômio — em suas dimensões interna e externa — como parte de uma sociedade “multicultural, o que impõe aos profissionais de saúde o desafio de oferecer cuidados adequados a indivíduos com distintas experiências de vida, crenças, valores, sistemas religiosos, línguas e concepções de

saúde” (Lemos et al, 2019). Como destacam os autores, trata-se de um contexto marcado pela complexidade cultural, o que exige sensibilidade, escuta ativa e práticas interculturais no cuidado em saúde.

A dimensão externa revela-se na diversidade cultural, religiosa e social de pacientes, familiares e da comunidade ao redor do hospital. Em um contexto globalizado, esses sujeitos trazem histórias, crenças e valores que moldam suas concepções sobre saúde, doença e cura, influenciando diretamente suas relações com o cuidado, os profissionais e temas como dor, finitude e recuperação.

É igualmente necessário considerar a dimensão interna que diz respeito à diversidade entre os profissionais de saúde. Médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais e outros trabalhadores da área trazem referenciais culturais, espirituais e sociais próprios, que também influenciam suas percepções sobre o adoecimento e o cuidado. O hospital, portanto, constitui um microcosmo plural, onde diferentes visões sobre o sofrimento humano podem gerar tensões, mas também abrir espaço para o diálogo e o acolhimento.

Essa leitura amplia a compreensão do ambiente hospitalar como um espaço de interação social complexa, em que múltiplas formas de perceber e lidar com o sofrimento, a doença e a cura se entrelaçam, conforme os sentidos culturais atribuídos pelos sujeitos envolvidos. Os hospitais, imersos na dinâmica das redes sociais, são compostos por membros ativos de um sistema cultural interconectado.

Essa perspectiva nos remete a um início cultural remoto em que

sem a atenção da comunidade como um todo, a pessoa que estivesse doente não seria capaz de se curar, pois sozinha ela não teria forças suficientes para sair do estado de enfermidade no qual se encontrava. Dessa forma, a comunidade cercava o doente de atenção e criava um ninho para que a qualidade dos cuidados fosse garantida e a parte sadia da pessoa enferma fosse suscitada novamente (Rességuier, 2003, p. 25).

Para o autor, o processo da cura reside na importância da coletividade, dependendo da atenção profissional e do apoio da comunidade, indo além do esforço particular do indivíduo. Ou seja, a cura não é apenas um processo físico, mas também social e comunitário.

O ambiente hospitalar, assim, configura-se como um espaço de trânsito cultural, onde conceitos se “hibridizam em produções plurais” (Pessoa, 2016, p. 1).

Conforme Harari (2018, p. 244), o processo cultural “pode se transformar em resposta a mudanças em seu ambiente ou por meio da interação com culturas vizinhas, mas também passa por transições resultantes de sua própria dinâmica interna”. Nesse sentido:

Os enfermeiros descrevem como competência cultural a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas. Culturalmente, os enfermeiros [...] são sensíveis às questões relacionadas com a cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual. Além disso, os enfermeiros com competência cultural melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas. (Vilelas; Janeiro, 2012, p. 122).

A competência cultural, segundo os autores, refere-se à habilidade de compreender e respeitar as diferenças culturais dos pacientes, com o intuito de oferecer um cuidado de qualidade a populações diversas. Envolve, portanto, a sensibilidade para aspectos como cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual, reconhecendo como esses elementos moldam as práticas e percepções de saúde.

Nesse contexto, a hospitalização, momento marcado por vulnerabilidade, evidencia a necessidade de presença: o paciente não se vê apenas como alguém que sente e adoece, mas como sujeito que depende do cuidado alheio para preservar sua saúde e bem-estar. A relação com os profissionais de saúde transcende, assim, o plano técnico, exigindo também abertura simbólica, escuta qualificada, empatia e sensibilidade às diferenças culturais.

Desse modo, é importante que se desenvolva o que o filósofo Martin Buber (1878 – 1965) em sua obra *Eu e Tu* (2001) nomeia de escuta dialogal, concebida como uma categoria existencial por excelência. Para o autor, a compreensão da realidade humana ocorre por meio da dimensão dialógica, que se estabelece na conexão entre a experiência vivida (ação) e a reflexão (pensamento). É nesse processo que se torna possível expressar, ouvir, escutar e perceber, criando um espaço genuíno de encontro e compreensão mútua.

Conhecer algo ou alguém, portanto, não significa apenas identificar suas partes isoladas – como os sintomas ou os dados clínicos –, mas sim vivenciar o outro em sua concretude, sem reduções abstratas. A abordagem dialógica valoriza a relação como lugar de inteireza, onde o ser é percebido em todas as suas dimensões: física, emocional,

cultural, social e espiritual. Essa totalidade é reconhecida justamente através de um diálogo autêntico, que favorece a compreensão profunda e individualizada da realidade, respeitando a singularidade de cada pessoa.

É nessa mesma direção que, na perspectiva da obra *Eu e Tu* (2001), o verdadeiro encontro – sobretudo no cuidado cultural em enfermagem e na saúde – não exige a assimilação ou fusão de identidades, mas sim a construção de um espaço de escuta e reconhecimento mútuo.

Trata-se, portanto, não de tornar-se o outro culturalmente, mas de perceber, enxergar e respeitar as fronteiras que delineiam as diversas tradições e vivências. Essas fronteiras, longe de funcionarem como barreiras intransponíveis, tornam-se pontos de contato férteis, onde o diálogo pode florescer de forma genuína.

Entre o cuidado, a espiritualidade e a diversidade, reconhece-se que, em um contexto de globalização, tudo começa pela comunicação. No ambiente hospitalar, ela deve ser planejada para evitar mal-entendidos pessoais, técnicos e culturais — especialmente diante de barreiras linguísticas ou diferentes formas de expressar dor e sofrimento. A adaptação da comunicação, verbal e não verbal, é uma estratégia essencial para garantir o respeito à diversidade e a eficácia do cuidado.

Parte desse desafio decorre da escassez de materiais e estudos que orientem a incorporação efetiva desses temas na prática cotidiana. Ainda assim, cresce a aceitação, muitas vezes implícita, de que a espiritualidade contribui positivamente para o processo de cura (Naufel; Sarno; Alves, 2019, p. 479).

Nesse contexto, a pluralidade religiosa se expressa concretamente por meio de capelarias, orações, visitas de representantes de diversas tradições e pelas práticas integrativas oferecidas aos pacientes. Tais ações atuam como pontos de convergência entre distintas visões de mundo e, em geral, são reguladas por normas institucionais que buscam conciliar o respeito à diversidade com uma gestão ética e adequada dos serviços de saúde, como destaca Panikkar (1999).

Tal perspectiva é reforçada pela definição da Organização Mundial da Saúde, que comprehende a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (OMS, 1946) e, desde o final dos anos 1970 como apontam (Nunes; Santos; Dutra; Cunha; Szylit; 2019, p. 5) a OMS passou a reconhecer também o “bem-estar espiritual” como uma dimensão importante

para o equilíbrio do indivíduo. Para os autores (Nunes et al, 2019), a espiritualidade traduz-se no fato de o homem ser espiritual e possuir, transitoriamente, um corpo físico.

É nesse processo que se expressa à alteridade, ou seja, o reconhecimento do outro em sua singularidade e dignidade. Para Martin Buber (2001), o verdadeiro encontro ocorre quando vemos o outro como um “Tu” e não como um “Isso” — algo instrumentalizado ou reduzido a uma função ou diagnóstico. Assim, ao ser pensado como espaço de diálogo, o ambiente hospitalar se torna um lugar onde o cuidado é uma via de mão dupla: quem cuida e quem é cuidado se afetam mutuamente e se transformam.

Dessa forma, o nosocômio deixa de ser apenas um local técnico-científico de tratamento e passa a ser reconhecido como um espaço de encontro humano, carregado de sentidos, símbolos e significados compartilhados. É nesse cenário que as práticas religiosas, as preces, o toque de carinho, o silêncio respeitoso e a escuta atenta adquirem valor terapêutico.

Ao evidenciar essa articulação, o estudo contribui para compreender o hospital como espaço de mediações culturais, espirituais e de saúde, onde a escuta, reconhecimento das diferenças e acolhimento da espiritualidade são essenciais para um cuidado integral e humanizado. Reconhecer essa pluralidade é, assim, mais que exigência ética e técnica, é um compromisso com a dignidade humana.

A convivência entre essas diferentes formas socioculturais no ambiente hospitalar revela a existência de entre-lugares (Bhabha, 1998), tanto simbólicos quanto reais — zonas de contato onde saberes e práticas se encontram, se tensionam e se transformam. É justamente nesses entre-lugares que se delineiam novas possibilidades de cuidado e convivência.

Ao compreendermos este local como espaço de trânsito simbólico e intercultural, ampliam-se as possibilidades de acolhimento e ressignificação do sofrimento, transformando o ato de cuidar em uma prática mais sensível, integral e socialmente situada.

Esse movimento faz com que o ambiente hospitalar transcendia sua função técnica de cura, configurando-se como um espaço onde diversas culturas e formas de lidar com a dor e a fé se entrecruzam — ora em conflito, ora em diálogo. Compreender essa pluralidade é fundamental para que o cuidado abarque não apenas o aspecto físico,



mas também o emocional e o espiritual. O desafio reside em estabelecer espaços efetivos de escuta e acolhimento, mesmo diante das múltiplas urgências que atravessam o cotidiano hospitalar.

Dado que esses ambientes já são, por si só, marcados pela pluralidade cultural, como então se manifesta neles o fator religioso? Essa é a pergunta que orientará a próxima sessão deste artigo.

2. Diálogos entre saúde, espiritualidade e diversidade

A diversidade de realidades, enquanto indivíduos e cidadãos de culturas distintas, é evidente nestes ambientes de centros de saúde, conferindo-lhes o papel de espaços de pluralidade, que sugere atenção às crenças e valores culturais do paciente como essencial para um atendimento eficaz e respeitoso.

É importante destacar que o reconhecimento da espiritualidade no contexto do cuidado em saúde não implica em proselitismo religioso, mas na valorização da subjetividade do paciente, evidenciando um atendimento integral e respeitoso às diferentes dimensões do ser humano

No Brasil, essa perspectiva ganha força diante do reconhecimento da pluralidade cultural e da necessidade de um atendimento equitativo e acessível a todas as populações, destacando a importância da cultura no atendimento à saúde e no cuidado de pacientes de diferentes origens culturais.

Enfatiza Madeleine Leininger (1925 – 2012), na obra *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice* (2002), a relevância de reconhecer e valorizar as crenças, os valores e as práticas culturais dos pacientes para garantir um cuidado de enfermagem eficaz e culturalmente adequado, com impacto significativo na assistência de enfermagem atual.

O termo cuidado culturalmente congruente, cunhado pela autora, embasa a sua teoria Transcultural do Cuidado, qual seja: identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes.

Para se ter acesso à bagagem cultural tanto do paciente e familiares, como de outras enfermeiras ou qualquer membro da equipe profissional, seria necessário ter-se alguma experiência com tipos de diferenças culturais, além de ideia clara daquilo que se procurava;

criticou os órgãos formadores de enfermeiros pela ausência de abordagem destes aspectos no currículo do curso de graduação, por julgar que a compreensão dos padrões de vida é essencial para uma boa assistência de enfermagem (Gualda; Hoga, 1992, p. 76).

Destaca as autoras, que a compreensão dos padrões culturais é essencial à enfermagem e criticam sua ausência nos currículos de graduação, por considerá-la crucial para uma assistência eficaz.

A estrutura hospitalar conta com uma equipe de saúde fundamentada em conhecimentos técnico-científicos, cujo objetivo é diagnosticar, planejar e implementar tratamentos para a preservação da vida. No entanto, a cultura hospitalar, com suas rotinas e normas, pode ser humanizada e adaptada para tornar o tratamento mais acolhedor, incorporando elementos culturais. Como a cultura não é estática, mas dinâmica e em constante interação, as relações entre as dimensões interna e externa podem gerar ações benéficas para os pacientes.

Dessa forma, as práticas de cuidado específicas de cada cultura possibilitam uma comunicação em que diferentes zonas de fronteira se entrelaçam, mediadas por fatores culturais como religião, política, economia, visão de mundo, ambiente e gênero, entre outros. Essa interação contribui para um cuidado mais integral e humanizado ao ser humano.

Os nosocômios podem ser compreendidos como espaços intervalares que favorecem intensas negociações e manifestações culturais, caracterizando-se como “entre-lugares”, no sentido proposto por Homi Bhabha. Esses espaços intersticiais não se restringem ao âmbito físico, restritos ao cuidado da saúde, vão além, também se configuram como territórios identitários, subjetivos e coletivos, onde distintas experiências culturais se entrecruzam e se ressignificam.

Segundo Homi Bhabha, em seu livro *O Local da Cultura* (1998), os entre-lugares são territórios de negociação e ressignificação, onde a cultura não é fixa, mas sim um processo dinâmico e híbrido. Nos hospitais, essa dinâmica se expressa, por exemplo, na flexibilização de protocolos para permitir práticas religiosas (orações, imposição de mãos, preces coletivas), na valorização de terapias complementares (como a medicina tradicional indígena ou afro-brasileira) e na interação entre pacientes e profissionais de diversas origens culturais. Nesse mesmo sentido, os hospitais podem ser compreendidos também como territórios simbólicos, onde distintas narrativas —

sociais, culturais e religiosas — disputam sentidos sobre saúde, doença e espiritualidade. Como destaca Bhabha (1998, p. 56), “é na ambivalência da enunciação cultural que emergem novas formas de subjetividade e identidade”, o que poderia sugerir que os nosocômios são mais do que espaços institucionais: são também arenas onde identidades culturais e visões de mundo são reformuladas.

Fundamental, então, para compreender como os espaços de cuidado não são “fronteiras da exclusão” (Santos, 2007, p.02), mas, são espaços de negociação e ressignificação de práticas culturais. No contexto hospitalar, esses entre-lugares se manifestam na interação entre diferentes sistemas de crenças, profissionais da saúde e pacientes, promovendo uma abordagem mais sensível e integrada ao cuidado.

Como destaca Homi K. Bhabha (1998), os espaços de interação cultural são marcados pela ambivalência e pelo hibridismo, possibilitando novas formas de subjetividade e identidade, edificando espaços de diálogo. Nesse contexto, o diálogo se torna uma ferramenta essencial para a construção de uma assistência que respeite as particularidades culturais dos pacientes. A comunicação empática e aberta entre médicos, enfermeiros, pacientes e familiares permite a adequação dos protocolos hospitalares às necessidades culturais e religiosas, garantindo um cuidado mais integralizado.

E dentro desses espaços de interação cultural, onde o diálogo se torna efetivo, a saúde e a espiritualidade se encontram em um exercício de solidariedade, no qual ciência e fé podem se unir na busca por uma qualidade de vida digna para todas as pessoas. Um diálogo, em que a espiritualidade deve ser entendida como uma busca do ser para compreender “as questões existenciais humanas, como o sentido da vida, e da morte, bem como de suas relações com o sagrado/transcendente, sendo que esse processo não está necessariamente relacionado com práticas religiosas” (Lucchetti; Lucchetti; Júnior, 2011, p. 55).

O conceito de espiritualidade é mais amplo do que o de religião. A espiritualidade é vista como um processo dinâmico, pessoal e experencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. Assim alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida (Pinto; Pais-Ribeiro, 2021, p. 47).

Por meio da espiritualidade, o ser humano constitui um arcabouço cognitivo-ativo que auxilia a lidar com crises existenciais desafiadoras, promovendo apoio social e emocional.

Harold G. Koenig (1951), em seu livro sobre espiritualidade e medicina *The Healing Power of Faith* (2001), destaca que a fé pode impactar positivamente a saúde mental e física, reduzindo o estresse e promovendo o bem-estar. Essa interação sugere que práticas religiosas e espirituais podem complementar os tratamentos médicos, reforçando o papel da solidariedade no cuidado.

Em outro ponto, Clifford Geertz (1926 – 2006), sugere que a religião opera como um sistema de significação, fornecendo sentido às experiências humanas, incluindo a doença e a cura. Isso reforça que a espiritualidade, longe de ser oposta à ciência, pode atuar como um complemento na construção do cuidado. Não se trata de dicotomizar o ser, mas de reconhecer o espiritual como uma dimensão inerente a cada indivíduo, com o objetivo de promover o cuidado e respeitar sua integralidade.

Estas práticas e experiências intersticiais podem ser compreendidas como aquelas que emergem nos espaços intermediários das interações sociais, onde diferentes perspectivas, saberes e subjetividades se encontram e se ressignificam. No contexto da ética da solicitude de Paul Ricoeur (1913 – 2005), esses espaços intersticiais são fundamentais, pois representam momentos de encontro e reconhecimento do outro como sujeito de igual dignidade.

Por meio de sua ética da solicitude, que defende a aceitação do outro como um igual, Paul Ricoeur (1991) sustenta que o cuidado é uma interação baseada na boa vontade, reflexividade, intencionalidade, afetividade e espontaneidade. Essa abordagem enfatiza a importância da empatia e do reconhecimento do outro na construção de relações mais humanas.

Na Obra *O si-mesmo como um outro* (1991), Paul Ricoeur define o cuidado como um imperativo ético fundamental, destacando sua natureza relacional e recíproca. No entanto, sua abordagem vai além da simples obrigação moral: ele concebe o cuidado não apenas como um ato direcionado ao outro, mas como uma interação que transforma simultaneamente quem cuida e quem é cuidado.

Portanto, a ética da solicitude para o autor, não só afirma a importância do cuidado, mas também ilumina o papel dos espaços intersticiais como pontos críticos



onde o cuidado se manifesta de forma mais genuína, em sua complexidade, onde o sujeito e o outro se reconhecem e constroem suas subjetividades em constante movimento.

As práticas intersticiais podem ser entendidas como os momentos e espaços de transição, onde diferentes identidades, culturas e perspectivas se cruzam. Esses espaços, que podem ser vistos em contextos como saúde, educação ou mesmo em interações cotidianas, são fundamentais para a concretização da ética do cuidado proposta por Ricoeur. A reciprocidade que ele destaca em sua filosofia se manifesta exatamente nesses entre-lugares, onde o cuidado não é apenas um ato imposto ou unilateral, mas uma interação dinâmica e mutualista.

Nesse sentido, as experiências intersticiais podem ser vistas como territórios de negociação, onde o cuidado transcende a simples ação de cuidar e se transforma em uma experiência compartilhada, que envolve escuta ativa, reflexividade e reconhecimento do outro. Esses momentos de interação não são passivos; são marcos de transformação mútua, nos quais as práticas de cuidado são constantemente ressignificadas pelo contato com o diferente, com o outro, e com os próprios valores e crenças que emergem dessas interações.

Dentro deste ambiente da saúde, por exemplo, a ética levinasiana pode ser aplicada no cuidado com o paciente, entendendo-o como um sujeito em sua totalidade, com suas necessidades e dores, não apenas como um corpo a ser tratado. Nesse espaço intersticial entre médico e paciente, a relação de cuidado se configura não como um ato técnico, mas como uma responsabilidade ética que exige um diálogo constante e uma escuta ativa.

A filosofia de Emmanuel Levinas (1906–1995) e as práticas e experiências intersticiais se entrelaçam de maneira significativa, especialmente na compreensão do outro e da responsabilidade ética nas relações humanas. Para o autor, é por meio do diálogo que se concretiza o encontro ético, um espaço de reconhecimento da alteridade e da responsabilidade mútua.

No entanto, não é um diálogo de troca de informações ou simples comunicação, mas um diálogo existencial que se baseia no reconhecimento da infinita alteridade do outro. Em um espaço intersticial, o diálogo se torna um campo de

negociação ética, onde cada sujeito é chamado a reconhecer o outro em sua diferença, sem tentar reduzi-lo ou moldá-lo de acordo com suas próprias necessidades.

Em suma, o seu pensamento e as práticas intersticiais se encontram quando reconhecemos que o cuidado, o diálogo e as interações humanas não se dão apenas em estruturas predefinidas, mas em espaços fluidos e dinâmicos, onde o reconhecimento do outro e a responsabilidade ética tornam-se essenciais para a construção de relações humanas mais justas e profundas.

Dessa forma, o hospital se apresenta não apenas como um espaço clínico, mas como um entre-lugar cultural, simbólico e espiritual, onde o cuidado assume múltiplas dimensões e exige escuta, presença e respeito à diversidade. A partir dos diálogos estabelecidos entre os pensadores, emerge neste tópico uma compreensão do cuidado que transcende a dimensão meramente técnica ou assistencial, assumindo um caráter profundamente ético, interacional e plural.

Diante do exposto, comprehende-se que os nosocômios, ao se configurarem como espaços de encontro e travessia entre múltiplas culturas e experiências de vida, exigem dos profissionais uma escuta sensível e uma postura dialógica diante das manifestações religiosas e espirituais dos sujeitos.

A espiritualidade, longe de ser um aspecto meramente privado ou marginal, emerge como dimensão fundamental do cuidado integral. Assim, o reconhecimento da diversidade religiosa e a valorização das práticas espirituais nos ambientes de saúde não apenas ampliam a compreensão sobre o sofrimento humano, como também favorecem processos mais humanizados de acolhimento e cura. Nessa perspectiva, a espiritualidade torna-se elo de mediação entre o corpo e a cultura, entre a dor e a esperança, entre a ciência e a fé.

Portanto, é possível compreender que os hospitais, ao se constituírem como espaços de cruzamento entre diferentes tradições, saberes e práticas espiritualistas, oferecem oportunidades concretas para o florescimento do diálogo inter-religioso – ainda que essas oportunidades surjam de forma fragmentada, silenciosa ou tensionada.

Se o hospital é um lugar de sentidos disputados, compartilhados e transformados, os espaços hospitalares oferecem oportunidades concretas para o florescimento do diálogo inter-religioso?

3. Entre a fé e o cuidado: o hospital como espaço de encontro inter-religioso e atuação do cientista da religião

Nesse espaço observado, a pluralidade cultural emerge como questão fundamental ao cuidado, atravessada por diferentes cosmovisões, espiritualidades e saberes. Compreender o hospital como um território onde circulam não apenas tecnologias, mas também crenças, afetos e sentidos, implica deslocar o olhar clínico tradicional para uma escuta mais ampliada e intercultural.

Essa perspectiva convida à reflexão sobre o cuidado como experiência plural e situada, onde o sofrimento não é apenas biológico, mas também simbólico, social e espiritual. Como destaca Arthur Kleinman, em *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (1988), compreender a experiência da doença exige considerar as narrativas dos pacientes e os contextos sociais nos quais o sofrimento se inscreve.

A proposta, portanto, é analisar como se constituem essas interações no cotidiano hospitalar, refletindo sobre os modos pelos quais diferentes tradições religiosas se fazem presentes, negociam espaços, promovem diálogos ou silenciosamente se sobrepõem.

Em conversa com a equipe administrativa sobre a presença religiosa na instituição, fui informado de que as normas não restringem essas visitas, desde que realizadas por meio da capelania hospitalar. Os profissionais reconhecem, contudo, que a ausência de práticas religiosas pode comprometer a recuperação, pois muitos pacientes em situação de vulnerabilidade encontram na espiritualidade conforto e esperança. Por isso, mesmo diante das normativas, comprehende-se que, além do remédio, é essencial assegurar uma presença religiosa respeitosa, plural e não impositiva.

Essa percepção evidencia uma tensão constante entre a normatização institucional e as demandas subjetivas dos pacientes, especialmente em contextos de sofrimento e finitude (Palumbo et al, 2022). Ao reconhecer a espiritualidade como recurso simbólico de enfrentamento, a instituição revela certa sensibilidade às dimensões humanas que ultrapassam os protocolos clínicos, abrindo espaço para práticas de cuidado mais amplas.

Nesse sentido, ao considerar o hospital como um entre-lugar ampliam-se as possibilidades para uma prática de saúde mais dialógica e inclusiva. Isso não significa

relativizar os avanços da medicina, mas compreendê-la como parte de um mosaico mais amplo de práticas de cuidado, no qual a cultura e a espiritualidade desempenham papel fundamental na promoção da saúde e na elaboração do sofrimento.

À luz da análise do discurso, conforme Orlandi (2009) é possível compreender que os sentidos religiosos presentes nos hospitais não são fixos nem estanques, mas emergem da relação entre sujeitos, história e linguagem. A mensagem religiosa, quando pronunciada no leito de um hospital, deixa de ser mera repetição institucional para tornar-se palavra viva, em movimento, adaptada ao sofrimento e à escuta do outro.

Deste modo, a abertura promovida pelos obreiros que oferecem conforto espiritual possibilita ao paciente internado uma interpretação múltipla da experiência religiosa. Isso significa reconhecer que o sentido atribuído à vivência espiritual pode ultrapassar a própria compreensão de fé do agente religioso. O processo interpretativo, portanto, não é unilateral, mas dialógico — envolve trocas, ressignificações e reconhece a pluralidade de sentidos que emergem do encontro entre diferentes histórias, crenças e subjetividades.

Neste ambiente hospitalar, a observação evidencia que a noção de verdade não se apresenta como um dogma imposto, mas como uma busca interior, acessível ao enfermo caso ele deseje empreendê-la, não é uma procura por fieis. Essa busca é sustentada pelo exercício do livre-arbítrio, que garante ao paciente a liberdade de escolher, interpretar e agir conforme sua própria vontade, sem pressões ou imposições externas.

Essa linguagem se materializa na relação, sem se fixar em idealizações transcendentais ou em realidades exteriores ao cotidiano vivido. Para Orlandi (2009, p. 21), os sentidos só se realizam a partir da consolidação da linguagem, assim, para a autora, “a linguagem serve para comunicar e para não comunicar”.

Conforme a autora, isso significa que as experiências humanas – como o sofrimento, a dor, a cura e a espiritualidade – só ganham significado quando são atravessadas por práticas discursivas que as nomeiam, reconhecem e lhes atribuem valor. No contexto hospitalar, pensado aqui como uma zona de fronteira, essas práticas de sentido se tornam ainda mais complexas.

Esse cenário nos conduz a pontos de tensão, sobretudo quando se trata das religiões de matriz africana. Segundo relatos, seus representantes até são admitidos,

desde que não utilizem guias, trajes rituais ou outros elementos simbólicos — conforme afirmou, em tom pejorativo, um dos seguranças do local.

Entretanto, a ausência de paramentos, à luz desta pesquisa, não representa o apagamento da fé, mas um gesto de agência que reconhece e contorna, com sabedoria e espiritualidade, os limites estruturais do hospital. A invisibilização de símbolos afro-religiosos não implica perda de pertencimento, mas evidencia um racismo religioso que tolera o outro apenas quando este se submete aos padrões normativos.

Esse episódio revela, portanto, não apenas o racismo estrutural presente nas práticas institucionais, mas também a potência das experiências intersticiais que, mesmo diante de restrições simbólicas, afirmam formas alternativas de cuidado, presença e espiritualidade. Trata-se de uma espiritualidade que não precisa se afirmar por aparências, mas que se materializa no ato ético de cuidar — uma forma de presença que resiste e persiste nos interstícios da exclusão.

Compreender que os sentidos são produzidos na e pela linguagem permite refletir criticamente sobre as tensões e resistências que emergem no hospital quando diferentes culturas e espiritualidades se encontram. Este ambiente torna-se, assim, um campo de disputas simbólicas, onde o reconhecimento da pluralidade exige o deslocamento de sentidos previamente cristalizados.

No que foi observado, neste espaço de cura, existem oportunidades concretas para o florescimento do diálogo inter-religioso. Nesses contextos, distintos sistemas de crenças se encontram, dialogam e cooperam em torno de um sentido compartilhado de cuidado e acolhimento, favorecendo uma melhora significativa no estado físico e espiritual dos pacientes — tendo como horizonte a cura integral do ser.

A presença da espiritualidade no cotidiano hospitalar desafia os modelos tradicionais de atenção à saúde e convida à construção de práticas mais integradas. Isso exige como propõe Anne Fadiman (1997), o reconhecimento de que diferentes sistemas de crença podem oferecer explicações e terapêuticas legítimas frente ao sofrimento, e que o cuidado só será efetivo se houver respeito, diálogo e escuta entre esses mundos.

Segundo Byron Joseph Good (1994), em seu livro *Medicina, racionalidade e experiência: uma perspectiva antropológica* (1994), o saber médico não é neutro, sendo atravessado por construções culturais e experiências subjetivas que moldam tanto o diagnóstico quanto a terapêutica. Reconhecer isso é um passo importante para a

construção de práticas de cuidado mais sensíveis à diversidade cultural. Em muitos casos, a ausência dessa escuta produz silenciamentos e invisibilizações, especialmente em relação a espiritualidades não hegemônicas, como as de matriz africana e indígena.

Neste contexto, a atuação do cientista da religião no campo hospitalar revela-se de grande relevância, sobretudo à luz dos aportes de Udo Tworuschka (1949), que enfatiza a urgência de profissionais capacitados para mediar relações entre distintas cosmovisões. Este desempenho não se confunde com a de líderes religiosos ou agentes pastorais. Trata-se de um profissional que, a partir de uma abordagem científica e plural, busca compreender, interpretar e mediar os diversos sentidos religiosos e espirituais presentes no espaço hospitalar.

Sua atuação se ancora na escuta qualificada, na análise dos discursos e na mediação intercultural, oferecendo subsídios para políticas institucionais inclusivas e práticas de cuidado sensíveis à diversidade simbólica dos pacientes. Essa função teórica e prática distingue-se por não estar vinculada a uma tradição específica, mas sim por fomentar o diálogo entre cosmovisões diversas, contribuindo para um cuidado ético, culturalmente situado e inter-religiosamente sensível.

No ambiente hospitalar, essa mediação assume um papel estratégico na construção de espaços espirituais mais sensíveis, inclusivos e atentos às singularidades de pacientes, familiares e equipes de saúde. Tworuschka (2013, p. 583) aponta que, no campo da saúde e da doença, que:

a competência da Ciência Prática da Religião se tornou indispensável. [...]. À luz do pluralismo de valores [...] a Ciência Prática da Religião pode se concentrar no campo de pesquisa e prática de mediação de conflitos. Mas o conhecimento sobre a prática não é suficiente; o que está em jogo é o conhecimento para praticar, para agir. Ele tem a ver principalmente com a criação de conhecimento aplicável (Tworuschka, 2013, p. 583).

Em um cenário marcado pelo pluralismo de valores, essa ciência não apenas oferece subsídios para compreender as diferentes expressões religiosas, mas também atua como mediadora de conflitos simbólicos, contribuindo para a construção de uma convivência respeitosa e integradora.

A esse respeito, Udo Tworuschka (2013), destaca a importância de uma Ciência Prática da Religião, que vai além do conhecimento teórico das doutrinas e se



coloque como mediadora qualificada em espaços de conflito simbólico, como o hospital.

Complementando essa perspectiva, Raimon Panikkar (1918 – 2010), no seu livro *O Diálogo Intrareligioso* (1999), propõe uma abordagem do diálogo inter-religioso a partir da noção do entre. O hospital, nesse sentido, torna-se espaço privilegiado para essa hermenêutica do entre-lugar de vulnerabilidade, mas também de escuta, compaixão e transformação simbólica.

No espaço hospitalar, esse entre pode ser compreendido como o momento de vulnerabilidade que exige acolhimento não apenas físico, mas também espiritual, onde o cientista da religião atue como ponte entre mundos simbólicos distintos, favorecendo uma escuta qualificada e ética do sofrimento humano.

Para Raimon Panikkar (1918 – 2010), ao propor uma hermenêutica do entre, contribui significativamente para essa discussão. Para ele, o verdadeiro diálogo inter-religioso acontece no espaço de abertura entre as tradições, onde há o risco e a oportunidade de transformação mútua. No hospital, esse "entre" emerge nas relações entre pacientes de diferentes origens religiosas, entre profissionais de saúde com distintas visões de mundo, e entre o cuidado técnico e o cuidado espiritual.

Paul Knitter em *Sem Buda eu não poderia ser cristão* (2012) também aprofunda essa proposta ao afirmar que o pluralismo religioso precisa ser ativo, comprometido com a vida e com o bem-estar humano. Ele fala de um diálogo cooperativo, no qual as religiões não apenas coexistem, mas colaboram para responder a necessidades urgentes da humanidade – entre elas, o sofrimento e a busca por cura.

O hospital, nesse sentido, pode se tornar um laboratório de práticas inter-religiosas, onde a escuta, o respeito e a ação conjunta são caminhos possíveis para uma espiritualidade inclusiva e integrada ao cuidado. Trata-se de um espaço onde o sofrimento humano rompe barreiras doutrinárias e abre margem para a construção de uma ética da compaixão compartilhada, em que diferentes tradições religiosas se unem na escuta ativa, no consolo e na esperança.

Paul Knitter (2012), propõe um diálogo transformador, onde a identidade religiosa não é perdida, mas enriquecida pelo encontro com o outro. Ele defende um modelo pluralista de teologia das religiões, no qual o compromisso com a própria fé não exclui a abertura sincera ao aprendizado com outras tradições. Para o autor, a

espiritualidade, especialmente em contextos de sofrimento como os hospitais, deve ser vivida com compaixão e escuta, buscando pontos de convergência para oferecer cuidado integral.

O grande e desafiante percurso do diálogo inter-religioso reside em criar um horizonte de conversação alternativa, onde diferentes tradições possam se encontrar sem se anularem. No entanto, a observação realizada no hospital revelou exatamente essa possibilidade: práticas e orações de distintas matrizes religiosas que coexistem e, em muitos momentos, se entrelaçam em uma escuta mútua, evidenciando a emergência de uma espiritualidade plural, dialógica e respeitosa.

É o que também evidencia Raimon Panikkar (1999): para uma autêntica experiência inter-religiosa, requer-se um espaço simbólico de encontro no qual as tradições mantenham suas identidades e se abram à transformação mútua. Do mesmo modo, Paul Knitter (2012) complementa ao propor um diálogo comprometido com a justiça, a solidariedade e o cuidado com o outro.

O que se revela nesse ambiente hospitalar, portanto, é um campo fértil para práticas inter-religiosas que reconhecem a dignidade de cada expressão de fé, promovendo um espaço verdadeiramente comum – um lugar para todos, e não apenas para um.

Nesse contexto, a noção de relação Eu-Tu, proposta por Martin Buber (1878–1965) na obra *Eu e Tu* (2001), oferece uma chave interpretativa importante: o verdadeiro diálogo nasce quando os sujeitos se reconhecem mutuamente em sua inteireza e dignidade, não como objetos, mas como presenças vivas e significativas.

Essa relação, quando vivida em sua essência, o que se observa em um nosocômio, move-se pelo amor, pela compaixão e pela busca de sentido, e não pelo domínio ou exclusão. O diálogo inter-religioso, portanto, não é um mero artifício diplomático, mas uma prática espiritual e ética que visa resgatar a dimensão mais autêntica do religioso: o encontro transformador com o outro e com o mistério da vida.

Essa visão não transforma apenas o hospital em um território simbólico de encontro espiritual, mas também modifica profundamente a percepção e a postura dos próprios agentes de saúde. Quando profissionais da medicina, da enfermagem e outros atuantes em diversos níveis passam a reconhecer o outro – paciente, familiar ou colega

– como um Tu, no sentido buberiano, e não apenas como um caso ou um número de prontuário, abre-se um campo fecundo para a humanização do cuidado.

Nesse contexto, a escuta se torna uma prática ética fundamental, não apenas como técnica de acolhimento, mas como abertura real ao outro em sua singularidade existencial e espiritual. O respeito à diversidade religiosa deixa de ser uma concessão periférica e passa a integrar o próprio *ethos* do cuidado, sendo reconhecido como parte essencial do tratamento integral.

Assim, o cuidado espiritual ganha centralidade não como um adereço, mas como um componente integrador da saúde, capaz de fortalecer os vínculos humanos, aliviar sofrimentos profundos e promover sentido mesmo em situações-limite. Essa dimensão do cuidado convoca todos os envolvidos a um exercício de empatia, solidariedade e diálogo, em que a pluralidade deixa de ser obstáculo e se torna riqueza.

Como aponta Panikkar (1999), o diálogo autêntico exige não a fusão de crenças, mas a coabitacão respeitosa de mundos simbólicos distintos, o que repercute diretamente na maneira como os profissionais da saúde se posicionam diante da dor, da finitude e do sentido da vida. Já Knitter (2012) reforça que essa forma de diálogo se concretiza quando há um compromisso prático com a compaixão, a justiça e o cuidado, valores que atravessam tanto a espiritualidade quanto a ética profissional.

A presença de diferentes tradições religiosas, em diálogo respeitoso e colaborativo, amplia as possibilidades terapêuticas e ressignifica a experiência da dor, da enfermidade e do fim de uma existência. O que se revela, portanto, é um campo fértil para práticas inter-religiosas que reconhecem a dignidade de cada expressão de fé, promovendo um espaço verdadeiramente comum – um lugar para todos, e não apenas para um.

Essa perspectiva é corroborada por Amanda Ely e Alessandra Mendes Calixto, no artigo *Religiosidade e espiritualidade no tratamento hospitalar das adições* (2018), ao observarem que “os pacientes [...] atribuem muita importância ao exercício da dimensão religiosa e espiritual, e cada um deles a comprehende de acordo com as próprias concepções. Buscam força nas crenças e utilizam-nas como auxílio de grande valor para a recuperação” (Ely; Calixto, 2018, p. 591).

À luz dessas reflexões, comprehende-se que a espiritualidade plural e a escuta atenta se revelam como práticas fundamentais para uma saúde verdadeiramente integral,

humanizada e aberta à diversidade que caracteriza a experiência humana. Nessa direção, o cientista da religião é convocado não apenas a interpretar símbolos, mas a escutar sentidos — contribuindo para a humanização dos cuidados e para o florescimento de um hospital verdadeiramente plural.

Apresenta-se um cenário, em que o cientista da religião pode desempenhar um papel essencial como mediador cultural, capaz de promover leituras críticas das práticas religiosas hospitalares e de facilitar o diálogo entre diferentes tradições espirituais e o saber biomédico. Longe de atuar como apologeta de uma determinada fé, sua presença se justifica na capacidade de interpretar, problematizar e fomentar uma convivência respeitosa e dialógica entre os múltiplos sentidos de cuidado presentes no ambiente hospitalar.

Um espaço uma fronteira – entre o científico e o simbólico, entre o corpo físico e o corpo espiritual – que a pedagogia intercultural assume relevância. Inspirada em princípios de equidade, respeito à diferença e valorização dos saberes plurais, essa abordagem educacional permite ao cientista da religião mediar conflitos, facilitar escutas e contribuir para a construção de práticas de cuidado mais inclusivas. Trata-se de uma pedagogia que reconhece o hospital como espaço de aprendizagem, não apenas biomédica, mas também ética, espiritual e cultural.

Em um contexto que a espiritualidade deixa de ser um apêndice da religiosidade institucionalizada e passa a ser entendida como experiência situada e relacional, que pode emergir mesmo fora dos marcos doutrinários tradicionais o desafio passa a ser o de acomodar as crenças ao modelo hospitalar vigente, mas de construir uma ética do cuidado que acolha e legitime a diversidade de sentidos atribuídos ao sofrimento, à cura e à morte.

Dessa forma, o hospital se apresenta como espaço emblemático de construção de uma espiritualidade plural e encarnada, marcada não pelo proselitismo, mas pela escuta, pela presença solidária e pela partilha de significados. É nesse entre-lugar que o cientista da religião, como sujeito crítico e ético, pode contribuir para a emergência de um cuidado mais humano, mais dialogal e mais atento à complexidade da experiência humana.

Considerações finais

Este artigo buscou abordar o ambiente hospitalar como um espaço simbólico e socialmente denso, onde sentidos de saúde, sofrimento, cuidado e espiritualidade se entrelaçam. A partir da noção de zona de fronteira – entendida aqui em seu valor simbólico, antropológico e sociocultural –, procurou-se compreender os nosocômios como territórios de disputas, trocas e ressignificações, especialmente diante da pluralidade religiosa e cultural. Essa leitura dialoga com autores que refletem sobre os entrelugares e os hospitais como cruzamentos de mundos simbólicos.

A análise revelou que, apesar da hegemonia do modelo biomédico, esses ambientes são também atravessados por práticas e sentidos que emergem da espiritualidade e da diversidade religiosa dos sujeitos que ali circulam. Tais experiências, frequentemente invisibilizadas ou não institucionalizadas, resistem, circulam e, em alguns casos, são incorporadas às práticas de cuidado, sobretudo quando há abertura ao diálogo inter-religioso.

Essa visão se articula com a crítica de Arthur Kleinman (1988), ao mostrar que o cuidado em saúde envolve sistemas culturais de significados e não apenas intervenções técnicas. Assim, o cuidado ganha contornos mais amplos, envolvendo dimensões emocionais, espirituais e relacionais que desafiam os paradigmas técnico-científicos tradicionais.

Reconhecer os nosocômios como espaços intersticiais e plurais é um passo fundamental para a construção de políticas públicas e práticas de saúde mais inclusivas, éticas e culturalmente sensíveis. Nesse cenário, o cientista da religião desponta como um mediador essencial, capaz de interpretar símbolos, dar voz à pluralidade espiritual presente nos cuidados e construir pontes entre diferentes matrizes culturais, religiosas e institucionais. Sua atuação contribui para a promoção de um cuidado mais integral, respeitoso e dialógico, especialmente em contextos marcados por tensões entre racionalidade técnica e vivências espirituais.

Clifford Geertz (2008) contribui decisivamente para esse entendimento ao compreender a religião como um sistema cultural que fornece sentido à experiência humana – especialmente em momentos-limite como o adoecimento –, revelando a força simbólica da espiritualidade no enfrentamento da dor.

Embora os participantes e suas tradições religiosas não busquem interferir nas decisões médicas, é perceptível que reconhecem a importância de considerar “o lugar da cultura como parte essencial do cuidado” (Ribeiro, 2012, p. 17). Nesse sentido, advogar por mediações socioanalíticas nas interpretações teológicas significa reconhecer que saúde e espiritualidade podem dialogar sem se sobrepor. São fronteiras que se tocam e se entrelaçam, criando possibilidades de cuidado mais amplo, sensível e respeitoso — um cuidado que se coloca, antes de tudo, a serviço do outro.

Portanto, este artigo não apenas reafirma a importância de compreender o hospital para além de sua função técnica, mas também aponta para implicações práticas concretas: ampliar o diálogo inter-religioso, reconhecer saberes plurais e incorporar perspectivas interculturais no cuidado são caminhos fundamentais para a construção de uma saúde verdadeiramente humanizada.

Por fim, ressalta-se que este trabalho não esgota o tema, mas pretende contribuir para um debate contínuo e interdisciplinar sobre os encontros entre saúde, espiritualidade e diversidade religiosa em contextos hospitalares — um campo fértil para novos olhares, escutas e práticas transformadoras.

Referências bibliográficas

- BHABHA, Homi K. *O local da cultura*. Tradução de Myriam Ávila; Eliana Lourenço de Lima Reis; Gláucia Renate Gonçalves. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- BUBER, Martin. *Eu e Tu*. Tradução de Newton Aquiles von Zuben. São Paulo: Centauro, 2001.
- ELY, Amanda; CALIXTO, Alessandra Mendes. *Religiosidade e espiritualidade no tratamento hospitalar das adições*. Revista Bioética, Brasília, v. 26, n. 4, p. 587 – 596, 2018. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1621/1959. Acesso em: 24 maio. 2025.
- FADIMAN, Anne. *The Spirit Catches You and You Fall Down*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1997.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GOOD, Byron Joseph. *Medicina, racionalidade e experiência: um estudo antropológico*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- GUALDA, Dulce Maria Rosa; HOGA, Luiza Akiko Komura. *Estudo sobre teoria transcultural de Leininger*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 26, n. 1, p. 75-



86, 1992. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sRqCdypkWN46S8PqNXYN7LG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2024.

HARARI, Yuval Noah. *Uma breve história da humanidade*. Porto Alegre, L&PM, 2018.

KNITTER, Paul F. *Sem Buda eu não poderia ser cristão*. São Paulo: Paulinas, 2012.

KOENIG, Harold G. *The Healing Power of Faith*. New York: Simon & Schuster, 2001.

LEININGER, Madeleine. *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*. Nova York: McGraw Hill, 2002.

LEMOS, Carolina Teles; RAMOS, Rodrigo Souza. *Religião e espiritualidade: seus impactos em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa*. Sacrilegens, v. 21, n. 2, p. 292-313, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/46235>. Acesso em: 26 maio. 2025.

LÉVINAS, Emmanuel. *Totalidade e Infinito*. Lisboa: Edições 70, 1980.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; JÚNIOR, Álvaro Avezum. *Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares*. Revista Brasileira de Cardiologia, São Paulo, v. 24, n. 1, pag. 55-57, 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf. Acesso em: 12 mar. 2016.

NAUFEL, Lucas Zambusi, SARNO, Maíra Terra Cunha Di, & ALVES, Maria Augusta Junqueira. *O conhecimento médico a respeito das diversas religiões nos cuidados pediátricos*. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 479-485, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/PRDn3Ww4Fk3bxWW9x4LMxkD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2020.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; SANTOS, Hévillin da Silva; DUTRA, Gleica Afonso; CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da; SZYLIT, Regina. *O cuidado da alma no contexto hospitalar de enfermagem: uma análise fundamentada no Cuidado Transpessoal*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 54, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZhHFxtyBTtDv85j4zVZrBKM/?format=pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso: princípios & procedimentos*. Campinas: Pontes, 2009.

PALUMBO, Isabel Cristina Bueno et al. *A importância da religião no contexto dos cuidados paliativos*. Sacrilegens, v. 19, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/37790>. Acesso em: 26 maio. 2025.



PANIKKAR, Raimon. *O Diálogo Intrareligioso*. São Paulo: Paulinas, 1999.

PESSOA, Valda Inês Fontenele. *Trânsito cultural e híbridos que conformam o currículo: uma aproximação*. Sentidos da cultura, Pará, v. 3, n. 4, p. 1-21. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/sentidos/article/view/1115/694>. Acesso em: 30 jan. 2025.

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. *Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde*. Arquivos de Medicina, Porto, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2021. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

RESSÉGUIER, J. P. *As bases da reabilitação integrada*. In: Colóquio de Florença, v. 1, 2003, Florença, Anais do Colóquio de Florença.

RIBEIRO, Claudio de Oliveira. *Fronteiras, entre-lugares e lógica plural*: a contribuição dos estudos culturais de Homi Bhabha para o método teológico. Estudos de Religião, São Paulo, v. 26, n. 43, p. 12-24. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FronteirasEntrelugaresELogicaPlural-6342479.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2025.

RICOEUR, Paul. *O Si-Mesmo Como um Outro*. Tradução de Luci Moreira Cesar. Campinas: Papirus, 1991.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

TWORUSCHKA, Udo. Ciência prática da religião: considerações teóricas e metodológicas. In: PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (Org.). *Compêndio de ciência da religião*. São Paulo: Paulinas, 2013, p. 577-588.

VILELAS, Jose Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. *Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural*. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 120-127, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50343/41862>. Acesso em: 31 jan. 2025.