

TENTATIVA DE SUICÍDIO, CONFLITOS ESPIRITUAIS E CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL: ESTUDO DE CASO DE PASTOR EVANGÉLICO

Suicide Attempt, Spiritual Struggles and Mental Health: a case study of an evangelical pastor

Intento de Suicidio, Conflictos Espirituales y Saúde mental: un estudio de caso de un pastor evangélico

MARY RUTE GOMES ESPERANDIO
MARCIO LUIZ FERNANDES
RENÉ HEFTI

Abstract: Studies have demonstrated that positive spiritual/religious coping is a strong predictor in solving spiritual struggles. However, struggles can function differently in the spiritual realm, as they depend on the type of struggle and the relationship with the stressor. Based on a case study of an evangelical pastor hospitalized in a mental health clinic, diagnosed with depression and attempted suicide, the present study aimed to reflect on the relationship between spirituality/religiosity and psychological suffering. Data were collected through a semi-structured interview and application of the following scales: Centrality of Religiosity, Spiritual/Religious Coping (SRCOPE-14) and Spiritual Struggles. The results indicated that the participant is highly religious as well as the level of positive spiritual/religious coping. Interpersonal, moral and meaning were the most prevalent types of spiritual struggles and they favored an intense psychological suffering, leading the pastor to attempted suicide. Given the patient's strong religious orientation system, it is essential to integrate the spiritual dimension in the health care plan. Studies with larger samples, of mixed approaches are suggested in future research on the topic, in order to provide more robust data on the relationship between suicide and spiritual struggles.

Keywords: Suicide; Spiritual/religious coping; Mental health; Spirituality/religiosity.

Resumo: Pesquisas apontam que o coping espiritual/religioso positivo é um forte preditor na resolução de conflitos espirituais. Entretanto, os conflitos podem ter um funcionamento diferente no domínio espiritual, pois dependem do tipo de conflito e da relação com o estressor. A partir de um estudo de caso de um pastor evangélico internado em uma clínica de saúde mental, com diagnóstico de depressão e tentativa de suicídio, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e sofrimento psíquico. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e aplicação da Escala de Centralidade da Religiosidade, Escala de Coping Espiritual/Religioso (CER-14) e Escala de Conflitos Espirituais. Os resultados indicaram que o paciente é altamente religioso, assim como também é alto o nível de coping espiritual/religioso positivo. Os conflitos espirituais predominantes foram os do tipo interpessoal, moral e de sentido e estes favoreceram a produção de um intenso sofrimento psíquico, levando-o à tentativa de suicídio. Considerando o forte sistema de orientação religioso do paciente faz-se imprescindível a integração da dimensão espiritual no plano de cuidado. Estudos com amostras mais amplas, de abordagens mistas são sugeridas nas futuras investigações sobre o tema, a fim de prover dados mais robustos sobre a relação entre suicídio e conflitos espirituais.

Palavras-chave: Suicídio; Coping espiritual/religioso; líder religioso; Saúde mental; Espiritualidade/religiosidade.

Resumen: Algunos estudios indican que el coping espiritual/religioso positivo es un fuerte predictivo en la resolución de conflictos espirituales. Con todo, los conflictos pueden tener una evolución distinta en el ámbito espiritual, al depender del tipo de conflicto y de la relación con el factor de stress. Con base en un estudio de caso sobre un pastor evangélico internado en una clínica de salud mental, diagnosticado con depresión e intento de suicidio, el presente estudio se ha propuesto como objetivo llevar a cabo una reflexión sobre la relación entre espiritualidad/religiosidad y sufrimiento psíquico. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista semiestruturada y la aplicación de la Escala de Centralidad de la Religiosidad, Escala de Coping Espiritual/Religioso (CER-14) y Escala de Conflictos Espirituales. Los resultados indicaron que el paciente es altamente religioso, así como también que el nivel de coping espiritual/religioso positivo es alto. Los conflictos espirituales predominantes fueron los de tipo interpersonal, moral y de sentido y estos favorecieron la producción de un intenso sufrimiento psíquico, llevándolo al intento de suicidio. Considerando el fuerte sistema de orientación religiosa del paciente se hace imprescindible la integración de la dimensión espiritual en el plan de cuidado. Estudios con muestras más amplias, de abordajes mixtas, son sugeridas en las futuras investigaciones sobre el tema, con la finalidad de proporcionar datos más robustos sobre la relación entre suicidio y conflictos espirituales.

Palabras-clave: Suicidio; Coping espiritual/religioso; Salud mental; Espiritualidad/religiosidad.

Introdução

1.1 Suicídio no Brasil

Em uma análise sobre suicídio no Brasil, disponibilizada no *site* do Comitê de Entidades Públicas (COEP), também chamada de Rede Nacional de Mobilização Social, vários dados são apresentados sobre o tema (COEP, 2017), entre eles, o da prevalência de uma média de 30 casos de suicídios por dia, no Brasil, taxa essa que vem crescendo nos últimos anos. Observa-se, também, que os casos se encontram espalhados por todo o território nacional. Porém, em termos proporcionais, a região Sul (que representa 14% da população do país) é a mais afetada, concentrando 23% dos casos de suicídio. Três dos quatro municípios com a pior taxa no país localizam-se no Rio Grande do Sul. A reportagem também sublinha que 38% dos suicídios acontecem no Sudeste.

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que a taxa mundial de suicídio é de 800 mil casos por ano (WHO, 2019, p. 32). No Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade informou que, em 2017, o índice de morte por suicídio foi 11 mil em média ao ano, sendo a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, havendo maior predominância entre homens (Neves, 2019). Segundo informações disponíveis no Portal de Educação Médica (PEBMED) houve um aumento de 7% no índice de suicídio no Brasil, nos últimos seis anos (Neves, 2019).

Em 2018, em uma reportagem especial do Washington Post sobre suicídio no Brasil, o jornal fez um destaque para o aumento de 73% no número de casos entre 2000 e 2018, e afirmou que “uma epidemia silenciosa está varrendo o Brasil” (Lopes & Lopes, 2018). Os maiores fatores de risco de suicídio são: desemprego, problemas de relacionamento ou perdas, uso abusivo de substâncias, tentativas prévias de suicídio, doença mental e problemas físicos de saúde (Sinclair & Leach, 2017).

1.2 Religião e suicídio

Os dados sobre suicídio no mundo e, em particular, no Brasil, podem levantar a questão sobre possíveis relações entre religião e suicídio. O Brasil é um país considerado “altamente religioso” (Huber & Huber, 2012; Esperandio, August, Viacava, Huber & Fernandes, 2019). Centenas de estudos compilados no Manual de Espiritualidade e Saúde (Koenig, King & Carson, 2012) examinaram a associação entre vários aspectos da religião (tais como afiliação, importância e frequência a serviços religiosos) e suicídio (ideação suicida, tentativas de suicídio e morte por suicídio) e a maioria deles sugeriu que a religião é um fator protetivo contra o suicídio (Koenig et al., 2012). Tal associação pode ser compreendida não apenas em razão de a religião constituir-se como meio de ligação com o sagrado,

mas por ser, também, um *sistema de orientação pessoal* (visão de mundo). Nesse caso, ela é fonte de recursos que o ser humano religioso utiliza para lidar com situações adversas. Desai & Pargament (2015) observam que a saúde mental de uma pessoa pode estar intimamente relacionada com seu sistema religioso. Consequentemente, para aquelas pessoas cujo *sistema de orientação* baseia-se em crenças e valores religiosos, o modo de enfrentamento dos mais variados tipos de eventos estressores será feito, fundamentalmente, a partir dos recursos providos da religião assumida. A esse comportamento de utilização da religião para lidar com situações de estresse e sofrimento, Pargament (1997) definiu, inicialmente, como *coping¹ religioso*. Mais tarde, afinado com as discussões sobre o conceito de espiritualidade e religiosidade, e por compreender que “a função mais crítica da religião é de natureza espiritual” (Pargament, 2011, p. 31), o autor passou a usar a expressão *coping* espiritual/religioso (CER) (Cummings & Pargament, 2010). O CER pode ser categorizado como “positivo” (uma relação mais segura e colaborativa com Deus na solução dos problemas) ou “negativo” (uma relação menos segura com Deus e presença de conflitos espirituais) (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998).

Exline, Pargament, Grubbs & Yali (2014) aprofundaram as investigações sobre a natureza do CER negativo e caracterizaram diversos tipos de “conflitos espirituais”, podendo estes ser identificados e medidos por meio de uma escala. Assim, a religião como recurso de enfrentamento e como sistema de orientação pessoal tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores e pesquisadoras. Huber & Huber (2012) investigaram o fenômeno numa perspectiva interdisciplinar, fundamentada na Sociologia, Teologia e Psicologia da Religião e verificaram em que medida ela pode ser “central” na vida da pessoa. Os pesquisadores construíram, inclusive, uma escala para avaliação da “centralidade da religiosidade”, tendo sido validada para uso no contexto cultural brasileiro por Esperandio et al. (2019).

A religião pode se constituir em fator preditor significativo de ideação suicida, conforme aponta o estudo de Stack (2018). O autor constata, inclusive, que quanto maior o nível de religião menor a possibilidade de os indivíduos considerarem seriamente as chances de suicídio. Destaca-se, pois, que as pessoas religiosas têm menor propensão em aceitar a ideia de suicídio.

Alguns estudos indicam relações consistentes entre CER positivo e melhores resultados em saúde mental. Por exemplo, Pargament, Koenig & Perez (2000) encontraram que métodos CER positivo, tais como, busca de suporte espiritual (de Deus ou das

1 *Coping* é uma palavra em inglês que significa “enfrentamento”; “modo de lidar com”. Por não ter um termo equivalente em português com o sentido exato do original em inglês, os estudos sobre *coping* no Brasil têm utilizado a palavra em sua forma original.

comunidades de fé) e religiosidade intrínseca foram significativamente relacionados a menos depressão (Koenig, George & Peterson, 1998) e melhor enfrentamento dos sintomas no contexto da Saúde Mental (Hefti, 2013, p. 123-124).

Contudo, estudos sobre CER e conflitos espirituais, alguns dos quais, longitudinais, apontam a presença de conflitos espirituais como preditores do aumento de sintomas depressivos (Park, Brooks & Sussman, 2009; Pirutinsky, Rosmarin, Pargament & Midlarsky, 2011), agravamento de sintomas de HIV/AIDS (Trevino et al., 2010), resultados mais precários na reabilitação (Fitchett, Rybarczyk, Demarco & Nicholas, 1999), e média mais alta de mortalidade (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2001).

Conquanto hajam estudos que apontam o CER Positivo como um forte preditor da elaboração dos conflitos espirituais, Desai e Pargament (2015, p. 43) observam que isso “pode depender da natureza do conflito e das características do sistema de orientação religiosa do indivíduo, especificamente da história religiosa da pessoa, *coping* e apoio”.

1.3 Motivação para o estudo de caso

Dado que a pesquisa sobre a relação entre suicídio e religião tem se mostrado relevante e necessária surgiu a questão-motivadora de base e objetivo do presente estudo: *como compreender a tentativa de suicídio do participante do estudo de caso ora apresentado, considerando que, em geral, um maior emprego de estratégias de CER positivo está associado a uma melhor resolução dos conflitos espirituais (como mostram os estudos acima citados)?*

A particularidade deste trabalho consistiu em enfrentar a questão do impacto da religião na ideação suicida e nas tentativas de suicídio. De que modo a espiritualidade/religiosidade poderia ajudar a diminuir o risco de mortes por suicídio indicando assim, a relação entre a saúde física e mental e a religião?

Além da pergunta investigadora do presente estudo, pretende-se também refletir sobre as contribuições deste caso para a prática do cuidado em saúde mental.

Antes de prosseguirmos, faz-se necessário definir o modo como os termos espiritualidade e religiosidade estão sendo aqui utilizados. Embora ambos os termos expressem a elaboração pessoal relacionada à busca de sentido e propósito da vida, reserva-se o termo “espiritualidade” para indicar a busca humana por propósito e sentido, sem vinculação necessária às instituições ou instâncias caracterizadas tradicionalmente como sagradas. “Religiosidade” refere-se à busca e elaboração pessoal do sentido e propósito da vida por meio de “respostas de sentido” oferecidas pelas diversas religiões e formas de expressão religiosa. Por essa razão, concordamos com a definição de espiritualidade resultante da Conferência de

Consenso Internacional que definiu o termo como

um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade através do qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência, e experienciam o relacionamento consigo mesmas, com a família, com outros, com a comunidade, com a sociedade, com a natureza e com o significativo ou sagrado. A espiritualidade é manifesta através de crenças, valores, tradições e práticas (Puchalski, Vitillo, Hull & Reller, 2014, p. 646).

2 Método

2.1 Dados de uma pesquisa mais ampla

Este estudo apresenta e discute os dados de um dos participantes de uma pesquisa mais ampla. Trata-se, pois, de um estudo de caso. Conforme esclarecem Gerhardt e Silveira (2009, p. 39), um estudo de caso tem como finalidade “conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico”. Nesse sentido, não se tem a intenção “de intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal [como percebido]” (Gerhardt & Silveira, 2009, p. 39).

O projeto de pesquisa original de onde a amostra para esse estudo foi recortada é um estudo transversal, de método misto, classificado como descritivo e exploratório, com objetivo de avaliar os recursos espirituais e as necessidades de pacientes em tratamento psiquiátrico no contexto da Atenção Primária em Saúde e em clínicas privadas de Saúde Mental, em uma cidade de grande porte no sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada em 2017.

O recrutamento dos participantes na Clínica de Saúde Mental contou com o suporte dos profissionais locais, principalmente com a colaboração do psiquiatra responsável pela equipe multiprofissional. A cada semana, uma lista de potenciais participantes, preparada pelo médico psiquiatra, era enviada por *e-mail* à pesquisadora coordenadora do estudo. Os critérios de inclusão/exclusão foram: ser maior de 18 anos, não estar em surto psicótico e não apresentar comorbidades que dificultassem a compreensão das questões. Foi avaliado, também, o grau de vulnerabilidade da pessoa em tratamento, a fim de evitar dano ou prejuízo à mesma. Os potenciais participantes foram abordados individualmente e os que voluntariamente aceitaram o convite, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídos no estudo.

Para cada conjunto de 75 participantes nos quais os instrumentos de medida da espiritualidade/religiosidade foram aplicados, 15 sujeitos foram

selecionados para uma entrevista fenomenológica. Os dados analisados nesse estudo de caso dizem respeito a um dos participantes da pesquisa. O estudo foi motivado em razão de que, segundo a literatura, a centralidade da religiosidade e o emprego de CER positivo estão fortemente associados a menos sintomas depressivos e a maior qualidade de vida (Stroppa & Moreira-Almeida, 2013, p. 385). O participante deste estudo fora internado na clínica privada onde a pesquisa vinha sendo conduzida. Convidado a participar da pesquisa quantitativa, o paciente também aceitou fornecer uma entrevista fenomenológica, método utilizado na abordagem qualitativa de nosso estudo.

2.2 A entrevista fenomenológica

A entrevista compôs-se de uma pergunta na qual o participante foi convidado a narrar “experiências de sua vida que considerasse significativas; as mais marcantes em sua trajetória pessoal”. Ancorada nos referenciais da fenomenologia, uma entrevista fenomenológica caracteriza-se pela preocupação com a descrição das experiências vividas (Holanda, 1985; Ales Bello, 2006; Amatuzzi, 2015) e permite remontar às origens das vivências, explorando em profundidade o significado das mesmas (Ales Bello, 1998, p. 12). Esta preocupação em captar o sentido, tentando romper os esquemas mentais pré-estabelecidos, faz com que o/a pesquisador/a oriente seu olhar sobre a forma como tais experiências aparecem para os sujeitos envolvidos. Desse modo, a pesquisa em perspectiva fenomenológica é adequada quando se quer investigar a subjetividade, com vistas a identificar e compreender os traços determinantes de um fenômeno (Barreira & Ranieri, 2013, p. 455).

Quanto aos procedimentos de análise da entrevista fenomenológica pode-se elencar, seguindo Giorgi (1985) e Gomes (1997), quatro passos fundamentais. O primeiro consiste na transcrição e leitura sistemática do conjunto da entrevista bruta. O segundo é a descrição das unidades significativas. O terceiro comporta a transformação das expressões do sujeito em linguagem psicológica colocando em evidência o problema próprio da investigação. Por fim, o quarto passo, consiste na redação de um texto síntese que revele a interpretação das principais unidades significativas encontradas no relato.

Este estudo de caso examina os dados coletados com o objetivo de compreender a relação entre o emprego de CER positivo, conflitos espirituais e desfechos em saúde. Queremos ampliar o entendimento de nossa questão de base, ou seja: *por quê a utilização de CER positivo e o sistema de orientação religiosa do participante não pareceram capazes de promover uma melhor solução dos conflitos espirituais e atuar como fator protetor contra a tentativa de suicídio?*

A seleção para a entrevista fenomenológica, na maioria dos casos, foi realizada imediatamente após

a aplicação dos instrumentos de medida, quando se perguntava ao participante se o/a mesmo/a tinha interesse em conversar mais livremente sobre as questões da espiritualidade /religiosidade e a relação com seu tratamento de saúde. Em outros casos, foi agendada para outro momento. A primeira abordagem do participante desse estudo aconteceu após dois dias de seu internamento. A entrevista fenomenológica ocorreu por volta da terceira semana.

2.3 Instrumentos utilizados

Na primeira abordagem do participante do estudo, além de um questionário para levantamento dos dados sociodemográficos, foram aplicados três instrumentos de medida de avaliação da espiritualidade/religiosidade: a Escala de *Coping* Espiritual/Religioso (CER – 14); a Escala de Conflitos Espirituais/Religiosos; e a Escala da Centralidade da Religiosidade (ECR), e foi conduzida uma entrevista fenomenológica.

2.3.1 Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso

A Escala CER – 14 é composta por sete itens que avaliam as estratégias de CER Positivo e sete que avaliam o CER Negativo (Esperandio, Escudero, Fernandes & Pargament, 2018). *Coping* é uma palavra em inglês que significa “enfrentamento”; “lidar com”. Por não ter um termo equivalente em português com o sentido exato do original em inglês, os estudos sobre *coping* no Brasil têm utilizado a palavra em sua forma original. Os teóricos do *coping* (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus e & Folkman, 1984) usaram o termo para caracterizar a forma como o indivíduo percebe um estímulo estressor e responde a ele. Um evento estressor pode ser percebido como “desafio”, “ameaça”, ou “perda” e o indivíduo responderá a tais eventos com “*foco na resolução do problema*” ou com “*foco nas emoções*”. O *foco no problema* refere-se ao emprego de esforços de enfrentamento para a resolução da situação estressora em si. Já o “*foco nas emoções*” diz respeito à tentativa de eliminar ou minimizar as consequências emocionais negativas do evento estressor. Foi com base nos estudos de Lazarus & Folkman que Pargament encontrou esta terceira via de *coping*: o *coping* espiritual/religioso. Este constructo “tem sido um dos conceitos mais importantes para identificar quando crenças são utilizadas para compreender e enfrentar situações difíceis da vida” (Zangari, Martins, Alminhana & Medeiros, 2019, p. 100).

2.3.2 Escala de Conflitos Espirituais/Religiosos

Quanto à Escala de Conflitos Espirituais/Religiosos (Exline, Pargament, Grubbs & Yali, 2014), esta compõe-se de 26 itens e mede 6 domínios de conflitos espirituais: 1) *divino* (refere-se às emoções negativas com base na crença sobre Deus ou no

relacionamento percebido com Deus); 2) *demônico* (preocupação de que o mal ou espíritos maus atacam o indivíduo ou são causadores de eventos negativos); 3) *interpessoal* (preocupação sobre as experiências negativas com pessoas ou instituições religiosas); 4) *moral* (luta na tentativa de seguir princípios morais; preocupação ou culpa em relação a ofensas cometidas); 5) *dúvida* (Incômodo por dúvidas ou questões relacionadas às próprias crenças religiosas/espirituais); 6) *sentido último* (conflitos relacionados às questões em torno do sentido e propósito da vida).

2.3.3 Escala Centrada na Religiosidade

A ECR (Esperandio et al., 2019), é composta por 10 itens que avaliam cinco dimensões centrais da subjetividade que podem ser vistas como representativas da vida religiosa: intelectual, ideológica, prática pública, prática privada e a dimensão da experiência religiosa (Huber & Huber, 2012; Esperandio et al., 2019). A Escala mede se a religiosidade ocupa ou não um lugar central na organização psicossocial do indivíduo por meio das categorias: “*altamente religioso*”, “*religioso*” e “*não-religioso*”.

3 Resultados

3.1 Perfil sociodemográfico do participante

Edmundo (nome fictício) é brasileiro, 36 anos, casado, pai de três filhos pequenos, pastor de uma comunidade protestante presbiteriana e tem nível educacional superior. Coursou Teologia e pós-graduação/especialização em Aconselhamento Familiar. Crê em Deus e se auto-declara uma pessoa religiosa e espiritualizada. Já na infância, por meio da avó e da mãe, era levado à Escola dominical da Igreja e passou a ter gosto pela música participando do coral infante-juvenil.

Em 2018, antes do término do seu pastoreio na igreja a que tinha sido designado e havia trabalhado por mais de quatro anos, entrou em conflito com o conselho e os presbíteros. Neste contexto foi internado na clínica de Saúde Mental por indicação do psiquiatra que o atendeu. Foi diagnosticado com depressão, uso abusivo de álcool e tentativa de suicídio. Na entrevista, Edmundo relata que tem recebido apoio da esposa e dos filhos durante o período em que se encontra em tratamento. No dia-a-dia de sua vida, participa de cultos, estudos bíblicos e reuniões de natureza religiosa várias vezes por semana, e pratica orações espontâneas várias vezes ao dia.

3.2 Religiosidade, uso de estratégias de coping espiritual/religioso e conflitos espirituais

Quanto à aplicação das escalas ECR, CER-14 e de Conflitos Espirituais/Religiosos, o participante

obteve os seguintes escores: a escala de centralidade da religiosidade aponta uma média de 4.8, equivalendo à categoria de “altamente religioso”. Edmundo manteve essa mesma categoria “altamente religioso” no conjunto das cinco dimensões representativas da vida religiosa identificadas na escala: dimensão intelectual; ideológica; prática pública; prática privada e a dimensão da experiência religiosa.

Na entrevista fenomenológica, a centralidade da religião confirma-se com a seguinte declaração:

religião é muito importante pra mim, (...) tem a ver com o encontro do ser humano com Deus, que fez o ser humano com o único objetivo de se relacionar com ele. (...) Deus é a única fonte que estabelece o ponto de contato entre eu e Ele. Isso pra mim é religião. (...) Isso é quem eu sou, de corpo e alma.

Em relação às estratégias de CER Positivo, estas são largamente utilizadas, como indica a pontuação média considerada “altíssima” nesse fator (5.0). Já as estratégias de CER Negativo praticamente não são utilizadas, com pontuação de 1.14, considerada “mínima/irrisória”.

Já no relato de Edmundo, a tomada de consciência sobre os caminhos por meio dos quais seria possível entrar em ação, frente ao sentimento de falta de sentido, foram manifestas na entrevista. No trecho abaixo ele narra a importância que a música e, em especial, a cristã, ocupa em sua vida:

(...) porque a música cristã, de fato, ela vale muito mais de que um sentimento, ela tem poder de entrar dentro da alma, do coração e tirar da gente algo que a gente nunca pensou que tivesse. Exemplo, toquei no nosso grupo de apoio uma música que eu fiz, quatro colegas me procuraram em lágrimas dizendo: ‘- que música é essa pelo amor de Deus!!!’. Não tinha nada demais na música, só que havia uma essência, uma espiritualidade, que vai além da letra, da poesia, da melodia, da harmonia, e consegue entrar lá dentro da terra do seu coração e a arar toda, por completo, e fazer nascer sementes novas de esperança.

Em resumo, ele diz que “lá dentro da terra do seu coração” é possível encontrar – de forma consciente – algum propósito pelo qual valia a pena viver. A música, por sua vez, aparece em toda a entrevista como um dos eixos fundamentais da estruturação da vida do Edmundo. Na infância conviveu com um pai músico e na adolescência foi atraído para a igreja também por meio da música. Na juventude, vivendo na Europa, foi por este meio que Edmundo vivenciou uma espécie de experiência de conversão religiosa. Na comunidade religiosa, como pastor, a música permitiu dinamizar as pregações e,

por fim, no ambiente da clínica, continuou sendo um poderoso instrumento para encontrar as pessoas.

Os principais recursos de CER se tornaram a leitura da Bíblia e a oração. Esta busca religiosa e este voltar-se ao objeto religioso, por meio da oração, é demonstrada durante a entrevista ao afirmar que:

Bom, eu costumava fazer, tentar me acalmar um pouco, tentar me recolher, tentar ir pra algum lugar pra oração, tentar ir pra algum lugar até eu conseguir me recompor, pedir licença aos meus filhos, que querem brincar toda hora comigo, e dizer: pera um pouquinho que papai não tá legal, mas já volto.

Quanto à presença de conflitos espirituais, o escore de 2.69 é considerado “médio”. Entretanto, no detalhamento dos fatores da Escala, observa-se que os conflitos do tipo Interpessoal alcançaram média “altíssima” (5.0) e o conflito do tipo Moral, a média alta, de 4.25. O conflito espiritual de Sentido teve uma média “baixa” (2.25), sendo que um dos itens do conjunto desse fator, “Questionei-me se a vida realmente importa”, obteve uma pontuação “alta”.

O conflito espiritual Interpessoal ($m = 5.0$) é medido pelo conjunto de 5 itens que compõem esse fator: 1) “Tive conflitos com outras pessoas sobre questões religiosas/espirituais”; 2) “Senti-me rejeitado ou incompreendido por pessoas religiosas”; 3) “Senti que as pessoas me olhavam diferente por causa de minhas crenças religiosas ou espirituais”; 4) “Fiquei com raiva de instituições religiosas”; 5) “Me senti machucado, maltratado ou ofendido por pessoas religiosas”.

O Conflito Moral ($m = 4.25$) é composto pelo conjunto dos seguintes itens: 1) “Senti-me culpado por não viver de acordo com meus padrões morais”; 2) “Preocupe-me se minhas ações eram moralmente ou espiritualmente erradas”; 3) “Lutei para seguir meus princípios morais”; 4) “Me senti dividido entre a minha própria vontade e o que eu sabia que era moralmente correto”.

O Conflito do tipo Interpessoal “Senti-me machucado, maltratado ou ofendido por pessoas religiosas” é confirmado na narrativa espontânea em que Edmundo afirma:

eu achei que o local que eu tinha que ter mais aconchego, mais ternura, mais encorajamento, foi o local que aproveitou pra jogar a pá de terra sobre mim e falar: ‘- agora chega de uma vez por todas’. Daí, vim parar aqui, contra a vontade, o psiquiatra insistiu muito e graças a Deus eu vim.

A narrativa dessa situação de conflito interpessoal revela sentimentos de fracasso e não realização experienciados dentro de sua comunidade religiosa: “Talvez eu me sinta exatamente como uma pessoa que não é feliz no ambiente de trabalho, que não é feliz em uma carreira pública, que não é feliz

achando que está fazendo o certo, embora veja tanta gente fazendo o errado”.

Edmundo pastoreou uma comunidade religiosa, por quatro anos, em uma determinada cidade, que conforme seu relato, “tristemente carregava o nome de ser cemitério do pastor”. Uma comunidade descrita como tradicional, fechada às mudanças e lugar de “gente que brigava por um lenço”. Descreve que experimentou muita solidão e viveu ali conflitos de ordem econômica com a hierarquia da igreja que causaram-lhe enorme cansaço, insatisfação e a renúncia ao ofício. O resultado foi a internação. No ambiente da clínica, Edmundo vivenciou situações que lhe permitiram refletir sobre seu sistema de crenças e o levaram a comparar os irmãos da igreja com as pessoas que encontra na clínica:

(...) Me sinto frustrado de ver tanta gente chamando o outro de irmão sem ser irmão e às vezes chegar aqui, pra me tratar de uma depressão, ver uma senhorinha que tem demência passar a mão no meu cabelo e dizer que me ama, sem nunca ter me visto na vida. Eu acho que o que Jesus Cristo veio estabelecer está muito aquém, aliás, muito além, do que estão falando que é a Igreja.

3.3 Sofrimento e Sentido

A situação de maior estresse nos últimos três anos reportada por Edmundo diz respeito a “complicações no casamento e conflitos com a própria igreja local”. Os conflitos espirituais interpessoais e de sentido são evidenciados tanto na pontuação desses fatores na Escala de Conflitos Espirituais quanto na narrativa de Edmundo:

[o] adultério da parte da minha esposa em 2011 mexeu com a estrutura do meu ser, depois de tudo que eu acredito e prego, isso me machucou muito e aí desde 2011 eu comecei a experimentar um pouquinho de bebida pra ver se ia ser legal, e foi legal... em tese... graças a Deus hoje nós construímos de novo, eu amo minha esposa, a perdoo, a entendo, ela é a mulher da minha vida, (...), porém a herança ainda ficou, dessa droga chamada bebida, que não é nada tão gritante assim, mas que para mim é.

A pergunta sobre como “entende as coisas que lhe aconteceram”, permitiu a Edmundo narrar o sentido construído sobre a experiência: “Nossa, você apavorou agora. Você tocou num ponto teológico doido demais”. Refere-se ao mal/sofrimento como inato ao ser humano e afirma:

como um DNA corrupto e a única maneira de resolver esse problema é quando Cristo se torna a tampa, a especiação, a tampa entre o olhar de Deus e o nosso pecado, ele está na frente, ele é o justo”.

Edmundo prossegue a explicação comparando-se à personagem Edmundo, das Crônicas de Nárnia: “Quando ele chega na coroação, (...) ele fala pro Edmundo (que é o cara que trai os irmãos), ele olha assim pra ele e fala: ‘- Edmundo, o Justo’... eu me amarro de chorar. Eu sou o Edmundo!”

Assim, tenta construir o sentido em sua narrativa por meio de uma resposta teológica, com base na teodiceia, relacionando o sofrimento pessoal com o problema teológico sobre o mal no mundo. Edmundo explica:

Existem três questões sobre o pecado e a ira de Deus. Primeiro, existem as péssimas escolhas que eu mesmo fiz, certo? E essas escolhas vão me trazer consequências, apesar disso há um Deus amoroso que me ajuda a olhar a melhor saída disso tudo, porque ele me ama. Existe uma consequência que vem do maligno, de um ser maligno, que vem pra me tentar, me destruir como fez com Jó, certo? Livro de Jó fala isso, ele não vem pra me promover, ele vem pra me destruir. E existe uma terceira tentação que provêm de Deus (...), qual o objetivo dela? Extrair o melhor de mim, é como o bom professor que na hora do teste não pode falar mais nada... mas ele quer aprovar a gente (...).

O Conflito espiritual de Sentido permanece, conforme declara: “... então... dessas três faces [possibilidades de sentido], eu ainda não identifiquei qual delas eu estou vivendo. Peça a Deus por mim pra eu identificar logo”.

4 Discussão

4.1 A biografia religiosa e o autoconceito

Nota-se, de forma clara, que a pertença religiosa de Edmundo começa na infância com a participação da religião da avó e da mãe. Uma pertença religiosa em continuidade com a tradição familiar. Esta chamada religiosidade extrínseca, segundo ressalta o psicólogo da religião, Mauro Amatuzzi (2015), pode permanecer na idade adulta e manifestar-se, psicologicamente, com características infantis, no sentido de não ter sido assumida na idade adulta sob a base de uma experiência pessoal. No caminho de seu desenvolvimento religioso, evidencia-se que a pertença religiosa recebida na família foi aprofundada ao longo da vida, conduzindo Edmundo a experiências religiosas pessoais.

A narrativa de Edmundo aponta uma crise experienciada em 2011 – impactando fortemente suas percepções de vida em função das dificuldades na relação conjugal. Nesse contexto de crise, abraça o desafio de pastorear uma comunidade já caracterizada como “o cemitério para os pastores”. Edmundo é um homem religioso que sofre. E, sozinho, tem dificuldades de transformar seus sofrimentos em con-

quista e sentido.

O fato de ter sido categorizado como “altamente religioso”, conforme a pontuação obtida no preenchimento da escala, confirmada também em sua narrativa, evidencia que a religiosidade ocupa lugar central em sua vida, tal como a população brasileira em geral (Huber & Huber, 2012). As estratégias de CER utilizadas em seu cotidiano, como por exemplo, a oração, composição de músicas, busca de proximidade com Deus e leitura da Bíblia evidenciam uma experiência totalizante e salugênica: “É a minha vida, como é que vou passar um dia sem comer do pão da vida?”.

4.2 O colapso do “sistema religioso”

Os dados indicam que a religião ocupa um lugar de centralidade na subjetividade de Edmundo, fornecendo-lhe um sistema de orientação. Contudo, a base de seu sistema religioso de orientação subjetiva entra em colapso diante de um sofrimento que conjuga aspectos relacionados ao amor e ao trabalho, sendo este último aspecto, exercido no campo da religião, como profissão (ou chamado divino). Conforme apontado por Frankl (1991, p. 64), há três fontes nas quais o ser humano expressa sua busca de sentido: no amor, no trabalho (criação) e no sofrimento.

Observa-se, por sua vez, na narrativa de Edmundo, a sobreposição dessas três fontes de sentido fundadas em seu sistema de orientação religiosa. Porém, há insuficiência na capacidade de elaboração do sofrimento e os conflitos espirituais aí vivenciados não encontram uma via que permita a superação da crise: “...então... dessas três faces [possibilidades de sentido], eu ainda não identifiquei qual delas eu estou vivendo”.

O ambiente de trabalho, que é simultaneamente, o contexto religioso que lhe permite subsistência, é também fonte de sentido e propósito de sua vocação, e é ainda, um de seus principais recursos de *coping*. Edmundo parece experienciar a *Síndrome de Burnout*, que é um esgotamento físico e mental frente ao estresse laboral crônico (Barnard & Curry, 2012).

Como mostra o estudo de Dias (2019), cerca de um terço de padres católicos experienciam *Burnout* em seus afazeres religiosos. Aparentemente, trata-se de uma inconsistência entre a crença, o sentido e o propósito assumido na vida por meio de seu sistema de orientação embasado na religião e a tentativa de suicídio. Entretanto, conforme estudo realizado por Lotufo Neto (1997) junto a 207 ministros religiosos não católicos (protestantes e pentecostais), na cidade de São Paulo, transtornos psicológicos estão presentes de modo significativo nessa população. Há prevalência de depressão (16.4%), transtorno do sono e outros (Lotufo Neto, 1997). Os conflitos interpessoais entre membros da comunidade,

seguidos por problemas familiares, foram as queixas mais comuns no estudo de Lotufo Neto (1997) tal como exemplificado no estudo ora apresentado. Este contexto de estresse é ampliado, muitas vezes, pelas próprias estruturas institucionais. Alguns autores observaram essa questão ao pesquisarem o sofrimento psíquico de sacerdotes católicos (Cozzens, 2001; Benelli, 2006; Pinto, 2012; Pereira, 2013). Tais pesquisadores destacam que muitas vezes se dá mais valor ao gerenciamento do clerical do que propriamente à dimensão do cuidado com o universo dos afetos e do serviço aos outros. Apontam, também, que padres católicos podem sentir-se emocionalmente exaustos pelas exigências em torno da moralidade e da necessidade de serem vistos como modelos de santidade e virtude sem contar com o devido apoio institucional quando se veem em situações de *stress* e sofrimento.

4.3 A (não) procura de ajuda psicológica e espiritual

Trabalhadores do campo religioso parecem ter dificuldades para buscar ajuda psicológica quando enfrentam crises emocionais e espirituais. Em estudo sobre “Os padres em psicoterapia” Brito (2012) faz uma constatação significativa quanto às especificidades da psicoterapia para pessoas dedicadas à vida consagrada, alertando aos psicólogos sobre a necessidade de estudar com maior atenção os fenômenos típicos das facetas destes pacientes, sobretudo no que diz respeito à espiritualidade/religiosidade. Brito (2012) chama a atenção sobre o fato de que pessoas dedicadas à vida religiosa demoram muito para entender que estão em crise e que deveriam procurar ajuda, aliás muitas delas trazem conflitos com relação à sexualidade e à espiritualidade já quando chegam ao seminário para iniciar seu processo de formação. Na pesquisa de Nwora (2020), sobre capelães, o autor observa que muitos desses profissionais relatam que a relação entre Saúde Mental e espiritualidade/religiosidade não foi abordada em seu período de formação. Fato esse que corrobora para uma percepção demorada acerca do próprio adoecimento psíquico.

Esse estudo de caso chama a atenção sobre a necessidade de se atentar para situações nas quais a fonte que provê recurso para o enfrentamento do sofrimento é também a mesma que produz conflitos e sofrimento psíquico. Daí a relevância de se examinar a natureza do conflito espiritual, pois este provavelmente é, “em si, um determinante importante sobre como os conflitos afetam os indivíduos” (Desai & Pargament, 2015, p. 43). Os autores observam ainda, que há duas características dos conflitos que são preditoras potenciais de resultados: a gravidade do conflito e a capacidade de encontrar significado no mesmo, pois tais características “refletem o quanto o sistema religioso pessoal é impactado pelo conflito espiritual” (Desai & Pargament, 2015, p. 43).

No estudo sobre comportamento suicida, defendido como tese de doutorado por Rabelo (2019), a autora salientou a necessidade de olhar a estreita vinculação entre viver, sofrer e morrer. Para a autora, o suicídio pode ser visto como “saída pela porta de emergência”, pois é uma retirada de si de uma vida cujo sentido se perdeu. Desse modo, pode-se compreender o suicídio como resposta sobre si e sobre a vida. Para a pessoa que “sai pela porta de emergência”, trata-se de uma “retirada de uma vida que não vale a pena ser vivida”, uma abdicação simultânea de si e do outro.

4.4 Sentido no sofrimento

Os estudos empíricos no campo da Saúde Mental, no Brasil, ainda não têm demonstrado suficientemente a relação entre espiritualidade/religiosidade e sofrimento psíquico. Na linha preconizada por Frankl (1991), ao lado das explicações a respeito das dificuldades encontradas na vida, é necessário prestar atenção ao nível de percepção de sentido expresso pela pessoa. Trata-se, então, de evidenciar as percepções subjetivas sobre o que o indivíduo considerou possível de ser feito frente à situação. Além disso, a distinção que o fundador da Logoterapia opera entre o conceito de *homo sapiens* que vive na tensão entre fracasso e sucesso, e o conceito de *homo patiens* que se move ao longo do eixo que se estende entre os polos da realização e do desespero, é significativo para compreender melhor os sentidos que podem ser descobertos no sofrimento. Estas duas dimensões para Frankl precisam ser reconhecidas para que se possa compreender:

como, de um lado, encontramos pessoas que, apesar do sucesso, são levadas pelo desespero – basta recordar os estudantes que tentaram o suicídio, apesar de suas condições de bem-estar, enquanto, de outro lado, podemos encontrar pessoas que, apesar do fracasso, chegaram a um senso de realização e até de felicidade porque descobriram um sentido para o próprio sofrimento (2005, p. 36).

4.5 Encontrar a própria narrativa

O presente estudo sugere a imprescindibilidade de se avaliar em profundidade a dimensão da espiritualidade/religiosidade no contexto de tratamento de transtornos psiquiátricos (Freitas, 2014). Há instrumentos disponíveis, conforme aqui demonstrado e há necessidade de uma prática de cuidado que contemple espaço para acolher narrativas que integram essa dimensão da espiritualidade/religiosidade. Nas narrações podemos reconhecer as diferentes visões sobre a vida, as crenças, os valores e as variadas formas do ser humano se comportar frente a situações estressoras. Assim, uma história contém uma teia de relações que atravessam não só

o mundo particular de uma pessoa, mas influencia o curso da vida social e também afetiva de tantos outros. Para Edmundo, a participação na pesquisa abriu espaço para uma relação dialógica que representou um momento terapêutico. O encontro com os pesquisadores na clínica em que estava em tratamento foi uma ocasião para que ele pudesse refletir sobre as diferentes etapas de sua própria vida, desde a infância até a idade adulta. Ao término da entrevista tece comentários do tipo: “você são mil, adorei falar com você”, ou ainda “que bom que você vieram, fiquei tão feliz”, expressões reveladoras da gratidão. Tais conversações foram elucidativas para o próprio entrevistado. Tudo isso possibilitando que Edmundo pudesse narrar a si mesmo de forma diferente. É o que Ricoeur enfatiza no seu livro *O si mesmo como um outro* quando apresenta a narração como um convite para dar forma ao tempo da vida que passa, pois “narrar é dizer quem fez o quê, por quê e como, estendendo no tempo a conexão entre estes pontos de vista” (2014, p. 153).

5. Implicações do estudo para o campo da Saúde Mental

As reflexões aqui apresentadas não esgotam as possibilidades de análise, dada a riqueza dos dados. Focalizamos o aspecto da espiritualidade/religiosidade em sua relação com o sistema de orientação do indivíduo e os desdobramentos para a saúde mental quando tal sistema entra em colapso pela presença de conflitos espirituais. Ignorar a dimensão espiritual na prática do cuidado é bloquear as possíveis vias de cura, o que aponta, em última instância para a responsabilidade ética do cuidado. Cuidado ético implica, necessariamente, a escuta adequada das questões espirituais/religiosas. Listamos brevemente, algumas implicações resultantes desse estudo de caso para a prática do cuidado.

5.1 O conceito de espiritualidade e seu uso na clínica. A espiritualidade de quem cuida

Koenig (2012) recomenda que na relação com a pessoa enferma, o uso do termo *espiritualidade* é mais adequado do que *religiosidade*. Considerando que espiritualidade é um termo mais amplo, as pessoas em geral, irão entendê-lo em referência direta à sua própria espiritualidade e isso evita dúvida ou suspeita por parte da pessoa enferma no uso do termo pelo profissional da Saúde.

Destacamos no início desse estudo, que a espiritualidade tem a ver com sentido e propósito, conexão consigo, com o outro e com algo que transcende o humano. Desse modo, a integração dessa dimensão espiritual/religiosa na prática de cuidado expressa, também, “conexão” com o outro que é o destinatário do cuidado que se oferta. Mas

há que se observar que a pessoa que se ocupa com cuidado em Saúde Mental e/ou espiritual, quer seja na qualidade de psiquiatra, psicoterapeuta, o/a cuidador/a espiritual (capelão/capelã), ou mesmo o líder de uma comunidade religiosa também pode apresentar um sofrimento psíquico importante, relacionado ao centro de seu sistema de orientação subjetivo. Assim, um dos desafios é o cuidado da própria espiritualidade, com atenção aos mecanismos pessoais de resposta ao sofrimento, pois há o risco de o/a cuidador/a se emaranhar nos elementos tóxicos presentes na tarefa de prestação de cuidado. Há que se observar, todavia, que os mesmos contextos de doença e sofrimento também oferecem possibilidades de saúde, pois a saúde mental não depende de eventos em si, mas da capacidade de elaboração pessoal dos dilemas trazidos nos eventos. O caso estudado é ilustrativo desse fato, pois mesmo no internamento, Edmundo sentiu-se validado na sua identidade de pastor e de cuidador. Na promoção de saúde mental, os mesmos acontecimentos externos que podem se constituir em profundo sofrimento, trauma e desistência da vida podem ser usados também para fortalecer os mecanismos internos de resiliência e crescimento pessoal.

5.2 A utilização de instrumentos na avaliação da espiritualidade na clínica e na pesquisa

Os resultados sugerem que a conexão entre os instrumentos de medida da religiosidade/espiritualidade e a entrevista semi-estruturada constituem uma boa estratégia para ampliar o horizonte da análise quando se propõe um estudo de caso. A narrativa derivada das entrevistas emoldurou muitas das respostas aos questionários. Permitiu ampliar a significativa relação entre o CER associado à qualidade de vida e saúde do pastor Edmundo. Por conseguinte, seria necessário considerar o valor clínico das escalas de mensuração como instrumentos para uma melhor atenção às necessidades da dimensão espiritual do ser humano e seus respectivos conflitos. As entrevistas, por sua vez, auxiliam a elaboração de um panorama sobre o desenvolvimento religioso/espiritual da pessoa na sua relação temporal em distintas etapas como a infância, adolescência, juventude, idade madura etc.

Zwingmann, Klein & Büssing (2011) argumentam a importância de se ter consciência das diferenciações conceituais entre os termos espiritualidade, religiosidade e religião na condução de pesquisas, a fim de evitar o uso de instrumentos que focalizam apenas elementos característicos da religiosidade. Esse cuidado contemplaria participantes que não se identificam como sendo pessoas “religiosas”, mas sim, “espiritualizadas”, uma vez que esse último grupo vem crescendo no Brasil, conforme apontado pelo Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) no último censo religioso.

A escolha de um questionário ou, uma escala para uso em um estudo específico, deve levar em conta e avaliar quais os “componentes espirituais/religiosos devem ser abordados e quais instrumentos garantem operacionalizações conceitualmente claras” (Zwingmann et al., 2011, p. 352). A diferenciação dos termos espiritualidade, religiosidade e religião é, portanto, crucial para garantir que participantes de um estudo compreendam os itens dos instrumentos de pesquisa e considerem o conteúdo adequado.

5.3 Profissionais do cuidado em Saúde e os riscos das patologias do cuidado: a autocompaixão como fator preditivo de saúde mental

Na sociedade contemporânea, o tempo gasto nas atividades profissionais têm coberto grande parte do tempo da vida, confundindo-se com a própria identidade subjetiva (o papel que se exerce como profissional). Assim, além da *Síndrome de Burnout* (Freudenberger 1974), *Fadiga de Compaixão* e/ou *Desgaste por Empatia* (Barnard & Curry, 2012; Lago & Codo, 2013), que são doenças mentais as quais profissionais do cuidado estão mais expostos, há ainda, o risco de sofrimento provindo de uma autopercepção que se confunde com o próprio papel profissional exercido, e, por vezes, dependente de validação externa (como no caso de Edmundo). No estudo conduzido por Barnard e Curry (2012) junto a clérigos metodistas, os autores investigaram a relação entre o risco de *Burnout* e quatro estilos de personalidade dos clérigos: desejo de agradar os outros; propensão à culpa ou vergonha; diferenciação de si e de seu papel profissional e autocompaixão. Os autores encontraram que os pastores com baixo nível de autocompaixão estiveram mais expostos a *Burnout*. A exaustão emocional afeta o sistema organizador do indivíduo. Os dados sugerem que os clérigos que têm baixa autocompaixão e correm risco de se desgastar, provavelmente também sentirão vergonha de si próprios e terão dificuldade de se reconhecerem e se validarem fora de seu papel como clérigos.

Há outros estudos que apontam a relação entre autocompaixão, maior índice de saúde mental e menor incidência e/ou risco de exaustão emocional entre as mais diversas especialidades do cuidado em saúde (Clevenger, 2018; Kemper et al., 2019).

Este estudo de caso sugere, em conjunto com os outros estudos acima mencionados, que esforços deveriam ser feitos no sentido de promover a autocompaixão entre seminaristas, pastores e também entre profissionais das diversas especialidades do cuidado (psiquiatras, psicólogos/as, médicos/as, enfermeiros/as e profissionais da religião), ativos na profissão, assim como entre estudantes na área da

Saúde. A autocompaixão é um valor que pode ser desenvolvido e mostra-se como fator protetor de exaustão emocional, *Burnout* e saúde mental. Em outras palavras, ela é fator preventivo da ideação suicida ou de tentativa de suicídio. A pessoa que se olha com compaixão terá uma menor tendência a machucar a si mesma, sobretudo quando já experiencia situações de sofrimento.

Considerações finais

Embora haja estudos apontando que pessoas religiosas são menos propensas ao suicídio, quando uma crise se instala exatamente no centro organizador da pessoa, a vulnerabilidade do sujeito exacerba-se, demandando uma adequada atenção por parte de profissionais da Saúde no que diz respeito às questões espirituais/religiosas.

A análise do caso por meio da narrativa reforçou a validade dos instrumentos de medida usados para avaliação da espiritualidade/religiosidade evidenciando a relevância e praticidade desses instrumentos no contexto clínico e de pesquisa.

O estudo é contundente ao apontar a necessidade de se desenvolver futuras pesquisas que investiguem a relação entre conflitos espirituais, CER e sistemas de orientação religiosa. Sugere-se ainda, o desenvolvimento de pesquisas sobre a autocompaixão como fator preventivo de suicídio em clérigos e profissionais da saúde, sobretudo aqueles com risco de exaustão emocional.

O caso aqui analisado evidencia também, o quanto se faz necessário atentar para a própria espiritualidade/religiosidade da pessoa que exerce função de cuidadores/as de outrem. Cuidar da espiritualidade é cuidar da própria saúde, pois esta não diz respeito apenas à ausência de doença. Saúde diz respeito ao processo de desenvolvimento de uma vida que vale a pena. Uma vida que vale a pena não é aquela na qual a pessoa busca se encaixar, mas é aquela que se constrói em parceria com outros. Todavia, a construção mútua dessa parceria será saudável na medida em que o outro não for visto como fonte de confirmação de sentido e propósito, mas como alvo onde o sentido e propósito da existência pessoal pode se expressar e assim ajudar na sustentação do outro na jornada existencial.

Futuros estudos investigando a relação entre autocompaixão e suicídio entre profissionais do cuidado em Saúde, pastores, seminaristas e estudantes na área da Saúde são necessários para expandir e aprofundar a reflexão apenas iniciada neste estudo de caso.

Referências

Ales Bello, A. (1998). *Cultura e religiões: uma leitura fenomenológica*. Bauru: EDUSC.

- Ales Bello, A. (2006). *Introdução à fenomenologia*. Bauru: EDUSC.
- Amatuzzi, M. (2015). *Psicologia do desenvolvimento religioso: a religiosidade nas fases da vida*. São Paulo: Ideias&Letras.
- Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2012). The Relationship of Clergy Burnout to Self-Compassion and Other Personality Dimensions. *Pastoral Psychology*, 61(2), 149–63.
- Barreira, C. R. A. & Ranieri, L. P. (2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. Em M. Mahfoud & M. Massimi. (orgs.). *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa* (pp. 449-466). Belo Horizonte: Artesã.
- Brito, E. P. (2012) *Os padres em psicoterapia: esclarecendo singularidades*. São Paulo: Ideias&Letras.
- Clevenger, S. M. F. (2018). Is Self-Compassion Important for Health Care Practitioners? *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 4(1), 1-1. Disponível em: <https://doi.org/10.21926/obm.icm.1901007>
- Cummings, J. P. & Pargament, K. I. (2010). Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions. *Religions*, 1(1), 28-53. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/rel1010028>.
- COEP - Rede Nacional de Mobilização Social. (2017). *Brasil registra 30 suicídios por dia, diz Ministério da Saúde*. COEP - Rede Mobilizadores. Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/noticias/brasil-registra-30-suicidios-por-dia/>
- Desai, K. M. & Pargament, K. I. (2015). Predictors of growth and decline following spiritual struggles. *International Journal for the Psychology of Religion*, 25, 42–56.
- Dias, R. J. (2019). Burnout among Catholic Priests in Brazil: Prevalence and Associated Factors. *Interação Em Psicologia*, 23(2).
- Esperandio, M., Escudero, F., Fernandes, M. & Pargament, K. (2018). Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping-SR-COPE-14. *Religions*, 9, 31.
- Esperandio, M. R. G., August, H., Viacava, J. J. C., Huber, S. & Fernandes, M. L. (2019). Brazilian Validation of Centrality of Religiosity Scale (CRS-10BR and CRS-5BR). *Religions*, 10, 508.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B. & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208-222.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., Demarco, G. A. & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 1-22.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/2136617>.
- Frankl, V. E. (1991). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo*. Aparecida: Ideias&Letras.
- Freitas, M. H. (2014). Religiosidade e Saúde: Experiências Dos Pacientes e Percepções Dos Profissionais. *Revista Pistis Praxis*, 6(1), 89.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 30(1), 159-65.
- Gerhardt, T. E. & Silveira, D. T. (Org.) (2009). *Métodos de pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. Em A. Giorgi (Org.), *Phenomenology and psychological research* (pp.8-22). Pittsburg: Duquesne University Press.
- Gomes, W. (1997). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Psicologia USP*, 8(2), 305-336.
- Hefti, R. (2013). The Extended Biopsychosocial Model: a whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. *Psyche & Geolof*, 24(2), 119-129.
- Holanda, A. F. (1985). Questões sobre Pesquisa Qualitativa e Pesquisa Fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24(3), 363-372. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf>
- [Huber, Stefan, and Odilo W. Huber. 2012. The Centrality of Religiosity Scale \(CRS\). Religions 3\(3\):710–24.](#)

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2010). Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. p. 1-215.
- Kemper, K. J., McClafferty, H., Wilson, P. M., Serwint, J. R., Batra, M., Mahan, J. D., Schubert, C. J., Staples, B. B. & Schwartz, A. (2019). Do Mindfulness and Self-Compassion Predict Burnout in Pediatric Residents? *Academic Medicine*, 94(6), 876–884. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002546>
- Koenig, H. G. (2012). *Medicina, Religião e Saúde: O encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM.
- Koenig, H. G., George, L. K. & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and Remission of Depression in Medically ill older patients. *Am J Psychiatry*, 155, 336-542.
- Koenig, H. G., King, D. E. & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lago, K. & Codo, W. (2013). Fadiga Por Compaixão: Evidências de Validade Fatorial e Consistência Interna Do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 213-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lopes, M. & Lopes, P. (2018, dec). The silent killer stalking Brazil's youth. *Washington Post*. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/graphics/2018/world/amp-stories/brazil-suicides>
- Lotufo Neto, F. (1997). *Psiquiatria e Religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Tese de Livre-docência em Medicina, Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria, São Paulo, SP.
- Neves, U. (2019). Setembro Amarelo: Taxa de suicídio aumenta 7% no Brasil em seis anos. *PE-BMED*. Disponível em: <https://pebmed.com.br/setembro-amarelo-taxa-de-suicidio-aumenta-7-no-brasil-em-seis-anos/>
- Nwora, E. I. (2020). *Religiosidade, Espiritualidade e Saúde na Percepção de Capelães Brasileiros*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Brasília, DF.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice* (3. [Dr.]). Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2011). *Spirituality Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161 (15), 1881-1885.
- Park, C. L., Brooks, M. A. & Sussman, J. (2009). Dimensions of religion and spirituality in psychological adjustment of older adults living with congestive heart failure. Em A. L. Ai & M. Ardel (Eds.). *Faith and well-being in later life* (pp. 41–58). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Pirutinsky, S., Rosmarin, D. H., Pargament, K. I. & Midlarsky, E. (2011). Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *Journal of Affective Disorders*, 132, 401-405.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K. & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-56.
- Rabelo, E. A. (2019). A morte de si por escrito: análise fenomenológica de cartas e bilhetes deixados por pessoas que se mataram. São Paulo: USP.
- Ricoeur, P. (2014). *O si-mesmo como outro*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stack, S. (2018). Religious Activities and Suicide Prevention: A Gender Specific Analysis. *Religions*, 9 (4), 127. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/rel9040127>
- Sinclair, L. & Leach, R. (2017). Exploring thoughts of suicide. *BMJ*, j1128. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1128>
- Stroppa, A. & Moreira-Almeida, A. (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15(4), 385-393. DOI:10.1111/bdi.12069.

Trevino, K. M., Pargament, K. I., Cotton, S., Leonard, A. C., Hahn, J., Caprini-Faigin, C. A., & Tsevat, J. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes inpatients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS Behav.*, 14(2), 379-389.

World Health Organization. WHO. (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Zangari, W., Martins, L. B., Alminhana, L. O. & Medeiros, G. T. (2019). Porque acreditamos no sobrenatural: atribuição religiosa na perspectiva da ciência cognitiva da religião. Em M. R. G. Esperandio, W. Zangari, M. H. Freitas & K. L. Ladd. (Org.). *Psicologia cognitiva da religião no Brasil: estado atual e oportunidades futuras* (pp. 111-137). Curitiba: CRV.

Zwingmann, C., Klein C. & Büssing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions*, 2(3),345-57.

Mary Rute Gomes Esperandio - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. R. Brigadeiro Franco, 4185 apto. 11. Rebouças, Curitiba, Paraná. CEP 80220-100. mary.esperandio@pucpr.br

Marcio Luiz Fernandes - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

René Hefti – University of Basel/Research Institute for Spirituality and Health - Switzerland

Received 08. 14.2020

First Editorial Decision 07.20.2021

Accepted 09.05.2021