



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia de Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Alexandra Sombrio Cardoso

**CAPELANIA E ACOLHIMENTO ESPIRITUAL NO TRATAMENTO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS: AS PERSPECTIVAS DE CAPELÃES QUE ATUAM
JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Florianópolis

2024

Alexandra Sombrio Cardoso

**CAPELANIA E ACOLHIMENTO ESPIRITUAL NO TRATAMENTO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS: AS PERSPECTIVAS DE CAPELÃES QUE ATUAM
JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Santa
Catarina – UFSC para a obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Orientadora:

Profa. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Florianópolis

2024

Cardoso, Alexandra Sombrio

Capelania e Acolhimento Espiritual no tratamento das doenças crônicas : As perspectivas de capelães que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar /

Alexandra Sombrio Cardoso ; orientadora, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré , 2024.

164 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Acolhimento espiritual . 3. Capelania. 4. Profissional da saúde. 5. Doenças crônicas . I. Moré , Carmen Leontina Ojeda Ocampo . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Alexandra Sombrio Cardoso

Capelania e Acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas: As perspectivas de capelães que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar.

O presente trabalho, em nível de doutorado, foi avaliado e aprovado, em 06/05/2024, pela banca composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr.(a) Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Orientadora - Membro Titular 1 – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.(a) Dr.(a) Marina Menezes
Membro Titular 2 – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.(a) Dr.(a) Maria Aparecida Crepaldi
Membro Suplente 1 PPGP – UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.(a) Dr.(a) Mary Rute G. Esperandio
Membro Titular 3 – PPGB PUC PR

Prof.(a) Dr.(a) Luziane Sache Avellar
Membro Suplente 2 - PPGP UFES

Prof.(a) Dr.(a) Ana Paula Fernandes Rodrigues
Membro Titular 4 - PPGCR UFPB

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho.

Profa Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Prof.(a) Dr.(a) Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Orientadora

Florianópolis - SC, 2024.

**Dedico esta Tese a minha família, meus
amigos, alunos, pacientes e
entrevistados.**

AGRADECIMENTOS

Uma caminhada como esta, de cinco anos e meio, não se faz sozinha. Foram e seguem sendo muitas pessoas que, de alguma forma, estiveram ao meu lado. A presença, o afeto e o conhecimento oferecido por estas de pessoas foram decisivos, por isso, faço questão de nomeá-los.

A minha família. Pai e mãe, obrigada por estarem sempre ao meu lado e pelo incentivo aos estudos. Vocês ressaltaram, desde muito cedo, a relevância e a diferença que o conhecimento pode proporcionar ao ser humano. Este incentivo veio por meio de livrinhos, canetas coloridas e algumas cobranças por nota. Além disso, reconheço o esforço de vocês para custear a faculdade, algo que foi decisivo em minha vida. Obrigada pelas lições apreendidas.

A minha irmã. Tati, nem sempre fomos tão próximas, que bom que o destino e nós mudamos isso. Obrigada pelo incentivo, pela presença e pelo carinho. Você é luz em minha vida.

Ao meu companheiro. “Paxão”, muito, mas muito obrigada. Você foi meu apoio nos momentos que questioneei se deveria continuar. Você foi o meu incentivo nos momentos em que queria “voar”. E você foi o meu aconchego nos momentos em que estava cansada. Obrigada por existir desta forma em minha vida.

Ao Joaquim. Filho, ainda nem te conheço, mas já te amo muito. Você é um dos responsáveis pelo “gás” na reta final do doutorado. Querer encerrar este ciclo antes do seu nascimento, para poder me dedicar a você, posteriormente, foi exatamente o que precisava para continuar e finalizar esta tese.

Dauzinha, minha gatinha companheira de todos os momentos de escrita. O seu ronronar acolheu as madrugadas e os dias intermináveis de produção acadêmica. Inclusive, você está comigo enquanto escrevo o agradecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal de Santa Catarina e aos seus professores e professoras, pois vocês ampliaram a minha forma de pensar a Ciência e a Psicologia. Ainda quero agradecer em especial ao professor e primeiro orientador Brígido. Muito obrigada pela acolhida no programa, pelos ensinamentos e pela compreensão quando decidi explorar novas áreas e possibilidades.

À professora e orientadora Carmen. Obrigada pela acolhida, principalmente naquele momento em que buscava explorar novos conhecimentos, você me abraçou e ajudou a aquietar minhas dúvidas e meus anseios internos. Obrigada por nossa trajetória

de crescimento e transformação. Aprendi muito com você, com seu conhecimento, sua escrita e sua dedicação ao trabalho.

Aos participantes. Queridos capelães, vocês foram extremamente gentis e generosos com a pesquisa, ao dedicar seu tempo, seu conhecimento e sua competência trazendo informações que foram valiosas para a construção desta tese. Obrigada pelo acolhimento, pelas informações e pelas orações.

*Andá com fé eu vou/ que a fé não
costuma faiá.*

“Andar com fé” – Gilberto Gil (1982)

Cardoso, A. S. **Capelania e acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas: as perspectivas de capelães que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar**. Florianópolis, 2024. Tese de Doutorado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.

Data da defesa: 06/05/2024.

RESUMO

A religiosidade e a espiritualidade são elementos constitutivos do desenvolvimento humano, sendo expressas por meio de crenças, valores, princípios, ações, comportamentos, ideologias e posicionamentos frente à existência. Esta pesquisa, foi realizada no contexto hospitalar, junto ao tratamento das doenças crônicas. Nesse cenário, a religiosidade e espiritualidade são garantidas por lei, por meio do acolhimento espiritual. O acolhimento espiritual é caracterizado pela escuta, pelo respeito e pela consideração à religiosidade e espiritualidade do paciente e de seus familiares, realizado pelo profissional da capelania. Ancorado no posicionamento epistemológico da complexidade e o aporte teórico da Psicologia da Saúde, o objetivo desta tese foi o compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar. Caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e de recorte transversal. Os participantes da pesquisa foram 12 (doze) capelães, contactados por meio da técnica bola de neve. Os instrumentos de coleta utilizados foram: 1) questionário sociodemográfico, 2) entrevista semiestruturada e 3) diário de campo. Tendo como referência os princípios da análise de conteúdo, os dados foram analisados, sistematizados e organizados com auxílio do *software Atlas.ti 22/23*. Desse processo emergiram quatro dimensões principais, as quais congregaram categorias, subcategorias e elementos de análise respectivamente. Os resultados foram evidenciados sob o formato de três artigos. No primeiro artigo foi realizada uma revisão integrativa, em bases de dados nacionais e internacionais sobre as perspectivas dos profissionais da saúde, sobre religiosidade e espiritualidade nos processos de tratamento das doenças crônicas, no contexto de atenção terciária à saúde, tendo como referência o período de 2017 até 2022. Os resultados identificaram que os profissionais da saúde reconhecem a importância da religiosidade/espiritualidade (R/E) em sua prática profissional e sua vida pessoal, mas se sentem despreparados e desqualificados para trabalhar com essa demanda. Os resultados do artigo dois e três respectivamente, de base empírica, evidenciaram a importância da R/E como dimensão constituinte da compreensão de saúde e sua contribuição para ampliar a percepção sobre o que é doença/saúde. Foi ressaltada a necessidade da inclusão da dimensão R/E nas formações dos profissionais da saúde, indiferentemente, do curso de graduação realizado. Em relação às funções do capelão no contexto hospitalar, evidenciou-se que, além da realização do acolhimento espiritual, eles faziam rotinas administrativas e de gestão, levando em consideração o contexto das singularidades do paciente e seus familiares. As ações e abordagem realizadas exigiram por parte dos capelães, a adoção de estratégias adaptativas, principalmente, quando verificadas durante o período da pandemia. Constatou-se que a dimensão relacional do acolhimento espiritual, realizada junto aos pacientes, familiares e profissionais da saúde se mostrou aberta e receptiva à capelania, havendo pouca resistência à mesma. A relevância científica desta pesquisa para o campo da Psicologia da Saúde se sustenta no aporte de subsídios para reconhecer a dimensão do Acolhimento Espiritual, enquanto ferramenta importante

para o campo da saúde mental, no sentido de fonte de suporte emocional, sentido e propósito vital para o indivíduo e assim favorecer estratégias de enfrentamento das situações inerentes ao tratamento das doenças crônicas. No que diz respeito à relevância social, o presente estudo gera reflexões para sustentar a postura profissional da clínica ampliada, favorecendo diálogos e reconhecimento de processos de intervenção interdisciplinares pertinentes à capelania hospitalar, que podem contribuir decisivamente nos rumos da saúde dos envolvidos. Com base nos resultados obtidos, almeja-se por um maior protagonismo do capelão hospitalar, como parte constituinte da equipe de saúde no contexto hospitalar e a realização de novas pesquisas que fomentem conhecimentos e práticas interventivas, as quais reconheçam a religiosidade e a espiritualidade, como dimensão constituinte dos processos de saúde e doença.

Palavras-chave: Acolhimento espiritual. Capelania. Profissional da saúde. Doenças crônicas. Hospital. Psicologia da Saúde.

Cardoso, A. S. **Chaplaincy and Spiritual Care in the Treatment of Chronic Illnesses: Insights from Chaplains Collaborating with Healthcare Teams in the Hospital Context.** Florianópolis, 2024. Ph.D. Thesis in Psychology – Graduate Program in Psychology
Federal University of Santa Catarina

Supervisor: Prof. Dr. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.
Defense Date: 06 / 05 / 2024

ABSTRACT

Religiosity and spirituality are constitutive elements of human development, being expressed through beliefs, values, principles, actions, behaviors, ideologies, and positions towards existence. This research was carried out in the hospital context, alongside the treatment of chronic diseases. In this scenario, religiosity and spirituality are guaranteed by law. Spiritual embracement is characterized by listening, respect and consideration for the religiosity and spirituality of the patient and their family members, carried out by the chaplaincy professional. Anchored in the epistemological positioning of complexity and the theoretical contribution of Health Psychology, the objective of this thesis was to understand spiritual care in the treatment of chronic diseases, from the perspectives of chaplains, who work with health teams in the hospital context. It is characterized as research with a qualitative, exploratory, and cross-sectional approach. The research participants were 12 (twelve) chaplains, contacted using the snowball technique. The data collection instruments used were: 1) the sociodemographic questionnaire, 2) the semi-structured interview and 3) the field diary. Using the principles of content analysis as a reference, the data were analyzed, systematized, and organized with the help of the Atlas.ti 22/23 software. Four main dimensions emerged from this process, which brought together categories, subcategories, and elements of analysis respectively. The results were highlighted in the format of three articles. In the first article, an integrative review was carried out, in national and international databases, on the perspectives of health professionals, on religiosity and spirituality in the treatment processes of chronic diseases, in the hospital context, using the period from 2017 to 2022. The results identified that health professionals recognize the importance of religiosity/spirituality (R/S) in their professional practice and their personal lives but feel unprepared and unqualified to work with this demand. The results of articles two and three respectively, empirically based, highlighted the importance of R/S as a constituent dimension of the understanding of health and its contribution to expanding the perception of what illness is. The need to include the R/S dimension in the training of health professionals was highlighted, regardless of the undergraduate course undertaken. In relation to the chaplain's functions in the hospital context, it was evident that, in addition to providing spiritual care, they carried out administrative and management routines, considering the context of the patient's and their family's singularities. The actions and approach taken required the chaplains to adopt adaptive strategies, especially when observed during the pandemic period. It was found that the relational dimension of spiritual embracement, carried out with patients, family members and health professionals, was open and receptive to chaplaincy, with little resistance to it. The scientific relevance of this research for the field of Health Psychology is supported by the provision of subsidies to recognize the dimension of spiritual care, as an important tool for the field of mental health, in the sense of a source of emotional support, meaning and vital purpose for the individual and thus favor strategies for coping with situations inherent to the treatment of chronic diseases.

About social relevance, the present study generates reflections to support the professional stance of the expanded clinic, favoring dialogue and recognition of interdisciplinary intervention processes relevant to hospital chaplaincy, which can contribute decisively to the health of those involved. Based on the results obtained, the aim is for a greater role for the hospital chaplain, as a constituent part of the health team in the hospital context, and for new research to be carried out that promotes knowledge and intervention practices, which recognize religiosity and spirituality, as constituent dimension of health and disease processes.

Keys Words: Spiritual Care. Chaplaincy. Health professional. Chronic diseases. Hospital. Health Psychology.

Cardoso, A. S. **Capellanía y cuidado espiritual en el tratamiento de enfermedades crónicas: una perspectiva desde la actuación de los capellanes junto a los equipos de salud en el contexto hospitalario**. Florianópolis, 2024. Tesis doctoral en Psicología – Programa de posgrado en Psicología. Universidad Federal de Santa Catarina.

Directora de tesis: Profesora Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré.

Fecha de la defensa pública: 06/05/2024

RESUMEN

La religiosidad y la espiritualidad son elementos constitutivos del desarrollo humano, expresándose a través de creencias, valores, principios, acciones, comportamientos, ideologías y posiciones ante la existencia. Esta investigación se llevó a cabo en el contexto hospitalario, junto con el tratamiento de enfermedades crónicas. En este escenario, la religiosidad y la espiritualidad están garantizadas por ley, a través del cuidado espiritual. El cuidado espiritual se caracteriza por la escucha, el respeto y la consideración por la religiosidad y espiritualidad del paciente y sus familiares, realizada por el profesional de la capellanía. Anclado en el posicionamiento epistemológico de la complejidad y el aporte teórico de la Psicología de la Salud, el objetivo de esta tesis fue comprender la acogida espiritual en el tratamiento de las enfermedades crónicas, desde la perspectiva de los capellanes que trabajan con los equipos de salud en el contexto hospitalario. Se caracteriza por ser una investigación con un enfoque cualitativo, exploratorio y transversal. Los participantes de la investigación fueron 12 (doce) capellanes, contactados mediante la técnica de bola de nieve. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: 1) cuestionario sociodemográfico, 2) entrevista semiestructurada y 3) diario de campo. Tomando como referencia los principios del análisis de contenido, los datos fueron analizados, sistematizados y organizados con ayuda del software Atlas.ti 22/23. De este proceso surgieron cuatro dimensiones principales, que agruparon categorías, subcategorías y elementos de análisis respectivamente. Los resultados son presentados en el formato de tres artículos. En el primer artículo se realizó una revisión integradora, en bases de datos nacionales e internacionales, sobre las perspectivas de los profesionales de la salud, sobre la religiosidad y la espiritualidad en los procesos de tratamiento de las enfermedades crónicas, en el contexto hospitalario, utilizando como período de 2017 a 2022. Los resultados identificaron que los profesionales de la salud reconocen la importancia de la religiosidad/espiritualidad (R/E) en su práctica profesional y en su vida personal, pero se no se sienten preparados y/o calificados para trabajar con esta demanda. Los resultados de los artículos dos y tres respectivamente, de base empírica, resaltaron la importancia de la R/S como dimensión constitutiva de la comprensión de la salud y su contribución para ampliar la percepción de lo que es la enfermedad. Se destacó la necesidad de incluir la dimensión R/S en la formación de profesionales de la salud, independientemente del curso de pregrado realizado. Con relación a las funciones del capellán en el contexto hospitalario, se evidenció que, además de brindar cuidado espiritual, teniendo en cuenta el contexto de las singularidades del paciente y su familia, realizaban también rutinas administrativas y de gestión. Se constató que la dimensión relacional del cuidado espiritual, realizada con pacientes, familiares y profesionales de la salud, se mostró abierta y receptiva a la capellanía, con poca resistencia a ella. La relevancia científica de esta investigación para el campo de la Psicología de la Salud se sustenta en la provisión de subsidios para reconocer la dimensión del cuidado espiritual, como una herramienta importante para el campo de la salud mental, en el sentido de

fuentes de apoyo emocional, sentido y propósito de vida para el individuo y favorecer así estrategias de afrontamiento de situaciones inherentes al tratamiento de enfermedades crónicas. En cuanto a la relevancia social, el presente estudio genera reflexiones para sustentar la postura profesional de la clínica ampliada, favoreciendo el diálogo y el reconocimiento de procesos de intervención interdisciplinarios relevantes que pueden contribuir decisivamente para la promoción de la salud de los involucrados. A partir de los resultados obtenidos, se busca un mayor rol del capellán hospitalario, como parte constituyente del equipo de salud en el contexto hospitalario, y la realización de nuevas investigaciones que promuevan conocimientos y prácticas de intervención, que reconozcan la religiosidad y la espiritualidad, como dimensión constitutiva de los procesos de salud y enfermedad.

Palabras claves: Cuidado espiritual. Capellanía. Profesional de la salud. Enfermedades crónicas. Hospital. Psicología de la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Apresentação das dimensões, categorias e subcategorias da pesquisa.....	52
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica das participantes	45
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	32
3 MÉTODO.....	31
3.1 Caracterização e delineamento da pesquisa	31
3.2 Preceitos éticos.....	33
3.3 Contexto e participantes da pesquisa	35
3.4 Coleta de dados	37
3.4.1 Método e instrumentos para a coleta de dados.....	37
3.4.2 Procedimentos para a coleta de dados.....	39
3.5 Análise dos dados	40
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	42
4.1 Caracterização dos participantes.....	43
4.1.1. Caracterização sociodemográfica dos capelães.....	43
4.1.1.1 Breve história de vida dos participantes e do exercício de acolhimento espiritual	46
4.2 Apresentação da sistematização dos dados em dimensões, categorias e subcategorias	51
4.2.1 Dimensão 01: A R/E nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas – Revisão integrativa.....	53
4.2.1.1 Categoria 01: A R/E nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas – Revisão integrativa.....	53
4.2.2 Dimensão 02: O processo de formação e prática do capelão no contexto da saúde.....	53
4.2.2.1 Categoria 01: O processo pessoal de tornar-se capelão.....	54
4.2.2.2 Categoria 02: Características da inserção e rotinas da capelania no contexto hospitalar.....	54
4.2.2.3 Categoria 03: O Exercício da capelania e as diferenças entre o capelão contratado e o voluntário.....	55

4.2.3 Dimensão 03: Acolhimento espiritual no contexto hospitalar.....	56
4.2.3.1 Categoria 01: A religiosidade e a espiritualidade no contexto da saúde e doença.....	56
4.2.3.2 Categoria 02: A abordagem espiritual do capelão no contexto hospitalar.....	57
4.2.3.3 Categoria 02: Facilitadores, dificultadores e dilemas éticos da prática do capelão no contexto hospitalar.....	57
4.2.4 Dimensão 04: A trama relacional e os atravessamentos da pandemia no acolhimento espiritual.....	58
4.2.4.1 Categoria 01: A dimensão relacional do exercício da capelania.....	58
4.2.4.2 Categoria 02: Atravessamentos da pandemia sobre a capelania no contexto hospital.....	59
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EM FORMATO DE ARTIGOS.....	61
5.1 ARTIGO 1 - ESTUDO TEÓRICO: Religiosidade e espiritualidade nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas: uma revisão integrativa.....	61
5.2 ARTIGO 2 - ESTUDO EMPÍRICO: Acolhimento espiritual no contexto das doenças crônicas: as perspectivas do capelão.....	81
5.3 ARTIGO 3 - ESTUDO EMPÍRICO: O processo de tornar-se capelão e sua percepção sobre os pacientes, familiares e profissionais da saúde.....	108
6 DISCUSSÃO INTEGRADA DOS DADOS.....	133
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS	150
APÊNDICES.....	158
Apêndice A.....	158
Apêndice B	164
Apêndice C	167

APRESENTAÇÃO

Então a saúde é um todo, ela não é só a questão biológica, mas é o biopsicoespiritual [...].

[Relato de participante da pesquisa]

A religiosidade e a espiritualidade sempre influenciaram o meu desenvolvimento e a minha vida. Meus pais nunca foram, e não são, religiosos fervorosos ou assíduos a alguma instituição religiosa, porém esses são muito espiritualizados; acredito que isso, somado ao acolhimento que recebi de católicos em minha cidade natal (perdi a conta de quantas vezes fui a Nossa Senhora em encenações da igreja), colocaram a religiosidade e a espiritualidade num lugar significativo em minha vida. Durante a faculdade de Psicologia, me afastei muito das minhas crenças e de tudo que fugisse da ciência. Por muito tempo, coloquei o conhecimento religioso e espiritual em desvalia ao conhecimento científico.

Reaproximei-me das minhas crenças e fiz as pazes com a minha espiritualidade há 10 anos atrás, quando descobrimos o primeiro câncer no meu pai. Naquele momento, esta atitude foi estratégia de enfrentamento necessária, quando a ciência/medicina precisou de tempo para o tratamento. Felizmente meu pai se recuperou dos tratamentos; sim, tratamentos, foram dois cânceres neste tempo. Este ciclo de doenças, tratamentos, implicações familiares tinham se encerrado, porém não a minha curiosidade pela temática.

Comecei a olhar com mais atenção as repercussões da religiosidade e espiritualidade sobre a vida dos sujeitos, e passei a vê-las em questionamentos, reflexões, ideias e comportamentos na universidade na qual lecionava e, principalmente, no consultório de psicologia. Neste último, até por ser um lugar mais propício às reflexões, aos aprofundamentos, às análises, às descobertas, a religiosidade e a espiritualidade se atravessam com significativa relevância – seja positiva ou negativamente sobre a vida dos sujeitos. Neste sentido, me parece justa e congruente a proposta de compreender as repercussões da religiosidade e da espiritualidade sobre os processos de saúde e doença, pois nasceu de algo pessoal, mas também reverbera e ganha sentido na minha prática profissional.

Esta tese nasceu da necessidade de integralidade iniciada pelo desejo pessoal. Porém, muito além deste, a investigação busca olhar a completude humana ao

proporcionar reflexões e análises que poderão auxiliar na compreensão das temáticas apresentadas durante produção dessa tese, visto que essas têm interferência ou fazem referências na constituição do sujeito. Desta forma, com o presente estudo, almeja-se compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar visando o aprofundamento da interface da R/E com a Psicologia no campo da Saúde. VER

Ainda é pertinente descrever que esse estudo foi desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e apresenta a intersecção das seguintes temáticas: acolhimento espiritual, doença crônica, capelães, equipes de saúde e contexto hospitalar. As temáticas e a complexidade do fenômeno coadunam-se com a Área do Conhecimento 3, que estuda a saúde e o desenvolvimento psicológico e, mais especificamente, a Linha de Pesquisa 1 intitulada de *Saúde e contextos de desenvolvimento psicológico*. Assim sendo, a tese é adequada e contributiva aos estudos desenvolvidos nas respectivas área e linha do Programa de Pós-graduação.

1 INTRODUÇÃO

A doença causa uma certa desolação e, pra chegar o momento do consolo, e pra você levar a espiritualidade também, você tem que entender quando o paciente não olha para você, quando ele não abre o olho, quando ele fica quieto no seu canto, não responde nada, a gente tem que respeitar, porque você está invadindo um espaço sagrado.

[Relato de participante da pesquisa]

A religiosidade e a espiritualidade são aspectos significativos na vida humana e na experiência familiar, além disso, as crenças e práticas religiosas e espirituais têm subsidiado e fomentado as famílias e suas relações há muitos anos e em diversas culturas (Walsh, 2016). A influência da religiosidade e da espiritualidade (R/E)¹ foi investigada no Brasil, num estudo realizado por Moreira-Almeida et al. (2010), e este descreve que 95 % dos brasileiros dizem ter alguma religião, 90% afirmam apoiar-se na religiosidade e/ou na espiritualidade diante das adversidades, da doença e da morte, ou a utilizam como um subsídio para ter força e/ou conforto, 87% consideram a religiosidade um aspecto muito importante em suas vidas e 37% relatam frequentar cultos religiosos pelo menos uma vez por semana.

O reconhecimento da dimensão humana R/E vêm despertando o interesse de estudiosos da saúde, o que propiciou aumento expressivo no número de publicações sobre a temática, conforme estudo de Weaver et al. (2006). Os autores realizaram uma revisão integrativa entre os anos de 1965 e 2000 na tentativa de compreender as tendências dessa temática, na área científica, nesses 35 anos. Ao crescimento da relevância do tema, os autores mencionados atribuem a migração na utilização dos termos – de religião para espiritualidade.

Em termos de distinção conceitual, a religião caracteriza-se como fenômeno multidimensional, expressa por um sistema de crenças, ritos, personagens e símbolos, e guiada por uma instituição religiosa. Além disso, ela estabelece princípios e atribui

¹¹ Ao longo da pesquisa, distintas definições sobre os termos *religiosidade* e *espiritualidade* foram reconhecidas e observadas. Entretanto, optou-se pela aglutinação das duas nomenclaturas como *R/E* devido à observação de que os termos são usados como complementares em vários artigos científicos sobre o tema.

sentido e valor (Ancona-Lopez, 2008; Henning-Geronasso & Moré, 2015). Indo ao encontro disso, Walsh (2016) descreve que a religião oferece padrão e orientação para comportamentos pessoais, relacionais e familiares de um líder religioso e/ou de uma comunidade de fé compartilhada; e os sistemas de crenças oferecem significados e explicações às experiências de vida e aos eventos vitais importantes e/ou estressores.

Ainda é pertinente destacar que a palavra *religiosidade* tem significado distinto de *religião*. A religiosidade indica a significação e a interpretação pessoal sobre a religião/instituição religiosa (Amatuzzi, 2001). O termo *religiosidade* foi escolhido para ser utilizado, nesta tese, justamente por levar em consideração os aspectos pessoais do sujeito diante da religião.

A *espiritualidade*, em comparação à concepção de religião, é um conceito amplificado e diversificado, o qual se refere às crenças e práticas transcendentais que guiam ações e valores (Walsh, 2016). Para Ancona-Lopez (2008), a espiritualidade não tem delimitação, forma ou causa racional e amplia as possibilidades e interpretações. A espiritualidade é a “alma e o coração da religião” (Hill & Pargament, 2003, p. 72), sendo constituída para além de uma instituição, numa crença pessoal guiada por valores. Henning-Geronasso e Moré (2015) ainda expõem que a espiritualidade inclui as práticas intrínsecas e particulares do indivíduo, que não necessariamente, são compartilhadas com os outros. Os conceitos apresentados elucidam definições acerca da religiosidade e da espiritualidade utilizados nesta tese. Ainda se torna oportuno destacar, que existem outras conceituações decorrentes desses conceitos.

Para além da compreensão conceitual dos termos *religiosidade* e *espiritualidade* (R/E), cabe mencionar que esses também passaram a serem reconhecidos como recurso estratégico de enfrentamento em fatores adversos e/ou agravos de saúde (Faria & Seidl, 2005), no campo da Psicologia. A dimensão religiosa e espiritual é reconhecida pela psicologia da saúde como possível auxílio no processo de enfrentamento da doença (Calvetti et al., 2007). Isso coaduna-se com Harrison et al. (2001), ao descreverem que quando o ser humano, depara-se com circunstâncias conflitivas, as quais fogem do seu controle por estarem além de sua própria vontade, busca e/ou realiza inúmeras estratégias de enfrentamento, sendo a estratégia da R/E uma possibilidade, quase como expediente de retomada de controle (Harrison et al., 2001).

Neste sentido, a R/E podem a serem entendidas como parte do processo de solução, ou seja, parte constituinte da cura (Faria & Seidl, 2005). Isso é corroborado por Vergote (2011), ao destacar a busca pelo xamã, a benzedeira, os templos sagrados, os

banhos ritualísticos, a meditação, as ervas, os rituais e os chás. Essas, que são atividades de distintas religiões e práticas espirituais, têm por natureza integradora a obtenção da cura, seja ela do corpo ou da alma (Vergote, 2011A).

A busca da cura e das estratégias de enfrentamento são frequentes no contexto hospitalar, sendo que essas podem ser realizadas por meio do acolhimento espiritual através da capelania. O cuidado espiritual é uma abordagem multidimensional que visa atender às necessidades espirituais dos pacientes e seus familiares. Estas necessidades são compostas por percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação entre o sagrado e a doença, a hospitalização e/ou o óbito. (Francisco et al., 2015). Nesse sentido, segundo os autores supracitados, o acolhimento espiritual, conceito norteador desta pesquisa, afirmam que o mesmo é realizado pelo capelão e consiste na escuta, no respeito e na aceitação das crenças religiosas e espirituais do paciente e de seus familiares, visando resgatar e fornecer suporte emocional, social, sentido e propósito vital para o indivíduo e assim favorecer estratégias de enfrentamento das situações inerentes ao tratamento das doenças crônicas. Assim, a finalidade da capelania é oferecer acolhimento espiritual aos usuários hospitalares, além de desenvolver outras atividades, como: divulgação, orientação, administração e gestão; de forma acolhedora e inclusiva, e sem proselitismo (Francisco et al., 2015).

O acolhimento espiritual nas entidades hospitalares públicas e privadas foi regulamentado pela Lei Nacional 9.982/2000, com o objetivo de garantir este direito aos usuários e familiares (Lei n 9.982, 2000). Ao encontro disso, Harrison et al. (2001) ressaltam a importância do acolhimento espiritual e sugerem que quando o paciente se encontra em tratamento de saúde e possui alguma (s) crença (s) R/E, o mesmo deve ser incentivado e autorizado a procurar estratégias que o auxiliem no enfrentamento da doença, sendo que essas podem ser negativas e positivas. Os autores mencionados descrevem que o acolhimento espiritual pode ser facilitado pelo capelão, que deveria se tornar parte integrante da equipe de cuidados em saúde para que as questões R/E possam ser abordadas à medida que forem surgindo durante o processo da doença e no desenvolvimento do tratamento (Harrison et al., 2001). Isso corrobora o estudo de Propst et al. (1992), o qual descreve que pacientes com crenças religiosas, acompanhados por capelães durante o tratamento médico, apresentaram amenização dos sintomas depressivos decorrentes dos agravos de saúde.

Indo ao encontro disso, e mais especificamente, no que diz respeito às interfaces entre a Saúde e a Psicologia, enquanto ciência e profissão, observa-se que ambos os

campos de saber foram ressignificando suas bases teóricas e práticas à luz do processo saúde-doença. Em termos históricos, APA (2003) foi a pioneira em 1970, na criação de um grupo de psicólogos, nos Estados Unidos, para trabalhar na área da saúde. No ano de 1979, foi inaugurada a divisão 38, denominada Health Psychology que tinha por finalidade progredir em estudos sobre a psicologia na compreensão da saúde/doença, e por meio desse, foi possível começar um processo de integração entre os conhecimentos biomédicos e os psicológicos.

Assim, configurou-se o campo de saber da Psicologia da Saúde a qual tem por finalidade compreender as influências dos fatores biológicos, sociais e comportamentais sobre o processo saúde/ doença (APA, 2003). A conceituação apresentada pela American Psychological Association (APA) aduna-se a definição amplificada de psicologia da saúde descrita Matarazzo (1980). O autor a descreve como “um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde” (p. 815). E ainda segundo o autor mencionado, a psicologia da saúde também engloba a prevenção e o tratamento de doenças e suas funções relacionadas, assim como, a identificação da etiologia, o diagnóstico dos correlatos em saúde, e a análise e aprimoramento do sistema de regulamentação em saúde. Busca também, entender práticas saudáveis em saúde e abrange o desenvolvimento evolutivo (Almeida & Malagris, 2011).

Para além dos termos históricos e de suas associações é importante evidenciar a psicologia da saúde como a justaposição dos diversos saberes psicológicos, que são utilizados em benefício dos cuidados em saúde (Simón, 1993). Em complementariedade, Monteiro e Junior (2017) descrevem que a psicologia da saúde compreende o sujeito em sua totalidade, incluindo o contexto biológico, aspectos psicológicos, ambientais e a dimensão espiritual.

A dimensão religiosa e espiritual é reconhecida pela psicologia da saúde como um possível auxílio no processo de enfrentamento da doença, além de um fator que pode ser contributivo na vida do sujeito (Calvetti et al., 2007). O que vai ao encontro do novo paradigma sugerido e promovido pela própria psicologia da saúde, que direciona novas perceptivas, no qual o psicólogo pode ser indutor e agente de mudanças ao evidenciar a necessidade de novas construções teóricas e práticas num direcionamento mais holístico (Camon, 2011). Ainda, torna-se necessário descrever que a utilização do arcabouço teórico da psicologia da saúde para a compreensão da religiosidade e espiritualidade tem como finalidade reconhecer as especificidades das experiências consideradas

transcendentais e entendê-las em suas singularidades; e não de afirmar se existe ou não uma realidade transcendente (Ancona-Lopez, 2002).

Em complementariedade, Zacharias (2010) descreve que na existência humana se entrelaça uma dinâmica de saberes que se constroem e reconstroem ao longo da vida e da história do indivíduo. Para o sujeito “uma verdade científica é tão real quanto uma verdade artística, religiosa ou filosófica. Cada saber se constrói com base nas diversas experiências” (Zacharias, 2010, p.175). Justamente por isso, evidenciar questões sobre R/E que tecem a experiência humana, tornam-se um dos desafios da ciência da saúde, pois essas formam um emaranhado no qual os processos de saúde/doença se configuram (Esperandio, 2014). E mesmo sendo um desafio, segundo Longuiniere et al. (2018) o reconhecimento da dimensão R/E está cada vez mais ocorrendo no contexto de saúde, demonstrado pelo aumento significativo de produções científicas a respeito da temática.

Numa produção científica, Faria e Seidl (2005) descrevem que a religiosidade e espiritualidade podem ocasionar experiências empíricas, como: alívio, consolo, busca de compreensão de questões existências (ex: justiça), procura de intimidade (pela interação entre pessoas em rituais), tentativa de compreensão de si e busca pelo transcendente. Além disso, os estudos de Rocha e Fleck (2011) e Tomasso et al. (2011) apresentam a R/E como fator que influencia na melhora da função imunológica, no tempo de internação hospitalar, no enfretamento das doenças, na diminuição dos sintomas depressivos, e como um atributo contributivo no tratamento das doenças crônicas.

Indo ao encontro das informações acima e, desde a perspectiva psicossocial de compreensão do processo saúde-doença, Rolland (2016) menciona que a compreensão dos profissionais da saúde sobre as crenças espirituais e culturais do paciente e seus familiares atenua as possíveis barreiras entre os prestadores de saúde e os usuários, o que facilita a aderência e a adaptabilidade ao tratamento de saúde. Segundo o autor, isso é ainda mais expressivo nas doenças crônicas, visto que estas são enfermidades que misturam diferentes crenças éticas, culturais e espirituais; sendo que a diversidade de crenças, tende a fomentar diferentes padrões de comportamento.

As doenças crônicas, objeto de investigação desta tese, são conceituadas pelo Mistério da Saúde (Brasil, 2013), como o conjunto de condições crônicas que estão relacionadas a múltiplas causas e que apresentam início gradual, prognóstico por vezes incerto, e duração longa ou permanente. Nessa pesquisa, com o propósito de demarcação metodológica da escolha dos participantes e ancorados na definição apresentada pelo Ministério da Saúde, buscou-se capelães que atendessem pacientes com doenças

crônicas incapacitantes, com risco de morte e que necessitassem de hospitalização. As doenças crônicas, de acordo com a OMS, matam 41 milhões de pessoas por ano, totalizando 72% das mortes no mundo. O número de mortes por este conjunto de condições está aumentando mundialmente, principalmente em países de baixa e baixa-média renda (World Health Organization, 2020).

A conceituação apresentada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013), somada aos dados evidenciados pela OMS (2020), coaduna-se à perspectiva psicossocial das doenças crônicas descrita por Rolland (1995). Segundo o autor, as doenças crônicas são um agrupamento de semelhanças e diferenças biológicas próprias, que compõem demandas psicossociais significativas para o sujeito doente e a família. Na perspectiva do autor mencionado as doenças crônicas exercem uma força centrípeta sobre o sistema familiar, fomentada pelas consequências decorrentes da doença, como: os sintomas, a perda de funcionalidades, os novos papéis práticos e efetivos nos cuidados, a adaptabilidade ao novo, o medo da perda e a possibilidade de morte. Essas consequências tendem a reconfigurar a família ao transformar a sua dinâmica relacional. A doença crônica, de forma análoga, seria como um novo membro familiar, o qual aciona na família novo processo de socialização entre seus membros, com o sujeito acometido pela doença e com a enfermidade.

Quando a doença se instala, um dos principais desafios para a família é criar significado para a vivência da enfermidade de forma que esta propicie algum senso de controle e competência (Rolland, 2016). De acordo, também, com o autor, “[...] uma doença grave é frequentemente experimentada como uma traição da nossa confiança fundamental em nossos corpos e da crença em nossa vulnerabilidade” (Rolland, 2016, p. 471). Por isso, entender as crenças do sujeito acometido pela doença e de seus familiares, tem significativa relevância para o cuidado em saúde, pois está em consonância com a busca da integralidade na clínica ampliada, como preconiza a Psicologia da saúde (Rolland, 2016; Silva & de Sena, 2008).

Por isso, segundo Rolland (2016), investigar as crenças existentes que influenciam a narrativa familiar da doença e suas estratégias de enfrentamento, torna-se significativo para o trabalho cotidiano das equipes nos cuidados em saúde. A investigação sobre as crenças inclui: 1) crenças familiares e do sujeito sobre o que é normal ou anormal na doença, 2) o sentimento de domínio da família e do sujeito ao enfrentar a doença; 3) o significado da doença ou dos sintomas pelo sujeito e seus familiares, segundo etnia, religião, ou cultura dos mesmos; 4) as hipóteses sobre a causa

da enfermidade, assim como, a ideia do que influenciará no curso da doença e sua resolução; 5) os aspectos multigeracionais que influenciam nas crenças do sujeito e da família sobre a saúde/doença e; 6) as possíveis estratégias que poderão ser adotadas pelo sujeito e pelos seus familiares quando as crenças se esgotarem ou precisarem se modificar.

No que diz respeito as bases epistemológicas da presente investigação, utilizou-se a Teoria da Complexidade proposta por Edgar Morin, enquanto um posicionamento epistemológico norteador, para a compreensão do fenômeno estudado. Tal teoria evidencia que cada campo do saber contribui na sustentação dos diferentes conhecimentos para o melhor entendimento do fenômeno.

Para Morin (2015), a complexidade é permeada de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos, e essas, constituem um mundo fenomênico: “[...] A complexidade se apresenta com traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambiguidade, da incerteza...” (Morin, 2015, pp. 13-14).

Nessa perspectiva, o mencionado autor afirma: “O pensamento complexo também é animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento” (Morin, 2011, p.7). Para o presente estudo foram destacados três princípios norteadores, que auxiliam a melhor compreender e pensar a complexidade, especialmente, no contexto da contemporaneidade. (Morin, 2011). O primeiro princípio seria o dialógico, o qual afirma que a ordem e a desordem podem ser concebidas em termos da dialogia: “A ordem e a desordem são dois opostos: um suprime o outro, mais ao mesmo tempo, em certos casos, eles colaboram e produzem organização e complexidade” (Morin, 2011, p. 73). Assim, o princípio dialógico permitiria manter a dualidade no seio da unidade; ele associa dois termos antagônicos e complementares ao mesmo tempo. Este princípio dá as bases para a aceitação das diferenças e que nenhum saber cubre o fenômeno na sua totalidade.

O segundo princípio é da recursão organizacional: este se refere ao processo recursivo presente nas tramas relacionais: “Um processo recursivo é um processo em que os produtos e os processos, são ao mesmo tempo causas e produtores do que se produz” (Morin, 2011, p. 74). Destaca-se, neste ponto que a ideia da recursividade, proposta pelo autor, constitui uma ruptura com a ideia linear de causa e efeito, de produto e produtor. Entende-se que o já produzido volta-se sobre o que é produzido, em um ciclo ininterrupto de auto constituição ou auto-organização.

O terceiro princípio é o hologramático. O autor explica que: “[...] num holograma físico, o menor ponto da imagem do holograma contém quase a totalidade da informação do objeto representado. Não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte” (Morin, 2011, p. 74). Essa ideia, num pensamento linear, poderia levar à imobilidade, mas a lógica recursiva no processo de produção de conhecimento implica afirmar que as partes não podem ser pensadas sem o todo e vice-versa, ou seja, essas se enriquecem mutuamente em movimento produtor de conhecimento. Nesse sentido, o autor afirma que, na ideia hologramática, está presente a recursividade e a dialogia.

Tendo como referência esses três princípios, Edgar Morin chama a atenção para a importância de ter metapontos de vista sobre a realidade a ser estudada, pois não poder-se-ia abarcar todas as realidades investigadas: “O metaponto de vista só é possível se o observador-conceptor se integrar na observação e na concepção. Eis que o pensamento da complexidade tem a necessidade de integração do observador e do conceptor em sua observação e em sua concepção” (Morin, 2011, p. 76).

Considera-se que o delineamento epistemológico a partir do pensamento complexo de Edgar Morin integra as diferentes perspectivas de saberes que convergem nas repercussões da religiosidade e espiritualidade, na relação entre de profissionais da saúde e de capelães no contexto hospitalar de tratamento das doenças crônicas.

A relevância científica dessa tese se ancora na análise do estado da arte vinculado à temática, que teve como intuito conhecer e reconhecer as produções científicas sobre R/E. Essa aproximação permitiu constatar a falta de diálogos aprofundados nas interfaces da Psicologia com a R/E no contexto da área da saúde. A proposta aqui apresentada é, justamente, instigar esse diálogo interdisciplinar ancorado na perspectiva da complexidade, a qual sustenta as singularidades das temáticas que reconhecem a religiosidade e a espiritualidade como elementos constitutivos do desenvolvimento humano e se expressam por meio de diferentes valores, crenças, princípios, comportamentos e posicionamentos no tocante à vida.

No que diz respeito à relevância social da pesquisa, esta possibilitou o fornecimento de subsídios para fomentar diálogos e processos de intervenções pertinentes à complexidade do fenômeno. Almejou-se, assim, a visibilidade da temática com vistas a qualificar as ações de saúde na perspectiva da integralidade e da busca da qualidade de vida dos envolvidos, principalmente trazendo à tona um protagonista invisibilizado no cotidiano das ações em saúde e que é o capelão. Além de subsidiar reflexões para intervenções, os dados desta pesquisa vão ao encontro do entendimento

da clínica ampliada, e da expansão dos cuidados em saúde, que sustentam a busca constante do protagonismo de todos os envolvidos nos processos de saúde/doença.

Esse protagonismo também perpassa a compreensão dos possíveis tensionamentos decorrentes dos dilemas éticos/religiosos, frente aos dilemas éticos/profissionais e como esses influenciariam a tomada de decisões, não apenas das equipes de saúde, como também, as do paciente e da sua família. Como apresentam Silva e Sena (2008), o protagonismo da clínica ampliada perpassa todos os envolvidos nos processos de cuidado de saúde ao buscar a integralidade da atenção voltada a essa. Isso é consoante, inclusive, como um dos princípios do SUS, ao considerar a complexidade e as diferentes especificidades do processo saúde-doença e as distintas dimensões – incluídos aspectos biológicos, culturais, sociais e a espiritualidade – do sujeito cuidado e dos cuidadores dele.

Diante dos argumentos apresentados, entende-se que a religiosidade e espiritualidade fomentam um conjunto semiótico de significados que afetam recursivamente as dimensões relacionais do acolhimento espiritual e do processo de tornar-se capelão. No cuidado em saúde, a integração entre as equipes de saúde e a R/E do paciente e seus familiares constitui-se desafio complexo visto a densidade de singularidades da temática e dos atores envolvidos (Andersen et al., 2020). Segundo Rassoulilian et al. (2016) e Sanders et al. (2016), os profissionais da saúde reconhecem a necessidade de compreender e acolher as demandas religiosas e espirituais dos pacientes e seus familiares, indiferentemente de suas próprias crenças; apresentando-se favoráveis à criação de disciplinas no processo de formação que contemplem a temática (Rassoulilian et al., 2016; Abdala et al., 2009).

O reconhecimento das repercussões da R/E sobre os processos de saúde e doença pelos profissionais é descrito em estudos de Rassoulilian et al. (2016), Abdala et al. (2009) e Sanders et al. (2016). Entretanto, segundo Hefti (2009), existem poucas constatações que se propõem a compreender como os profissionais da saúde lidam com a R/E nos cuidados em saúde.

Em consonância com os dados apresentados, Esperandio (2014) evidencia que 82% dos profissionais da saúde assinalaram a importância da integração entre cuidado em saúde e R/E; porém, quando esses foram convidados a relatar sobre sua experiência pessoal sobre a integração, apenas 31% relataram alguma experiência. O estudo ainda descreveu que somente 18% questionam com frequência a R/E do paciente, mesmo com 83% afirmando que utilizam práticas R/E para lidar com os seus próprios sofrimentos. Os

resultados evidenciaram as dificuldades dos profissionais da saúde em acolher demandas R/E; o que os estimula a ignorar as crenças do paciente, não por falta de reconhecimento, e sim, devido à falta de conhecimento no trato das dimensões R/E.

Isso corrobora o estudo de Sanders et al. (2016), ao descreverem que os profissionais da saúde são resistentes para questionarem sobre as demandas religiosas e espirituais dos pacientes e familiares, por acreditarem que isso extrapola o seu papel de profissional. Tal posicionamento pode gerar demandas conflituosas no exercício laboral dos profissionais de saúde, pois, como explicam Thiengo et al. (2019), esses, muito provavelmente, entrarão em contato com questões R/E ao longo de sua carreira, o que poderá fomentar o surgimento de dificuldades na relação paciente e família e até dilemas éticos.

A forma como o profissional da saúde lida com a R/E do paciente e de seus familiares, segundo Longuiniere et al. (2018), dependerá de suas próprias crenças. Conforme este estudo, quanto mais espiritualizados são as equipes, maior é o reconhecimento da importância da dimensão R/E sobre os cuidados em saúde. A pesquisa ainda apresenta que a R/E do profissional da saúde influencia no cuidado prestado e na abertura para o diálogo sobre a temática. Assim, almeja-se a inclusão do conhecimento da R/E no campo da saúde mental, especificamente no campo da Psicologia da Saúde, no mesmo nível de relevância dos outros saberes envolvidos – conforme preconiza o princípio da integralidade das ações em saúde – assim como, o reconhecimento do capelão como parte integrante das equipes de saúde.

Nesse sentido, a tese que esta pesquisa defendeu e que sustenta a relevância científica deste trabalho para o campo da Psicologia da Saúde, se assenta no aporte de subsídios para reconhecer a dimensão do Acolhimento Espiritual, enquanto ferramenta importante para o campo da saúde mental, no sentido de fonte de suporte emocional, social, sentido e propósito vital para o indivíduo e assim favorecer estratégias de enfrentamento das situações inerentes ao tratamento das doenças crônicas

No contexto das colocações acima, a pergunta principal e norteadora do presente estudo foi: *Qual são as perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar, sobre o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas?*

Com vistas a uma melhor leitura, esta tese foi organizada em sete seções: a começar pela introdução, que discutiu os conceitos nucleares e destacou a relevância desta pesquisa; seguiu-se com os objetivos: geral e específicos, que delinearam as ações

executadas no estudo. A terceira seção apresentou o método que sustentou o estudo, no qual foi descrito, em pormenores, o acesso aos participantes, os instrumentos e procedimentos de coleta e a análise de dados. O quarto capítulo apresentou os resultados obtidos, incluindo a caracterização dos participantes assim como a sistematização dos dados em dimensões, categorias, subcategorias e elementos de análise. Por conseguinte, o quinto capítulo exhibe resultados alcançados por meio da elaboração de três artigos científicos. O sexto capítulo evidencia a discussão integrada dos dados. Finalizou-se a tese com a seção dedicada às “Considerações finais”, que apresenta as reflexões sobre o processo de pesquisa, elucidando aspectos de ordem metodológica e indicando propostas de intervenções e novas investigações.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 Objetivo geral

Compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o estado da arte sobre a R/E nos processos de tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas dos profissionais da saúde que atuam no contexto hospitalar, em produções científicas nacionais e internacionais.
- Descrever o processo pessoal de tornar-se capelão e profissional de saúde, no tratamento das doenças crônicas no contexto hospitalar.
- Identificar as ações e abordagens utilizadas pelos capelães na realização do acolhimento espiritual, no tratamento das doenças crônicas no contexto hospitalar.
- Analisar os significados atribuídos a saúde/doença, religiosidade/espiritualidade por capelães.
- Entender a repercussão da dimensão relacional e dos atravessamentos da pandemia, no acolhimento espiritual nas doenças crônicas, na percepção de capelães, que atuam no contexto hospitalar.

3 MÉTODO

(...) a complexidade científica é a presença do não científico no científico, o que não anula o científico; ao contrário, lhe permite exprimir-se.

[Morin, 2015, p. 106]

3.1 Caracterização e delineamento da pesquisa

Entende-se que o delineamento epistemológico do pensamento complexo, proposto por Edgar Morin (2015), coaduna-se com a abordagem metodológica deste trabalho, na medida em que se assenta na abordagem qualitativa do fenômeno, no qual busca trazer à tona as diferentes vozes dos participantes/capelães envolvidos nesta pesquisa, assim como os significados e as vivências relacionados ao tema da tese. As realidades que a epistemologia da complexidade legitima como representações do pensamento complexo evidenciam a subjetividade, qual pressupõe a superação do conjunto de dicotomias caracterizadoras das produções de conhecimentos (Morin, 2011).

Assim o delineamento epistemológico do pensamento complexo harmoniza-se com a epistemologia qualitativa de González Rey (2005). O mencionado autor propõe um método denominado construtivo/interpretativo para o estudo da subjetividade. Esse exige dos pesquisadores um pensamento complexo, em que sejam reconhecidas as singularidades do processo relacional dos campos do conhecimento. A pesquisa qualitativa se debruça sobre a subjetividade do conhecimento do fenômeno complexo, no qual os elementos estão aglutinados simultaneamente em processos distintos que constituem a totalidade, aos quais se modificam frente ao contexto o qual expressa o sujeito (Rey, 2002).

Na pesquisa de natureza qualitativa existe o diálogo entre as informações coletadas e o pesquisador que as coletou. Esse diálogo ocorre por meio de uma postura investigativa, reflexiva e crítica, a qual é suscetível às intercorrências conforme as singularidades do conteúdo e do contexto exposto; visando, concomitantemente, assegurar o protagonismo das experiências trazidas pelos participantes da pesquisa e a sua cientificidade. Nesse sentido, a comunicação configura-se como via privilegiada para obter conhecimento e processos de sentido subjetivo dos participantes, seja nos aspectos individuais, seja no coletivo, ao demonstrar o caráter interacional de produção (Flick, 2009).

Nessa modalidade de pesquisa, a realidade é múltipla e subjetiva (Ontologia) e as experiências, vivências e percepções dos indivíduos são reconhecidas e valorizadas no processo de pesquisa. O pesquisador e o pesquisado, em conjunto, constroem as experiências originais de cada sujeito (Epistemologia), ao reconhecer que não há a neutralidade absoluta, e que ambos estão em processo investigativo influenciando e sendo influenciado pelo que é pesquisado (Axiologia). Na pesquisa qualitativa, o raciocínio é indutivo, ao partir do específico para o geral, sendo produzido a partir das percepções dos indivíduos participantes, e não, de teorias específicas (Metodologia) (Patias & Von Hohendorff, 2019).

A valorização das experiências do sujeito, somada ao reconhecimento das influências do pesquisado e pesquisador, se tornam adequadas à temática desta tese ao estudar a religiosidade e a espiritualidade como elementos que versam sobre vários aspectos do desenvolvimento humano e por procurar compreender com profundidade as percepções dos capelães, ao reconhecer os elementos singulares e complexos que enredam os significados atribuídos. Moré (2015) explica que, em temáticas que geram tensionamentos da experiência humana, como no caso da religiosidade e espiritualidade, exige-se do pesquisador árdua reflexão na busca da melhor forma de adentrar nessa temática, principalmente no campo da saúde – área da presente pesquisa.

Estudos associados à abordagem qualitativa de temáticas relacionadas à saúde, segundo Piovesan e Temporini (1995), tornam-se adequados e pertinentes por buscar reconhecer as experiências, os conhecimentos, as crenças, as atitudes, os valores, as emoções, as motivações e os comportamentos, que são componentes importantes e condicionadores da percepção dos indivíduos acerca dos fenômenos biológicos, psíquicos e socioambientais.

Por isso, entender as maneiras de agir, sentir e pensar do sujeito e do grupo social, assim como, reconhecer o contexto no qual ocorrem as experiências, torna-se necessário e adequado, pois essas expressam influências que interferem nos cuidados em saúde. Os autores ainda descrevem um exemplo para tal cenário: “[...] se a população pensar que Deus é quem manda a doença, portanto, contra tal desígnio nada há a fazer, ou, que a pessoa se cura somente pela vontade de Deus (...) (Piovesan & Temporini, 1995, p. 318).

A multiplicidade de variáveis e suas possíveis interferências no campo da saúde, realidade desta pesquisa, oferece dificuldades metodológicas para sua identificação, compreensão e análise. Nestes casos, Piovesan e Temporini (1995) sugerem a utilização da pesquisa exploratória – metodologia utilizada nesta tese. A pesquisa exploratória tem

por finalidade conhecer as variáveis do assunto proposto ao buscar delinear como essas são apresentadas, qual é o significado e o contexto inseridos nelas. Esse tipo de pesquisa permite maior controle da percepção do pesquisador, pois possibilita conhecer a realidade como é, e não conforme o pesquisador pensa (Piovesan & Temporini, 1995).

A pesquisa exploratória, além de deslindar o fenômeno, registra e descreve os elementos constitutivos, a partir dos objetivos, na busca da identificação e reconhecimento das características da temática do estudo (Sampieri et al., 2006). Ademais, esta tese baliza-se no tipo transversal ou seccional, pois buscou compreender o acolhimento espiritual no contexto de tratamento das doenças crônicas, num intervalo de tempo determinado, num recorte de espaço de tempo sobre as perspectivas de capelães que atuam junto às equipes de saúde em hospitais (Bastos & Duquia, 2013).

Assim, a tese apresenta delineamento epistemológico do pensamento complexo, abordagem qualitativa, estudo exploratório e recorte transversal ou seccional, escolhas adequadas ao estudo proposto e aos objetivos descritos nos procedimentos metodológicos norteadores das etapas de investigação.

3.2 Preceitos éticos

Então existem duas formas principais de nós chegarmos a uma visita (falando de paciente, né): então a primeira é a solicitação, que é realizada pelo familiar do paciente – que dentro desse tipo de abordagem, quando existe solicitação, o maior quantitativo é quando um familiar nos procura, fica sabendo por algum meio que existe uma capelania no hospital, entra em contato com a nossa central e solicita “Eu gostaria que meu filho, meu esposo, meu marido etc. Fosse visitado por vocês” -, então esse é um cenário, o outro cenário é o próprio paciente solicitar ali mesmo, no leito, solicitar - então ele vai solicitar alguém da equipe de saúde “Eu gostaria de receber uma visita da capelania” - então essa é a visita solicitada -, né, e tem também, dentro da solicitada, o profissional da saúde perceber alguma situação e ofertar a visita, ou não - “ou não”, quando eu digo, é: ele não pergunta se o paciente quer, ele só aciona a capelania e fala “Nós estamos com esse paciente e esse quadro, e gostaríamos que vocês

pudessem acolhê-lo, então nós também vamos acolher, ou se o paciente também solicita à equipe de saúde, então a gente também vai acolher.

[Relato de participante da pesquisa]

Este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), da Universidade Federal de Santa Catarina, em conformidade com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício circular N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS (Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual). Esta pesquisa foi aprovada para execução por meio por meio do parecer 5.003.054.

Os participantes/capelães foram informados sobre a pesquisa e seus procedimentos, considerando a participação facultativa e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem implicação de ônus ou bônus. Cabe ressaltar que eles não foram identificados em nenhum momento do estudo. A pesquisadora, na coleta de dados, esclareceu as dúvidas remanescentes acerca dos objetivos da pesquisa, por meio de um tratamento cordial e respeitoso com os participantes, assegurando devolutiva dos resultados obtidos.

Todos os participantes foram condicionados ao aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), que segundo Moré (2015), o expressa “[...] a ética do cuidado com o outro” (Moré, 2015, p. 130). Os participantes receberam o TCLE virtualmente, via *Google Docs*. A pesquisadora leu o Termo para cada participante, antes do início da entrevista, sendo que eles davam anuência à sua participação no estudo escolhendo a opção: “Declaro que li e concordo participar da pesquisa”; depois, uma cópia do termo foi enviada por *e-mail* ao participante.

Ainda se ressalta que, devido à multiplicidade da temática norteadora desta pesquisa, se reconheceu a possibilidade do desencadeamento de mobilizações emocionais nos participantes durante a aplicação e o desenvolvimento das atividades de coleta de dados. Caso isso ocorresse, haveria o acolhimento e a intervenção breve da pesquisadora, que também é psicóloga clínica; além do oferecimento de informações de instituições que disponibilizam suporte profissional gratuito e *on-line*, conforme as exigências e os condicionantes da Resolução CFP 11/2018 (Regulamentação para a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação). Essas informações seriam disponibilizadas caso houve demanda e

interesse dos participantes; entretanto, isso não ocorreu efetivamente. Todavia, julga-se que essa preparação foi importante para a entrada de campo, especialmente pelo fato de a coleta de dados ter acontecido virtualmente.

3.3 Contexto e participantes da pesquisa

Bom, a gente na enfermagem sempre aprendeu que a gente deve atender o paciente como um todo – nas suas necessidades físicas, espirituais, e tudo que ele necessita a enfermagem deve colocar o olhar e conseguir aquilo que ele necessita. Se ele necessita de um pastor, ou de um padre, de alguém, ou um livro pra ler, alguma coisa assim, a gente sempre deveria disponibilizar porque um doente, às vezes, ele não é um doente, fisicamente ele adoeceu depois, mas eu pessoalmente acredito que começa com as emoções. E, também, que nós somos um todo, nós somos espírito, nós somos alma, nós somos corpo, somos essas três dimensões, então cada doente deve ser atendido nesse sentido. Eu sempre dei atenção nesse sentido para as pessoas.

[Relato de participante da pesquisa]

Esta pesquisa buscou significados, vivências e singularidades nas narrativas dos 12 (doze) capelães., visando responder ao objetivo principal desta Tese. A definição e o estabelecimento deste quantitativo de 12 capelães sustenta-se em criterioso estudo desenvolvido por Guest et al. (2006) que constataram que a quantidade de 12 (doze) participantes é apropriada ao contexto da pesquisa qualitativa, pois possibilita a saturação teórica das informações coletadas. Salienta-se que esse quantitativo serviu como ponto de referência, e que poderia ter reajustes conforme a necessidade e a busca da referida saturação teórica. A saturação teórica, numa pesquisa qualitativa, segundo Moré (2015), dependerá de vários aspectos, tais como: a) o referencial teórico, b) o recorte do estudo, c) a profundidade que se pretende atingir, e d) as características de seus participantes. Ademais, ressalta-se que esse quantitativo não foi alterado e foram entrevistados 12 capelães. A definição do quantitativo de participantes e a busca da saturação teórica são necessárias no escopo da pesquisa qualitativa, pois direcionam os

critérios de inclusão e exclusão dos participantes além do processo de análise das informações coletadas (Moré, 2015; Turato, 2010).

No que tange à seleção e aos critérios de inclusão dos participantes/capelães, foram considerados os seguintes critérios:

- a) Ter mais de 18 anos;
- b) Oferecer serviço de acolhimento espiritual há, pelo menos, um ano em contexto hospitalar. A quantificação delimitada de um ano de experiência em acolhimento espiritual se mostra adequada conforme o estudo realizado por Pereira Francisco et al. (2015), que objetivou entrevistar capelães com o objetivo de identificar a compreensão deles em relação à espiritualidade. No referido estudo, o quantitativo de um ano de experiência foi considerado adequado;
- c) Oferecer serviço de acolhimento espiritual ao paciente com doenças crônicas incapacitantes, com risco de morte, que exigem hospitalização; além de, também, oferecer acolhimento aos familiares;
- d) Estar prestando acolhimento espiritual em contexto hospitalar em algum dos três estados da região Sul do Brasil. Pois, conforme preconizam Kobarg et al. (2008), na realização da pesquisa é necessário considerar o ambiente e suas características, pois esse evidencia singularidades que são específicas ao contexto referente. Por isso, foram selecionados os três estados, na tentativa de compreender os achados da região Sul sobre a temática estudada.

Em termos de critérios de exclusão observa-se a importância: a) do participante ter um nível apropriado de compreensão e entendimento, dos questionamentos realizados, em função do objetivo proposto neste trabalho e, b) não estar exercendo a capelania em outros estados para além da região sul. Isto foi com o intuito de evitar muita disparidade socio cultural.

No que concerne ao acesso e ao convite para os participantes da pesquisa, foi utilizada a técnica *snowball* (i.e., “bola de neve”); essa é um procedimento frequentemente utilizado na pesquisa qualitativa, no qual existe uma escolha dos participantes de forma intencional e conforme os objetivos e critérios da pesquisa (Patton, 2002). A técnica também pode ocorrer por meio de indicação dos próprios participantes (Morrow, 2005). A pesquisadora iniciou a aproximação no campo hospitalar com o objetivo de facilitar a construção de alianças estratégicas que favorecessem a inserção e a busca dos participantes da pesquisa, como indica Crepaldi e Moré (2002). As indicações dos participantes foram realizadas pelos hospitais e pelos

próprios capelães. O contato com os participantes aconteceu por intermédio de redes sociais, nas quais a pesquisadora redigiu um texto convidativo. Nesse, estava descrito uma breve apresentação da doutoranda, a descrição dos objetivos da pesquisa e dos critérios de inclusão e exclusão. No caso de interesse e disponibilidade do participante, dava-se continuidade às explicações informativas.

A procura dos participantes da pesquisa, assim como o contexto de realização da coleta de dados, aconteceu de forma *on-line*, entre o período de janeiro, fevereiro e março de 2022. Isso ocorreu em consonância com o plano de contingência nacional, que exigia distanciamento social como medida preventiva à situação endêmica do coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19 (Brasil, 2020). A coleta de dados dos participantes, a aplicação do questionário e a entrevista semiestruturada aconteceram por intermédio da ferramenta tecnológica e virtual do *Zoom*. A demarcação do contexto *online*, além de respeitar o distanciamento social, também objetivou acolher os participantes, deixando-os mais à vontade para expressar as informações referidas. Além disso, o contexto *online* igualmente facilitou a busca e a participação dos capelães, pois abrangeu os três estados do Sul do Brasil, o que promoveu o encontro com eles, mesmo em cidades com significativas distâncias geográficas.

3.4 Coleta de dados

Não, é de leito em leito. Claro que agora na época da pandemia não tem pessoas o suficiente para ir para todos os pacientes, daí eu atendo numa ala só, porque senão fica demais. Mas quando é chamado nas outras alas, eu vou também.

[Relato de participante da pesquisa]

3.4.1 Método e instrumentos para a coleta de dados

A definição do método e dos instrumentos utilizados para a coleta de dados sustentou-se no delineamento epistemológico, nos pressupostos teóricos e nos aspectos metodológicos que ancoraram o objetivo de compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar.

Os instrumentos foram os seguintes:

a) Questionário sociodemográfico

O questionário é um instrumento de coleta de dados que tem por finalidade investigar, por meio de um determinado número de perguntas abertas e/ou fechadas, informações referentes aos participantes da pesquisa (Gil, 1999). Este instrumento pode ser utilizado associado a outros recursos de coleta de dados –como é o caso desta pesquisa. O questionário sociodemográfico, ao propiciar conhecimentos, facilita a futura análise dos resultados obtidos pelos os participantes, conforme seus aspectos sociodemográficos (Güths et al., 2017).

O questionário sociodemográfico foi disponibilizado aos participantes respeitando as singularidades deles; objetivando buscar pelas informações gerais e as relacionadas à atividade de acolhimento espiritual no contexto hospitalar. O questionário foi realizado, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 202, por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google*, o que esteve em conformidade com o distanciamento social preconizado, pelo plano de contingência nacional do Covid-19. Além disso, segundo Faleiros et al. (2016), pesquisas realizadas via *internet* estão se tornando cada vez mais frequentes devido à praticidade e comodidade aos participantes podendo, inclusive, resultar na melhora do número de respostas obtidas.

b) Entrevista em profundidade ou semiestruturada

A entrevista em profundidade ou semiestruturada investiga os significados atribuídos pelos sujeitos, na qual o “pesquisador busca o protagonismo do participante” (Moré, 2015, p. 127), ao possibilitar um “espaço relacional privilegiado” (*Ibid.*), permitindo que o sujeito pesquisado expresse livremente suas emoções, vivências e opiniões: “Entende-se o contexto da entrevista como um terreno ‘gerador de significados’” (*Ibid.*). A autora aponta que existem diferentes contextos que são transversais à entrevista, como o cultural, o regional, o socioeconômico, o local da entrevista e a entrevista propriamente dita.

O reconhecimento desses contextos, diante das singularidades do sujeito permite identificar as narrativas conectadas ao objetivo principal. Caso falem itens norteadores claros sobre a temática, outras perguntas complementares são realizadas, de modo que perscrutem sentido de experiência do outro no que tange ao objetivo do estudo (Moré, 2015). Em consonância, Gonzálvez Rey (2002) demonstra que a entrevista é um processo ativo de comunicação ao facilitar a expressão livre do entrevistado, que transcorre pelo intermédio do entrevistador, o qual deve ter o cuidado de demonstrar iniciativa, interesse. Neste sentido, pressupõe-se um engajamento participativo do entrevistado e do entrevistador na procura das informações por meio da coleta de dados.

A entrevista em profundidade com os capelães, os quais ofereciam acolhimento espiritual em contexto hospitalar, aconteceu *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom* (Apêndice C), nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2022.

c) Diário de campo

Todo o processo de coleta de dados que inclui a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a seleção dos participantes e a aplicação das técnicas e instrumentos, foi acompanhado por meio do desenvolvimento e a manutenção de um diário de campo. Nesse foram realizadas anotações, especificando: sentimentos, reações e impressões do pesquisador durante o processo da pesquisa, o que auxiliou a análise e a interpretação dos resultados (Patias & Von Hohendorff, 2019). Segundo Moré (2015), a observação do pesquisador e sua descrição no diário pode ser de grande valia para a análise, visto que traz diferentes ângulos e contextos sobre a temática estudada, auxiliando na melhor compreensão e na integração dos dados.

3.4.2 Procedimentos para a coleta de dados

“O que você é? Você é um padre?. Não, eu não sou um padre, inclusive eu não sou pastor ainda, né, mas eu sou um capelão. E eu tenho um lema que eu levo comigo que eu digo assim “nem todo capelão é um padre ou um pastor, mas todo padre ou pastor deveria ser um capelão”. Porque o capelão é aquele que se importa com o próximo, e a gente alcança uma esfera que a Psicologia, que a Psiquiatria, que a Filosofia não conseguem alcançar, que é a esfera religiosa, que é a esfera espiritual [...]”

[Relato de participante da pesquisa]

Após a qualificação do projeto, este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC). Mediante a aprovação e a emissão do parecer consubstanciado pelo comitê, foi realizado um ensaio para a aplicação da entrevista semiestruturada com os capelães. Esse procedimento prévio foi realizado entre a orientadora da tese e a pesquisadora, e visou a preparação para a entrada em campo. Segundo Moré (2015), este cuidado elaborativo, antecipatório à aplicabilidade dos instrumentos, aguça a sensibilidade do pesquisador para a coleta de dados e melhora a qualidade dos resultados obtidos. Em seguida, ocorreu a inserção no campo de

pesquisa, por meio das alianças estratégicas, que de acordo com Moré e Crepaldi (2002), auxiliam no aceite e no encontro dos possíveis participantes do estudo.

A pesquisadora, por meio de rede social pessoal, contactou de forma *online* os capelães, por meio de indicações de hospitais e profissionais da saúde. À medida em que a pesquisadora recebia indicações, entrava em contato via mensagem de texto, explicando o objetivo da pesquisa. Existindo o interesse em participar do estudo, foram verificados os critérios de inclusão; havendo anuência e a contemplação dos requisitos, era agendada a realização da coleta de dados.

A coleta de dados iniciava-se por meio da leitura de TCLE. Após aceite do termo, foi solicitado que os capelães preenchessem o questionário sociodemográfico do formulário *Google* (Apêndice B). O questionário era autoaplicável, e foi dividido em duas categorias: 1) dados gerais e 2) dados sobre a atividade de acolhimento espiritual. Após a aplicação do questionário, foi realizada a entrevista semiestruturada, um seguido do outro. A entrevista semiestruturada foi desenvolvida para contemplar os objetivos da pesquisa (Apêndice C). Toda a coleta de dados aconteceu de forma *online*. Ressalta-se que a pesquisadora também utilizou o diário de campo em todo o processo de coleta de dados. A utilização desse instrumento de coleta de dados teve por finalidade registrar percepções, pensamentos, sentimentos e apontamentos acerca do processo vivenciado em cada fase de desenvolvimento do estudo.

3.5 Análise dos dados

A espiritualidade é tudo aquilo que você usa para atribuir um sentido à sua vida, aquilo que responde à pergunta do “Por que eu existo?” ou “Como eu me relaciono com aquilo que responde à essa pergunta? Como eu me relaciono com o motivo pelo qual eu existo?” - isso diz muito sobre a espiritualidade, aquilo que te conecta com o transcendente, aquilo que dá sentido à existência. E em relação à religiosidade é quando você tem algo mais institucionalizado, eu diria, você tem uma instituição, um código moral e social que é compartilhado entre essas pessoas dessa instituição, que geralmente também tem liturgias, tem um ritual, tem símbolos, tem algo que é compreendido de uma forma universal dentro daquela instituição - universal não é tão

universal porque é dentro de uma instituição, mas que dentro daquele contexto, as pessoas sabem que esses elementos pertencem à essa instituição.

[Relato de participante da pesquisa]

Os dados foram analisados, sistematizados e organizados por meio dos princípios da análises de conteúdo seguindo-se o método de análises proposta pela Grounded Theory, comumente conhecida, em tradução para a língua portuguesa, como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD); desenvolvido pelos sociólogos Barney Glasser e Anselm Strauss, a partir de estudo sobre a morte no contexto hospitalar (Glasser & Strauss, 1967). A TFD tem por finalidade ressaltar as articulações resultantes da interação entre o pesquisador e os dados, no desenvolvimento de categorias sistematizadas por um conjunto de etapas, as quais servem como orientação aos pesquisadores na compreensão ampliada do fenômeno (Corbin & Strauss, 1990).

Essa organização de esquemas subsidia a compreensão do fenômeno investigado ao buscar entendimento consistente da realidade social visada. Neste contexto, um conceito fundamental é o da *codificação*, que se refere aos processos dinâmicos de análise, aos quais os dados são divididos, conceitualizados e integrados (Strauss & Corbin, 2008). A valorização dos resultados e a análise pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) conectam-se ao objetivo dessa pesquisa; portanto, o processo de análise dos dados seguiu os princípios e as etapas desenvolvidas por Strauss e Corbin (2008) e descritas adiante.

A primeira etapa é a **codificação aberta**, em que ocorrem leituras contínuas e sucessivas de todos os dados coletados, na tentativa de identificar conceitos, ao examinar as propriedades e dimensões dos resultados, para posteriormente agrupá-los conforme o conteúdo abordado. Na **codificação axial** (segunda etapa) são reconhecidos os agrupamentos realizados na etapa anterior, de modo a desenvolver categorias sistematicamente relacionadas e nomeadas, consoante as subcategorias e os elementos de análise. Por fim, na **codificação seletiva** (terceira e última etapa) existe a integração e o refinamento das categorias, o que fomenta o surgimento de um conceito exploratório geral ao propiciar compreensões acerca do fenômeno. Além disso, ocorre a aglutinação do processo de interação do pesquisador com os dados resultantes e a literatura referente, a fim de alcançar os objetivos: geral e específicos da investigação.

Os materiais abrangidos para a análise de dados foram: a) as informações resultantes do questionário, b) as transcrições das 12 (doze) entrevistas individuais com os capelães, e c) as descrições da pesquisadora no diário de campo que envolveu todo o processo de coleta e análise de dados. Enfatiza-se, também, que o processo de organização dos dados coletados foi realizado por meio do software *Atlas.ti 22/23* versão *desktop*. O *Atlas.ti* possibilita reunir e categorizar inúmeras informações, ao auxiliar na visualização dos elementos, e na sistematização dos dados qualitativos (Klüber, 2014). A utilização desse *software*, em consonância com o método, auxiliou o tratamento do conteúdo relatado pelos participantes da pesquisa, ao possibilitar congregar e articular informações acessadas por meio dos distintos recursos de coleta de dados: questionário, entrevista semiestruturada e diário de campo.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Sim, porque, por exemplo, quando se fala de aspectos diferenciados do nosso contexto – a gente tem tido contextos bem complicados ultimamente: isolamento, tem aumentado violência doméstica e infantil, abuso de drogas lícitas e ilícitas - mas essas pessoas acabam muitas vezes tendo uma demanda de enfermidade e doença e acabam parando num hospital, e agora tem que lidar com isso. A pergunta sempre que a gente faz como equipe assistencial é “Como nós podemos auxiliar e contribuir para que isso tenha o menor impacto possível?”. Não na ótica de uma decisão certa ou errada, mas numa decisão que seja plausível para a boa recuperação desse paciente agora, como a gente pode ajudar.

[Relato de participante da pesquisa]

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa desenvolvidos ao longo da tese. Esses serão organizados em duas subseções. Na primeira é apresentado um quadro com informações sociodemográficas dos participantes. Na segunda subseção, será exposto maior detalhamento sobre o exercício do acolhimento espiritual, além de algumas informações pessoais dos participantes; essas têm a finalidade de oferecer subsídios para a posterior análise.

4.1 Caracterização dos participantes

Ela [a capelania] mudou um pouco a forma de atuação, então, por exemplo, nesses dois anos de pandemia (deu dois anos já? Deu.), nesses dois anos, como a gente não podia entrar e ter contato com os pacientes porque podia ser contagioso, né, é, a gente começou a atuar muito na área de capelania assistencial. Então desde que começou a pandemia até agora, a gente supre pro paciente internado tudo o que ele precisa, o paciente principalmente de SUS – a gente supre ele com roupa, supre ele com remédio, supre ele com fralda, supre ele com medicação, supre ele com apoio à família do lado de fora, a gente faz contato com eles através da videoconferência (seja por Whatsapp, seja por Zoom, a forma que a família adotou lá, né, melhor).

[Relato de participante da pesquisa]

4.1.1. Caracterização sociodemográfica dos capelães

O **Quadro 1** apresenta as características sociodemográficas dos 12 participantes que integram este estudo, cujos dados foram levantados na coleta por meio do questionário/formulário *Google*. Com base nas informações obtidas, é possível descrever que os participantes tinham idade entre 21 e 78 anos, cuja média etária era de 48,83 anos. Dentre eles, 07 eram mulheres e 05 eram homens. O tempo que realizavam acolhimento espiritual variou entre 2 e 52 anos, sendo a média de 14,75 anos. Quanto ao estado civil: 04 eram solteiros, 07 eram casados e 01 era separado/divorciado. Em relação à escolaridade: um (01) tinha formação superior incompleta, outro (01) formação superior completa, e todos os demais (10) tinham especialização completa. Dos participantes, 07 eram contratados como prestadores de acolhimento espiritual e 05 realizavam serviço voluntário.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	Sexo	Idade	Estado Civil	Naturalidade	Escolaridade	Tempo que realiza acolhimento espiritual	Vínculo empregatício como capelão
P01	Feminino	56 anos	Solteira	Paraná	Especialização concluída.	25 anos	Sim
P02	Feminino	52 anos	Solteira	Santa Catarina	Especialização concluída	4 anos	Não
P03	Masculino	33 anos	Casado	Santa Catarina	Especialização concluída	10 anos	Sim
P04	Feminino	78 anos	Solteira	Santa Catarina	Especialização concluída	52 anos	Não
P05	Feminino	21 anos	Solteira	Paraná	Ensino superior incompleto	2 anos	Não
P06	Feminino	52 anos	Casada	Paraná	Ensino superior completo	4 anos	Não
P07	Masculino	40 anos	Casado	Paraná	Especialização concluída	15 anos	Não
P08	Masculino	41 anos	Casado	Rio de Janeiro	Especialização concluída	5 anos	Sim
P09	Feminino	53 anos	Casada	Paraná	Especialização concluída	12 anos	Sim
P10	Masculino	55 anos	Casado	Paraná	Especialização concluída	34 anos	Sim
P11	Masculino	50 anos	Casado	Paraná	Especialização concluída	10 anos	Sim
P12	Feminino	55 anos	Separada/ Divorciada	Paraná	Especialização concluída	4 anos	Sim

Quadro elaborado pela autora (2023).

4.1.1.1 Breve história de vida dos participantes e do exercício de acolhimento espiritual

Aquele dia pra mim foi uma grande resposta daquilo que eu faria profissionalmente e espiritualmente também, porque eu entendi que eu também, não só – porque querendo ou não a gente faz, tem propósitos diferentes dentro da medicina e dentro da capelania. Eu queria ajudar na medicina, mas eu queria também ajudar na capelania, não só na parte de assistência física, terapêutica, mas também na parte espiritual. Então pra mim essas duas coisas, apesar de diferentes, sempre caminharam muito juntas. E eu, nesse mesmo ano, decidi que eu entraria pra capelania.

[Relato de participante da pesquisa]

É pertinente, por meio de breve relato, apresentar algumas informações sobre o exercício de acolhimento espiritual dos participantes, além de alguns elementos do contexto de suas vidas pessoais. Considera-se que tais informações, obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados e registro de diário de campo, servem para o leitor como subsídios para melhor compreensão dos dados discutidos nos artigos científicos construídos ao longo do desenvolvimento da tese. Torna-se adequado e necessário destacar que todas as informações apresentadas foram do recorte temporal da realização das entrevistas, ocorridas nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2022. Segue, portanto, a apresentação de cada um dos 12 participantes.

Participante 1 (P1):

P1 é mulher, natural do Paraná e residente em Santa Catarina. Ela tem 56 anos e exerce acolhimento espiritual há 25 anos. A entrevista com P1 durou 49 minutos e 13 segundos. P1 é freira e tem uma vida dedicada à religião. Ela, durante anos, realizou serviços voluntários em hospitais, inclusive trabalhos administrativos. Depois de algum tempo, ela sentiu a necessidade de fazer a graduação em enfermagem, mas nunca trabalhou diretamente nesta profissão. Além dessa graduação, ela tem formação em Teologia, e está finalizando um curso em Ciência e Espiritualidade. Em 2003, ela assumiu a coordenação de um serviço pastoral em um hospital, atividade essa que exerce até a

realização da entrevista. P1 se considera uma capelã, mesmo não tendo formação específica. Ela explicou que, na religião católica, somente padres podem fazer a formação em capelania, pois cabem exclusivamente a eles realizar todos os sacramentos. P1 relatou que isso é algo específico da Igreja Católica e que, em outras dominações de fé, existem diversas singularidades.

Participante 2 (P2):

P2 é mulher, natural e residente em Santa Catarina. Ela 52 anos e exerce acolhimento espiritual há 04 anos. A entrevista com ela durou 38 minutos e 47 segundos. P2 é professora da rede municipal e exerce serviço voluntário como capelã. Ela tem formação em Teologia e lidera um projeto denominado *Vida*, junto à pediatria do hospital e da UTI neonatal. Além desse projeto, recentemente, ela foi convidada para coordenar os funcionários da *Alegria*, atividade que ela começará em breve – pois será contratada para exercer a nova atividade. P2 e outros voluntários se caracterizam de palhaço e, por meio de brincadeiras e músicas –eles levam balão, violão, entre outros, exercem o acolhimento espiritual, exclusivamente, para crianças e suas famílias. P2 ainda narrou que sua dedicação a esta atividade começou depois da morte da filha, a qual tinha paralisia cerebral e faleceu há 5 anos; ela disse que, com apoio da igreja, ela resolveu “*ser mãe de muitos*”.

Participante 03 (P3):

P3 é homem, natural e residente em Santa Catarina. Ele tem 33 anos e exerce acolhimento espiritual há 10 anos. A entrevista com ele durou 1 hora, 06 minutos e 09 segundos. P3 é contratado como capelão em um hospital. Ele atende, exclusivamente, crianças e gestantes de risco. Ele descreve que, em alguns casos específicos, ele gosta de se caracterizar de palhaço para exercer o acolhimento espiritual. P3 tem Ensino Superior em Teologia, curso de Assessoria familiar e pós-graduação em Aconselhamento pastoral e familiar. P3 declara não pertencer a uma comunidade específica de fé. Ele relatou que sua motivação para exercer está na “*vocação*”, por causa da filha ter nascido prematura e da esposa ter sofrido severa depressão pós-parto. Isso, segundo ele, lhe fez “*sair da igreja e entrar no hospital*”.

Participante 04 (P4):

P4 é mulher, natural e residente em Santa Catarina. Ela tem 78 anos, é freira e segue uma vida religiosa há 55 anos. Ela presta acolhimento espiritual há 52 anos (a mais experiente entre os participantes). A entrevista com ela durou 35 minutos e 24 segundos e a que teve menor duração entre as realizadas. Ela é enfermeira; inclusive já lecionou disciplinas na universidade. P4 também tem formação em pastoral hospitalar e da saúde. Além disso, ela já atuou, diversas vezes, como coordenadora de enfermagem de um hospital assim como da comissão de ética de enfermagem. Ela também já participou, algumas vezes, da congregação da pastoral hospitalar. P4 descreve que, devido a sua idade, não deseja mais coordenar departamentos, entretanto, deseja seguir prestando acolhimento espiritual “*enquanto conseguir*”.

Participante 05 (P5):

P5 é mulher, natural e residente no Paraná. Ela tem 21 anos e realiza acolhimento espiritual há 2 anos. É a participante mais jovem do estudo. A entrevista com P5 durou 56 minutos e 43 segundos. P5 contou que se converteu ao Cristianismo quando tinha 16 anos. A partir disso, procurou seguir uma vida religiosa que fizesse sentido com o que ela desejava e acreditava. P5 descreveu que, na adolescência, tinha vontade de cursar Medicina, mas ficava relutante se isso traria alguns prejuízos aos seus valores. Ela relatou que se sentiu confortável para continuar com o seu desejo de cursar Medicina depois que participou de uma ação social da igreja, na qual conheceu o serviço de capelania. Ela participou de curso sobre cuidados espirituais na saúde, o que reafirmou seu desejo pelo curso superior. No momento da entrevista, ela encontrava-se no sexto período do curso de Medicina. P5 informou que, no começo da faculdade, sentiu resistência e receio dos seus colegas devido a sua religiosidade, porém, com o tempo passou a se sentir respeitada e, de certa forma, compreendida. Concomitantemente à universidade, P5 fez o curso de capelania.

Participante 06 (P6):

P6 é mulher, natural e residente no Paraná. Ela tem 52 anos e exerce acolhimento espiritual há 4 anos. A entrevista com ela durou 56 minutos e 43 segundos. Durante a entrevista, P6 fez questão de evidenciar a diferença entre acolhimento espiritual e assistência religiosa. Ela descreveu que realiza acolhimento, visto que não se reconhece em nenhuma comunidade de fé. P6 tem formação em Teologia e está cursando capelania. Ela exerce acolhimento de forma voluntária.

Participante 07 (P7):

P7 é homem, natural e residente no Paraná. Ele tem 40 anos e exerce acolhimento espiritual há 15 anos. A entrevista com ele durou 1 hora, 14 minutos e 06 segundos. P7 fez formação em capelania nos Estados Unidos, na *Christian International Chaplain & Humanizty Service Organization*. Ele relatou que escolheu cursar capelania em outro país, devido à falta de reconhecimento da formação no Brasil. P7, além do exercício voluntário do acolhimento espiritual em um hospital, está desenvolvendo um curso de capelania no Brasil em parceria com uma universidade americana.

Participante 08 (P8):

P8 é homem, natural do Rio de Janeiro e residente no Paraná. Ele tem 41 anos e exerce acolhimento espiritual há 5 anos. A entrevista com ele durou 1 hora, 46 minutos e 24 segundos, configurando-se como a entrevista mais longa. P8 já exerceu capelania em presídios e, atualmente, é contratado como capelão em um hospital. Além do acolhimento espiritual, ele exerce trabalhos administrativos de capelania e gerencia projetos de educação continuada aos voluntários que se disponibilizam a realizar o acolhimento espiritual. Atualmente, o hospital que P8 integra tem 60 voluntários, mais já teve 150 algo constatado antes da pandemia. A instituição na qual ele trabalha abre ingresso aos interessados, duas vezes ao ano, e os voluntários sempre trabalham em duplas. P8 é ministro religioso júnior e está cursando a faculdade de Teologia.

Participante 09 (P9):

P9 é mulher, natural e residente no Paraná. Ela tem 53 anos, exerce acolhimento espiritual há 12 anos, e há 1 mês foi contratada com capelã em um hospital. A entrevista com ela durou 1 hora, 28 minutos e 25 segundos. P9 enfatizou os aspectos pessoais que lhe levaram a oferecer acolhimento espiritual. Ela relatou que seu pai morreu enquanto ela era muito pequena, o que fez a mãe precisar trabalhar e deixá-la sob os cuidados da avó e de uma tia. Quando ela tinha por volta dos 07 anos, a avó começou a ficar doente; e quando ela completou 12 anos, a avó ficou acamada e a entrevista tornou-se a cuidadora principal da avó por 10 anos e até o falecimento desta. P9 conta que isso despertou nela a necessidade de cuidar. Inclusive, ela queria fazer Medicina, porém infelizmente não conseguiu passar no vestibular, o que a deixou profundamente triste. Depois disso, ela fez curso de instrumentação cirúrgica e se converteu – ela era católica e se tornou evangélica, a religião da avó. P9 ainda cuidou da mãe e do avô por três anos, até o

falecimento de ambos, que tiveram câncer. Ela contou que passava por fase muito difícil: a mescla de mortes muito significativas e a frustração de não ter passado em Medicina. Foi neste momento que a pastora a convidou para integrar a equipe que prestava o acolhimento espiritual em um hospital, e segundo ela, foi então que ela se encontrou. P9 é ministra, tem formação em capelania, Teologia, e outros cursos que possibilitaram realizar o acolhimento espiritual em UTI's.

Participante 10 (P10):

P10 é homem, natural e residente no Paraná. Ele tem 55 anos e exerce acolhimento espiritual há 34 anos. A entrevista com ele durou 1 hora, 23 minutos e 54 segundos. P10 é pastor há 34 anos, já realizou capelania em presídios, e há 14 anos é capelão contratado em um hospital. P10 descreve que, antes de ter vínculo empregatício, usava muito a música como recurso para o acolhimento espiritual. Ele ainda utilizava desta ferramenta no momento da entrevista, porém de forma menos expressiva, pois também executava a parte administrativa e burocrática da capelania no hospital. P10 se dedica apenas ao acolhimento espiritual na UTI. Ele também evidenciou aspectos pessoais que atravessaram sua prática como capelão: contou que contraiu COVID no começo da pandemia, precisou ser hospitalizado e permanecer na UTI; nestas condições, ele perdeu 95% da capacidade pulmonar. Ele descreve que ajuda dos profissionais e dos capelães foram essenciais para a sua recuperação. Segundo P10, isso fortaleceu o seu amor pela capelania e ressaltou a importância dessa atividade.

Participante 11 (P11):

P11 é homem, natural e residente no Paraná. Ele tem 50 anos e exerce acolhimento espiritual há 10 anos. A entrevista com ele durou 56 minutos e 35 segundos. P11 foi seminarista e desejava ser padre. Devido a uma experiência nas Forças Armadas, em que ele teve contato com um capelão, o entrevistado decidiu que gostaria de exercer a capelania. P11 passou num concurso de Polícia Militar e converteu-se à Igreja Batista. Ele foi alocado como capelão em um hospital, e, além de outros serviços, presta atendimentos às Forças Armadas além de cuidar de ritos fúnebres.

Participante 12 (P12):

P12 é mulher, natural e residente no Paraná. Ela tem 55 anos e desempenha a atividade de acolhimento espiritual há 4 anos. A entrevista com ela durou 1 hora, 20

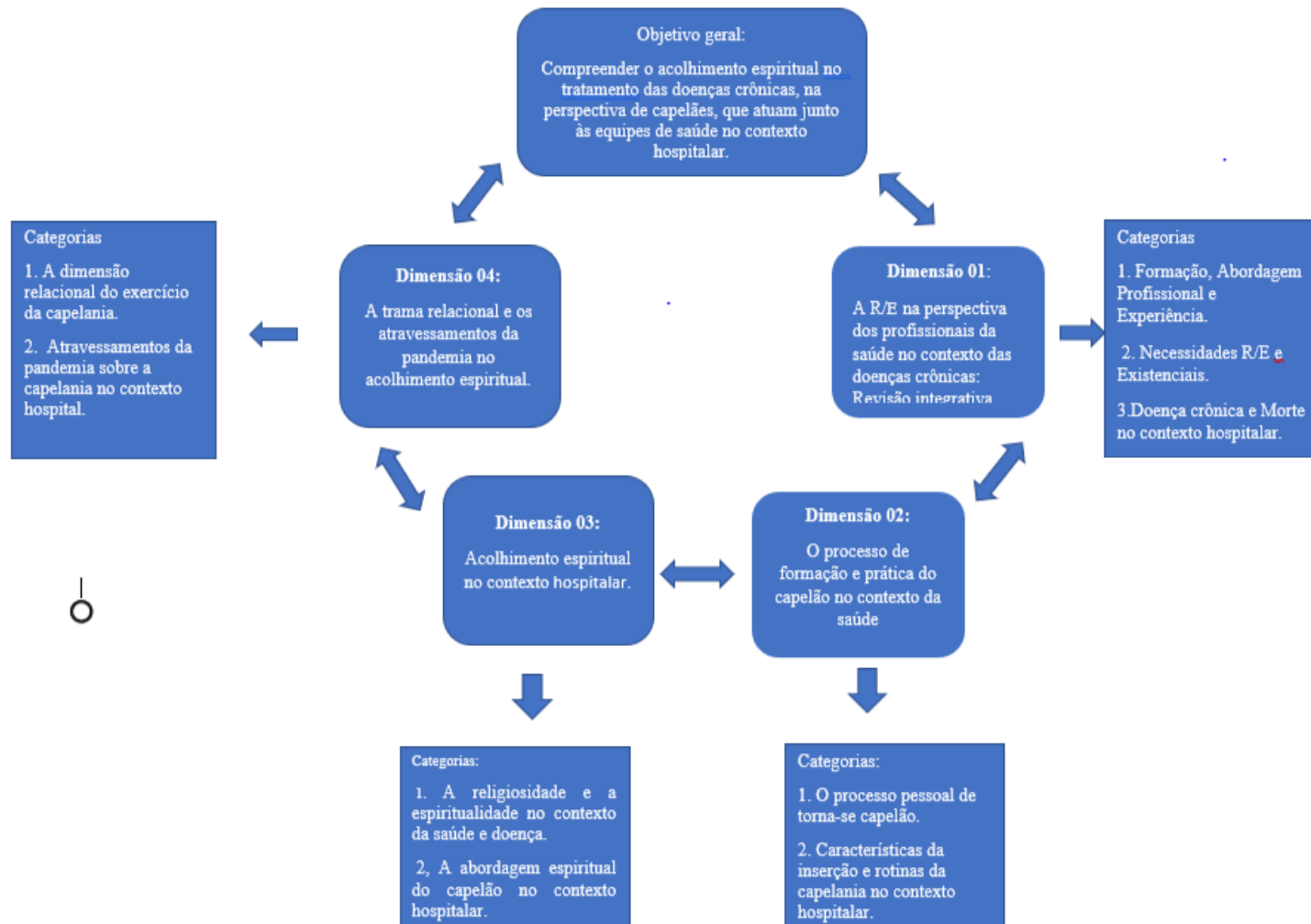
minutos e 18 segundos. P12 trabalhou como professora por 35 anos até a sua aposentadoria. Ela narrou que estava sentindo falta de fazer alguma ocupação. Por causa do convite da filha que já realizava capelania, ela começou a fazer alguns cursos e a se interessar pela atividade. P12 fez formação em capelania e começou a desenvolver um projeto associado ao acolhimento espiritual e à confecção de artesanato – muito influenciada pelo seu papel de professora. Inicialmente, o projeto foi desenvolvido na ala dos transplantados, porém se estendeu paulatinamente para outras áreas hospitalares. P12 foi contratada pelo hospital para desenvolver esse projeto.

4.2 Apresentação da sistematização dos dados em dimensões, categorias e subcategorias

A partir dos princípios metodológicos da *Grounded Theory* de Barney Glasser e Anselm Strauss (Glasser & Strauss, 1967), os dados de análise desta pesquisa foram sistematizados, o que possibilitou a organização em quatro dimensões analíticas, as quais foram divididas em categorias e subcategorias que congregam elementos de análise. A investigação foi ancorada nos pressupostos epistemológicos da Teoria da Complexidade (Morin, 2015) e enfatizou a abrangência e a singularidade dos relatos de experiências dos 12 capelães participantes, ao visibilizar as narrativas deste profissional da saúde assim como suas experiências em acolhimento espiritual.

Com o objetivo de explicitar e ilustrar as propriedades que balizam a estruturação dos dados a partir da análise construída, foi elaborada a *Figura 1* que representa as dimensões e categorias que as compõem.

Figura 1: Apresentação das dimensões, categorias e subcategorias da pesquisa



Com base no que antecede e visando especificar as informações pesquisadas e a totalidade dos dados, apresenta-se, a seguir, a definição das dimensões e o quadro de subcategorias e elementos de análise que compõem cada categoria.

4.2.1 Dimensão 01: A R/E nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas – Revisão integrativa.

Esta dimensão corresponde ao estudo teórico desta tese que teve como objetivo caracterizar as perspectivas dos profissionais sobre religiosidade e espiritualidade nos processos de tratamento das doenças crônicas no contexto terciário. Para isso, congregou-se um conjunto de categorias, que evidenciaram a formação, a abordagem e as experiências profissionais; além disso, evidenciou-se as necessidades R/E e existenciais, e a doença crônica e morte no contexto hospitalar.

4.2.1.1 Categoria 01: A R/E nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas – Revisão integrativa.

Categoria	Subcategoria
Formação, abordagem profissional e experiências	A formação sobre R/E é inexistente ou inadequada
	Reconhecimento da importância da R/E na vida do paciente familiares e na sua vida pessoal
Necessidades R/E e existenciais	O desafio profissional/pessoal frente à necessidade R/E e existencial do paciente e familiares
	Marginalização das necessidades R/E e existenciais acontecem por serem consideradas pessoais.
Doença crônica e morte no contexto hospitalar	Cuidado espiritual como um recurso para aliviar o sofrimento da doença crônica.
	A experiência de morte e a importância do líder religioso

4.2.2 Dimensão 02: O processo de formação e prática do capelão no contexto da saúde

Esta dimensão congrega o conjunto de categorias que evidenciam elementos em torno do processo de tornar-se capelão, demonstra o conjunto de vivências pessoais que alicerçaram e construíram este processo e, além disso, apresenta as principais características e singularidades constituintes da capelania assim como o desenvolvimento da prática do capelão no contexto hospitalar. Por fim, tal dimensão ainda elucida o exercício da capelania ao

evidenciar as ações de acolhimento, as rotinas administrativas e de gestão e as singularidades do capelão contratado e do voluntário.

4.2.2.1 Categoria 01: O processo pessoal de tornar-se capelão

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1 O processo pessoal de se tornar capelão.	1.1 Vivências que levaram à escolha.	1.1.1 Experiências relacionadas à fé. 1.1.2 Influência de pessoas significativas. 1.1.3 Experiências como cuidador. 1.1.4 Experiências de doença e morte na família.
	1.2 O começo do exercício da capelania.	1.2.1 Aprendendo o trato de temas difíceis. 1.2.2 Resistência dos profissionais da saúde. 1.2.3 Busca de práticas de fortalecimento e inspiração. 1.2.4 Ambivalência entre vocação e carreira
	1.3 Aspectos positivos de ser capelão.	1.3.1 Realizado com o exercício da capelania. 1.3.2 Envolvimento emocional com os pacientes. 1.3.3 Irmandade entre os capelães. 1.3.4 O conviver com diferentes religiões.
	1.4 Aspectos negativos de ser capelão.	1.4.1 Afronta de alguns capelães. 1.4.2 Preconceitos de pacientes e/ou profissionais da saúde. 1.4.3 As dificuldades de trabalhar com a morte. 1.4.4 A necessidade de conciliação entre vida privada e capelania.
	1.5 Busca de estratégias de motivação e autocuidado.	1.5.1 Motivação na Bíblia e nas conversas com as pessoas. 1.5.2 Atividades físicas, meditação, psicoterapia, alimentação e descanso. 1.5.3 Rezar, grupo de estudo e orientação de outro capelão.
	1.6 Ressignificações na vida pessoal depois de ter se tornado capelão.	1.6.1 Compreende melhor as experiências de morte. 1.6.2 Passou a avaliar melhor o trabalho, a sua família e a igreja. 1.6.3 Maior sensibilidade na relação com os pacientes.

4.2.2.2 Categoria 02: Características da inserção e rotinas da capelania no contexto hospitalar

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
2 Características da inserção e	2.1 O desafio da presença de distintas terminologias para a capelania.	2.1.1 Assistência religiosa x visita religiosa. 2.1.2 Acolhimento espiritual x assistência religiosa.

das rotinas da capelania no contexto hospitalar		2.1.3 Capelania na saúde x capelania hospitalar. 2.1.4 Assistência espiritual x assistência religiosa.
	2.2 Singularidades da capelania no contexto hospitalar.	2.2.1 Entendida como vocação e obra de Deus. 2.2.2 Tende a unir as pessoas: paciente, profissionais e familiares. 2.2.3 A depender da religião e do hospital existem características específicas. 2.2.4 Dificuldade de mensurar o trabalho do capelão. 2.2.5 O acolhimento espiritual pode variar conforme a realidade do paciente e as condições do ambiente.
	2.3 A necessidade de regularização da prática da capelania no Brasil.	2.2.1 Direito garantido por lei na Constituição Brasileira. 2.2.2 Ausência de padronização dos cursos. 2.2.3 Não existe a regularização da profissão.
	2.4 Diferentes formas de ingressos e rotinas reconhecidas no contexto hospitalar.	2.4.1 No começo da capelania os hospitais são mais resistentes. 2.4.2 Diferenças de ingressos e rotinas entre capelães contratados e voluntários. 2.4.3 Os hospitais têm realidades bem diferentes em relação a capelania. 2.4.4 O contexto hospitalar fomenta mais a espiritualidade dos pacientes do que a igreja. 2.4.5 O hospital apresenta carências em relação à capelania: qualificações, treinamentos e contratação de capelães.

4.2.2.3 Categoria 03: O Exercício da capelania e as diferenças entre o capelão contratado e o voluntário

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
3 O exercício da capelania e as diferenças entre o capelão contratado e o voluntário.	3.1 Ações de acolhimento espiritual.	3.1.1 Demanda espontânea e oferecida. 3.1.2 Acolhimento espiritual singular aos pacientes, familiares e profissionais. 3.1.3 Práticas de acolhimento espiritual para além do hospital. 3.1.4 Intermedeia a visita do religioso de confiança do paciente.
	3.2 Rotinas administrativas e de gestão.	3.2.1 Trabalho informativo sobre a existência do serviço de capelania. 3.2.2 Contrata capelães, faz relatórios, organiza eventos e cuida do financeiro. 3.2.3 Coordena a prestação de acolhimento espiritual, de projetos e parcerias com outras instituições e/ou profissionais.

		3.2.4 Oferece treinamentos aos capelães e os profissionais da saúde.
	3.3 Diferenças entre o exercício do capelão contratado e voluntário.	3.3.1. O capelão contratado tem mais formação e preparo do que o voluntário. 3.3.2 Existem níveis de atuação distintos entre os voluntários. 3.3.3 O capelão contratado orienta e é responsável pelos voluntários. 3.3.4 Existe muito mais capelães voluntários do que contratados.

4.2.3 Dimensão 03: Acolhimento espiritual no contexto hospitalar

Nesta dimensão encontram-se os significados atribuídos pelos capelães à doença, saúde, à religião e à espiritualidade no contexto da doença crônica. Ademais, os dados evidenciam como o capelão realiza o acolhimento espiritual, apresentando suas principais estratégias para visibilizar o exercício da capelania no contexto hospitalar. Além disso, a presente dimensão congrega os atravessamentos que dificultam e/ou facilitam a prática do capelão e os dilemas éticos vivenciados no contexto hospitalar.

4.2.3.1 Categoria 01: A religiosidade e a espiritualidade no contexto da saúde e doença

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1 A religiosidade e a espiritualidade no contexto da saúde e doença.	1.1 Entendimento de doença.	1.1.1 Ausência de bem-estar físico, social, emocional e espiritual. 6.1.2 Falta de fé. 6.1.3 Privação de liberdade e falta de autocuidado.
	1.2 Impactos da doença sobre a R/E.	1.2.1 R/E ressignifica o processo de cura. 1.2.2 A depender do diagnóstico e do prognóstico, existe aproximação de Deus e uma maior abertura a R/E. 1.2.3 O paciente pode se afastar da R/E.
	1.3 Entendimento de saúde.	1.3.1 Bem-estar físico, social, emocional e espiritual. 1.3.2 Ter liberdade. 1.3.3 Estar em relação com o mundo e as pessoas.
	1.4 Entendimento de espiritualidade.	1.4.1 Atribuir sentido à vida e à existência. 1.4.2 Ter crença e fé. 1.4.3 Mais inclusiva e acolhedora do que a religião.
	1.5 Entendimento de religião.	1.5.1 Algo mais institucionalizado. 1.5.2 Espiritualidade organizada em ritos e preceitos. 1.5.3 Caminho para viver.

4.2.3.2 Categoria 02: A abordagem espiritual do capelão no contexto hospitalar

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
2 A abordagem espiritual do capelão no contexto hospitalar.	2.1 Acolhimento a partir da necessidade espiritual do paciente.	2.1.1 Apresenta um discurso acolhedor e consolador. 2.1.2 A necessidade de consentimento do paciente. 2.1.3 Respeito ao momento em que não é oportuno realizar o acolhimento espiritual.
	2.2 Estratégia de facilitação do acolhimento espiritual.	2.2.1 Escutar atentamente o paciente e respeitar as singularidades e a realidade dele. 2.2.2 A utilização de diferentes recursos lúdicos e pessoais. 2.2.3 A inclusão dos membros familiares. 2.2.4 A realização do acolhimento espiritual em parcerias. 2.2.5 Busca seguir um método.
	1.3 Acolhendo diante das diferentes religiões e crenças.	2.3.1 "Ser neutro" em relação às crenças do paciente e as suas próprias crenças. 2.3.2 Diante de distintas crenças é necessário a comunicação inter-religiosa. 2.3.3 Pode ocorrer divergências quando o capelão tem uma religião distinta do paciente e dos cuidadores/familiares.
	2.4 Estratégias frente à ausência e/ou ao esgotamento das crenças.	2.4.1 O capelão utiliza a própria história para uma nova conexão. 2.4.2 Motiva utilizando a história de vida do paciente. 2.4.3 Compartilha conhecimentos e ensinamentos da Bíblia. 2.4.4 O capelão ora pedindo que o paciente volte a ter fé (relação dele com Deus).

4.2.3.3 Categoria 02: Facilitadores, dificultadores e dilemas éticos da prática do capelão no contexto hospitalar

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
3 Facilitadores, dificultadores e dilemas éticos da prática do capelão no contexto hospitalar.	3.1 Atravessamentos que dificultam a prática da capelania.	3.1.1 Práticas inadequadas e/ou preconceituosas. 3.1.2 Reduzir a capelania apenas à religião. 3.1.3 Poucos capelães contratados e voluntários. 3.1.4 Inadequação das formações e desinformação do serviço de capelania. 3.1.5 Quando o paciente, familiares e os cuidadores não são religiosos ou têm crenças distintas. 3.1.6 Quando o paciente não interage e não existe conexão com o capelão.

	3.2 Situações facilitadoras para a realização do acolhimento espiritual.	3.2.1 Quando o paciente é comunicativo e tem fé. 3.2.2 A formação que capacita os capelães. 3.2.3 A utilização de diferentes recursos e estratégias. 3.2.4 A cosmovisão do capelão. 3.2.5 A necessidade e a gravidade da doença facilitam a prática da capelania. 3.2.6 Quando existe o apoio e a valorização da capelania pelos profissionais da saúde e o hospital. 3.2.7 As famílias facilitam o acolhimento espiritual. 3.2.8 Quando ocorre a solicitação do acolhimento.
	3.3 Dilemas éticos na prática da capelania.	3.3.1 Quando se depara com situações e valores distintos dos seus. 3.3.2 Divergências de opinião entre o capelão e os demais profissionais. 3.3.3 Presenciar condutas antiéticas de profissionais, inclusive, de outros capelães.

4.2.4 Dimensão 04: A trama relacional e os atravessamentos da pandemia no acolhimento espiritual.

Esta dimensão é composta pela parte relacional do exercício da capelania, em que é apresentada a percepção do capelão sobre os pacientes, familiares e profissionais da saúde. Além disso, essa dimensão congrega os atravessamentos da pandemia, ao evidenciar os agravos e as intercorrências da Covid-19 sobre os usuários do hospital assim como as estratégias de adaptação do exercício da capelania frente a esta nova realidade.

4.2.4.1 Categoria 01: A dimensão relacional do exercício da capelania

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1 A dimensão relacional do exercício da capelania.	1.1 O olhar do capelão sobre os pacientes.	1.1.1. A maioria dos pacientes deseja e é receptiva ao acolhimento espiritual. 1.1.2 Alguns pacientes são resistentes, questionam a religião do capelão e fazem transferências pessoais. 1.1.3 A maioria dos pacientes conversavam mais sobre a vida fora do hospital do que sobre a doença. 1.1.4 Pacientes que recebem acolhimento espiritual aceitam melhor o diagnóstico e prognóstico.

		1.1.5 Os pacientes ressignificam a religiosidade diante da doença. 1.1.6 Os pacientes não solicitam acolhimento quando estão bravos e revoltosos, e quando assim o fazem, querem barganhar com Deus.
	1.2 Olhar do capelão sobre os familiares.	1.2.1 Existem familiares que são receptivos, e outros não, ao acolhimento espiritual. 1.2.2 Os familiares influenciam no acolhimento espiritual e na religião do paciente. 1.2.3 Alguns familiares buscam a capelania como estratégia de conversão do paciente não religioso. 1.2.4 Os familiares necessitam de acolhimento espiritual e são os que mais solicitam a acolhimento espiritual.
	1.3 Olhar do capelão sobre os profissionais da saúde.	1.3.1 Os profissionais oferecem e solicitam acolhimento espiritual. 1.3.2 Os profissionais são receptivos à religiosidade e desejam acolhimento espiritual. 1.3.4 Os profissionais são influenciados pelo posicionamento do hospital perante a capelania. 1.3.5 Alguns profissionais compreendem os capelães como parte constituinte da equipe, enquanto outros são mais resistentes.

4.2.4.2 Categoria 02: Atravessamentos da pandemia sobre a capelania no contexto hospital

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
2 Atravessamentos da pandemia sobre a capelania no contexto hospitalar.	2.1 Agravos da pandemia percebidos pelos capelães.	2.1.1 As pessoas ficaram com mais medo, ansiosas e solitárias. 2.1.2 As mortes deixaram as pessoas mais céticas, carentes e sensíveis. 2.1.3 Questionamentos em relação à R/E. 2.1.4 Diminuição dos capelães e temor diante da pandemia. 2.1.5 Funções da capelania interrompidas.
	2.2 Intercorrências nos pacientes, familiares, profissionais e no exercício da capelania.	2.2.1 Pacientes, familiares e profissionais se aproximaram de Deus. 2.2.2 Os profissionais e o hospital passaram a reconhecer mais a capelania. 2.2.3 A ausência da família deixou os pacientes mais receptivos e necessitados de acolhimento espiritual.

		2.2.4 Os familiares foram acalentados pela capelania quando não podiam visitar seus entes queridos. 2.2.5 Intensificação do trabalho em rede.
	2.3 Estratégias de adaptação à pandemia.	2.3.1 Acolhimento espiritual a distância. 2.3.2 Acolhimento espiritual aos familiares fora do contexto hospital. 2. 3.4 Os acolhimentos foram dedicados aos profissionais da saúde.

Este capítulo congregou os dados oriundos das transcrições das entrevistas em profundidade. Junto a esses, os registros no diário de campo permitiram à pesquisadora a integralização dos dados. A partir desta tessitura, foram elaborados os resultados da pesquisa, em forma de artigo científico, os quais serão apresentados na sequência.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EM FORMATO DE ARTIGOS

Como supracitado, cada dimensão de dados empíricos deu origem a um artigo específico, atendendo aos objetivos desta tese. Assim, serão apresentados na sequência: o artigo oriundo da revisão integrativa (Artigo 1) e os artigos originados das três dimensões de dados (Artigos 2 e 3).

5.1 ESTUDO TEÓRICO: Religiosidade e espiritualidade nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas: Uma revisão integrativa.

Religiosidade e Espiritualidade nas perspectivas dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas: uma revisão integrativa.

Religiosity and pirituality from the perspective of health professionals in the context of chronic diseases: an integrative review.²

RESUMO

A religiosidade e a espiritualidade exercem significativa influência no tratamento das doenças crônicas. Na busca do protagonismo das equipes da saúde frente ao tema, foi realizada uma revisão integrativa, visando caracterizar as perspectivas dos profissionais sobre religiosidade e espiritualidade nos processos de tratamento das doenças crônicas no contexto terciário. Foram pesquisadas quatro bases de dados e, após a aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados treze artigos. O *software Atlas ti 22.0.1.* foi utilizado para a organização e a análise de conteúdo dos dados coletados. Configuraram-se três categorias principais de análise: 1) Formação, Abordagem Profissional e Experiência, 2) Necessidades R/E e Existenciais, e 3) Doença crônica e Morte no contexto hospitalar. Constatou-se o reconhecimento da importância da religiosidade/ espiritualidade (R/E) na prática dos profissionais e na vida pessoal, por se sentirem mais preparados para lidarem com a morte do que com o cuidado espiritual. Observou-se também a marginalização das necessidades

² Artigo submetido, aprovado e publicado pela *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. Qualis Capes (2017-2020): A3.* Sombrio Cardoso, A., Leontina Ojeda Ocampo Moré, C. ., & Mayara Péres, G. (2024). RELIGIOSIDADE E P-1908 DA SAÚDE NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas E Tecnologia*, 11(4), 3260–3270. <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e3.a2023.pp3260-3270>

espirituais no cuidado integral do paciente e a formação profissional inadequada ou inexistente, as quais dificultam viabilizar ações relacionadas ao cuidado espiritual do paciente e família. Assim, almeja-se por maior integração da dimensão espiritual no contexto das ações de saúde.

Palavras chaves: Religião; Doença; Práticas em saúde.

ABSTRACT

Religiosity and spirituality have a significant influence on the treatment of chronic diseases. In the quest for the health teams to play a leading role on the subject, an integrative review was carried out, aiming to characterize the professionals' perspective on religiosity and spirituality in the processes of treating chronic diseases in the tertiary context. Four databases were searched and, after applying the inclusion and exclusion criteria, thirteen articles were selected. *Atlas ti software 22.0.1.* was used for the organization and content analysis of the collected data. Three main categories of analysis were configured: 1) Training, Professional Approach and Experience, 2) R/S and Existential Needs, and 3) Chronic Illness and Death in the hospital context. There was recognition of the importance of religiosity/spirituality (R/S) in the professionals' practice and in their personal lives, as they felt more prepared to deal with death than with spiritual care. It was also observed the marginalization of spiritual needs in comprehensive patient care and inadequate or non-existent professional training, which make it difficult to implement actions related to the spiritual care of patients and families. Thus, greater integration of the spiritual dimension in the context of health actions is advocated.

Keywords: Religion; Illness; Health practices.

INTRODUÇÃO

O reconhecimento da espiritualidade como elemento constitutivo da saúde, cabe apontar a necessária definição e compreensão dos termos: espiritualidade e religião. Indo ao encontro disso, Chandramohan e Bhagwan (2016, p. 2) definem a espiritualidade como algo que diz respeito “às nossas crenças sobre nosso lugar neste mundo e busca significado e propósito em nossas vidas”. Por sua vez, a religião está correlacionada às instituições religiosas/igrejas, existindo várias comunidades de fé (BEST *et al.*, 2016). Assim, pode-se

afirmar que a espiritualidade é uma conexão pessoal com o transcendente, enquanto a religião é a incorporação de valores doutrinários que regem uma comunidade (KOENIG *et al.*, 2017).

O cuidado espiritual torna-se evidente, principalmente, no contexto das doenças crônicas as quais, segundo Rolland (2016), se caracterizam por condições incapacitantes, progressivas e duradouras e apresentam prognóstico incerto e restritas possibilidades terapêuticas, o que geralmente limita a vida do paciente. É no percurso da doença e nas suas incertezas na evolução e/ou no desfecho final, que emergem as necessidades existenciais e/ou espirituais. Isso implica, no cotidiano da prática do profissional da saúde, o desafio que vai além do gerenciamento da doença. No cuidado espiritual, o profissional da saúde necessitaria priorizar o cuidado da pessoa em si, a parte da perspectiva integral da saúde. Para que isso aconteça, é necessário acolhimento e aceitação, sem preconceitos e/ou julgamentos, ao possibilitar um espaço privado e privilegiado de comunicação, no qual o paciente e a família participem das decisões em cuidados em saúde (CHANDRAMOHAN & BHAGWAN, 2016; MENEZES *et al.*, 2015).

Pargament (2011) e Best *et al.* (2016) evidenciam que nos cuidados espirituais os profissionais da saúde respeitem as crenças, ao demonstrar empatia e facilitar possíveis demonstrações R/E do paciente e da sua família. Neste sentido, seria adequado no exercício profissional, estar atento às necessidades R/E para realização de atendimento biopsicossocial e espiritual de forma integrada (THIENGO *et al.*, 2019).

Ao reconhecer a necessidade dos cuidados espirituais aos pacientes e seus familiares, assim como as possíveis dificuldades dos profissionais da saúde, desenvolveu-se esta revisão integrativa cujo objetivo foi o de caracterizar as perspectivas dos profissionais da saúde sobre R/E nos processos de tratamento das doenças crônicas e no contexto terciário. Este estudo mostra-se relevante por visibilizar a R/E como elemento constitutivo do ser humano, o qual exerce influência significativa sobre os processos de saúde/ doença. De igual modo, com essa

revisão, pretende-se refletir e instigar subsídios para sustentar práticas de acolhimento, escuta e intervenção na perspectiva das ações integradas em saúde junto aos pacientes e familiares.

Método

Nesta pesquisa foi desenvolvida uma revisão integrativa que consiste na construção de uma análise de pesquisas que possibilitam a síntese de conhecimentos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O estudo começou com a verificação na plataforma de terminologia do BVS-PSI (Biblioteca virtual em Saúde - Psicologia Brasil), a partir da qual foram definidos os descritores que melhor se aproximavam do objetivo proposto. Assim, os descritores utilizados foram: (*spiritual* OR religi**) AND (“*chronic disease**”) AND (*hospital OR infirmary*) AND (“*health professional*” OR *doctor OR nurse OR psychologist*). Entre os termos foram utilizados operadores *booleanos AND* e *OR*, além de símbolos de truncamento e *strings*.

Cabe mencionar que, no presente estudo, utilizou-se os termos “religiosidade” e “espiritualidade” em contração (R/E), mesmo com a clara compreensão da distinção dos conceitos. Isso foi adotado visto que não houve a distinção dos termos nos artigos selecionados para a revisão, assim como não se tem a informação se os participantes destes estudos tinham o conhecimento das diferentes conceituações.

A procura e o refinamento dos descritores foram realizados pela pesquisadora proponente e pesquisadores experientes em revisão integrativa, que auxiliaram os consensos sobre os descritores e as bases de dados utilizadas. Os *sites* de busca foram escolhidos porque continham maior abrangência de publicações nas áreas da pesquisa, sendo elas: saúde e “Psicologia”. As bases escolhidas foram: 1) *SciVerse Scopus*, 2) *Web of Science*, 3) *Pubmed* e, 4) *Psycinfo*.

Em relação aos critérios de elegibilidade, foram incluídos artigos publicados nos últimos 05 anos (de 2017 até dezembro de 2022) e nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão foram: 1) artigos, aos quais os participantes são os profissionais da saúde, e 2) estudos desenvolvidos em contexto hospitalar. Já os critérios de exclusão foram: 1) artigos repetidos, 2) pesquisas não indexadas, 3) estudos que não respondam ao escopo da pesquisa, 4) resultados de validação de escalas e inventários sobre R/E, 5) artigos de revisões de literatura, e 6) estudos que os profissionais da saúde sejam os participantes na condição de paciente. As buscas aconteceram nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2022. O processo de organização dos dados coletados foi realizado por meio do *software Atlas.ti 22* versão *desktop*.

RESULTADOS

Por meio da estratégia de busca eletrônica e aplicabilidade dos critérios de inclusão, foram encontrados 1782 estudos. Após avaliação dos títulos e resumos, 33 foram identificados para análise completa de texto. Desses, 13 artigos foram selecionados para a construção da revisão integrativa (Figura 1).

Figura 01. Fluxograma síntese da estratégia de busca por estudos

Identificação	Total de estudos identificados em: <i>Scopus</i> (n= 3953) <i>Psycinfo</i> (n= 10) <i>Pubmed</i> (n= 222) <i>Scopus</i> (n= 37)	4222 Estudos Identificados
Aplicação de Critérios	Total de estudos identificados em: <i>Scopus</i> (n= 1695) <i>Psycinfo</i> (n= 02) <i>Pubmed</i> (n= 69) <i>Scopus</i> (n= 16)	1782 Artigos selecionados 2440 Estudos excluídos
Triagem	Total de triados para avaliação dos títulos e resumo (n= 1782)	1749 Estudos excluídos
Elegibilidade	Artigos de textos completos avaliados para elegibilidade (n= 33)	20 Estudos excluídos
Incluído	Artigos incluídos para revisão integrativa (n= 13)	

Quadro 01. Síntese dos principais aspectos abordados nos artigos

Autor e ano	Objetivo	Metodologia	Participantes
Borges et al., 2022 Brasil	Conhecer as concepções e as percepções dos profissionais da saúde no Brasil sobre religião e espiritualidade.	Estudo qualitativo com perspectiva fenomenológica.	26 Profissionais da saúde (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais)
Aghaei et al., 2021 Irã	Explorar a percepção dos prestadores de cuidados sobre a oferta de cuidados centrados em pacientes com câncer.	Estudo qualitativo.	14 Profissionais: 8 Enfermeiros, 2 Médicos, 2 Psicólogos, e

			2 Assistentes Sociais
El Jawiche et al., 2020 Líbano	Avaliar as percepções e as práticas de intensivistas no Líbano junto com a opinião de líderes médicos, jurídicos e religiosos sobre a suspensão de tratamentos de manutenção da vida em UTI's.	Estudo quantitativo.	83 Médicos intensivistas
Jönsson et al., 2020 Israel	Descrever as percepções dos profissionais da saúde sobre o papel da cultura no autocuidado e como essas moldam suas experiências e suas práticas.	Estudo qualitativo.	12 Profissionais da Saúde (Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas).
Vatandost et al., 2020 Irã	Compreender os desafios dos enfermeiros do sexo masculino no atendimento de pacientes do sexo feminino no Irã.	Estudo qualitativo descritivo.	20 Enfermeiros.
dos Anjos et al., 2020 Gana	Descrever o conhecimento dos médicos de um ambulatório de oncologia de um hospital-escola sobre os cuidados paliativos, e definir o papel da religião no atendimento médico de pacientes.	Estudo qualitativo, transversal, descritivo e observacional.	31 Médicos
Gafaar et al., 2020 Tanzânia	Avaliar as percepções de pacientes, familiares e profissionais da saúde sobre a qualidade da morte e como preparar antecipadamente para o fim da vida em Moshi, Tanzânia.	O método qualitativo Ground Theory.	29 Profissionais: 14 Médicos e 15 Enfermeiros.
Buck et al., 2020 Brasil	Analisar os saberes e as práticas de enfermeiros assistentes sobre cuidados paliativos às crianças com doenças crônicas, à luz da teoria do cuidado humano.	Estudo qualitativo.	12 Enfermeiras
Andersen et al., 2020 Dinamarca	Analisar como os médicos vivenciam e abordam as necessidades existenciais, religiosas e espirituais dos pacientes.	Estudo qualitativo de análise fenomenológica interpretativa.	8 Médicos.
Mogre et al., 2019 Gana	Explorar as perspectivas dos pacientes e dos profissionais da saúde sobre as barreiras dos pacientes para o desempenho de comportamentos de autocuidado diabético em Gana.	Método qualitativo e comparativo de análise de dados.	14 Profissionais da Saúde (Médicos, Enfermeiros e Nutricionistas)
Superdock et al., 2018 EUA	Esclarecer a influência da religiosidade e da espiritualidade sobre a tomada de decisão de pais	Estudo longitudinal, qualitativo e descritivo.	108 Profissionais da Saúde (Médicos e Enfermeiros)

	e explorar como os profissionais da saúde interagem com os pais.		
Arrieira et al., 2018 Brasil	Compreender a vivência da espiritualidade no cotidiano de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.	Estudo qualitativo fenomenológico	06 Profissionais de Saúde
Toker & Çınar, 2018 Turquia	Determinar as percepções dos profissionais da saúde sobre espiritualidade e cuidado espiritual.	Estudo quantitativo	197 Profissionais de Saúde.

Considerando o quadro acima, observou-se o predomínio dos estudos qualitativos, com a utilização de entrevistas individuais e em grupos focais. No que fiz respeito aos participantes dos estudos, identificou-se o predomínio de médicos, sendo que foi a única categoria profissional participante de todos os estudos; seguidos dos enfermeiros, sendo que estes, em dois grupos de participantes, foram as vozes que tiveram maior representatividade nos artigos selecionados, em detrimento dos demais componentes da equipe de saúde. Ainda destaca-se que quatro artigos também apresentaram narrativas para além dos profissionais da saúde. Desta feita, os estudos de El Jawiche *et al.* (2020), Gafaar *et al.* (2020), Mogre *et al.* (2019) e Superdock *et al.* (2018) foram utilizados, pois tinham definidos e clarificados os resultados de cada grupo em específico, viabilizando a utilização desses achados. As outras narrativas acrescidas aos profissionais foram sobre usuários, familiares e religiosos.

A seguir, serão apresentadas três categorias com suas respectivas subcategorias, as quais emergiram após análise de conteúdo e utilizando a técnica de codificação proposto teoria fundamentada nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Artmed. A primeira delas foi denominada de Formação, Abordagem Profissional e Experiência, a segunda, de Necessidades R/E e Existenciais, e a terceira, de Doença crônica e Morte no contexto hospitalar.

No tocante à primeira, intitulada de **Formação, Abordagem Profissional e Experiência**, congrega a abordagem profissional, as experiências e os recursos de formação. Esta categoria é constituída por duas subcategorias apresentadas em continuação.

1) Formação sobre R/E é inexistente ou inadequada: No que diz respeito à formação para a abordagem espiritual, estudo de Arrieira *et al.* (2018) aponta como inexistente ou inadequada, e isso, faz com que a R/E seja negada por falta de habilidade dos profissionais. A falta de formação não impede que os profissionais da saúde reconheçam a importância da R/E, porém eles se sentem desqualificados para oferecer orientação neste domínio (SUPERDOCK *et al.*, 2018). O estudo de Toker e Çınar (2018) traz informações pertinentes sobre tal formação; segundo esse, 45,7% dos profissionais receberam educação sobre espiritualidade, sendo que 64,4% desses a consideraram inadequada. Além disso, 41,1% buscaram formação por conta própria e/ou na sua instituição religiosa.

Os dados descritos apresentam um despreparo para necessidades existenciais e R/E. Segundo Andersen *et al.* (2020), a maioria das formações são decorrentes de modelo biomédico tradicional. Esta abordagem foca na prestação do cuidado ao invés do relacionamento de confiança, e se sustenta num estilo de tratamento em que o médico busca soluções objetivas e medidas corretivas aos problemas do paciente, o que não é condizente com necessidades existenciais e R/E.

O estudo citado ainda descreve que a abordagem biomédica tradicional acentua a cisão entre ciência e religiosidade, como evidenciado pelos participantes médicos que acreditam que, ao escutar as necessidades R/E dos pacientes e seus familiares, estarão deixando de fazer ciência (ANDERSEN *et al.*, 2020). A falta de informação é, justamente, uma das consequências da inexistência ou da inadequação das formações. Os estudos acadêmicos, bem como os treinamentos, deveriam contemplar as necessidades que são dos profissionais, mas também dos pacientes e dos familiares. Até porque a formação é decisiva em como o profissional abordará a R/E (ANDERSEN *et al.*, 2020). Os poucos médicos que se mostram abertos e capazes de lidar com necessidades existenciais e R/E, fazem por interesse pessoal e treinamento adicional (ANDERSEN *et al.*, 2020).

2) Reconhecimento da importância da R/E na vida do paciente, dos familiares e na sua vida

peçoal: Esta subcategoria evidencia que o reconhecimento da R/E como crença, significado e propósito torna-se adequado e necessário aos profissionais, haja vista que a valoração da dimensão do cuidado espiritual pode ser contributiva a promoção da qualidade de vida dos pacientes e familiares (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Em complementaridade, Jönsson *et al.* (2020) descrevem que a religião e a cultura permeiam as facetas do autocuidado, e essas interferem diretamente em como o paciente realizará o tratamento.

Estas informações estão em conformidade com El Jawiche *et al.* (2020). Segundo estas autoras, as crenças R/E são elementos significativos no processo de saúde/doença; particularmente, relevantes em contextos, nos quais a religiosidade seja fortemente intrínseca ou presente em devotos fervorosos. Ainda cabe destacar que a significância das crenças, intensificada pela cultura, pode ser positiva ou negativa, por exemplo, na compreensão da diabetes associada às questões espirituais, em estudo realizado por Mogre *et al.* (2019) ou nas influências da R/E na retenção ou na retirada dos suportes de sustentação a vida, como demonstra a pesquisa realizada por El Jawiche *et al.* (2020).

A aglutinação entre cultura e religião, também é ressaltada em Jönsson *et al.*, (2020), ao descreverem que diferentes origens entre pacientes e profissionais podem ocasionar desvantagens e barreiras linguísticas. A pesquisa evidencia a dificuldade de alguns pacientes, a depender da sua comunidade de fé, em aceitar tratamento de profissionais da saúde que são mulheres. Isso corrobora com o apontado por Vatandost *et al.* (2020), ao identificarem que muitas mulheres, no Irã, não se sentiam à vontade quando eram tratadas por enfermeiros homens. A pesquisa igualmente revela que os profissionais não se sentem à vontade com esta situação, e que muitos têm medo que sua conduta profissional seja mal interpretada pelas pacientes, pelos familiares e pelos colegas. Por sua vez, há consenso nos dados analisados em torno da importância da influência significativa das crenças nos pacientes e familiares. Os

profissionais reconhecem isso, inclusive como atravessadores da sua prática profissional (TOKER & ÇINAR, 2018).

Além disso, a R/E do profissional exerce influência no tratamento e nos cuidados oferecidos, quando o profissional tem alguma crença religiosa torna-se mais sensíveis às necessidades do paciente. Ou seja, a crença do profissional é determinante em como esse cuidará do paciente e familiares (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Em complementaridade, Anjos *et al.* (2020) descreve que médicos que declaram ausência de religião se mostram mais propensos a tratamentos invasivos em comparação aos médicos devotos de alguma religião. Outro elemento que apresenta significância no reconhecimento da R/E, é a idade, profissionais mais velhos e experientes se mostram mais conscientes sobre as necessidades dos cuidados espirituais (TOKER & ÇINAR, 2018). A influência da R/E sobre o profissional é evidenciada, em Superdock *et al.* (2018), ao descrever que participantes que presenciaram experiências de milagre ficaram relutantes acerca da “previsão do futuro” e se cautelosos ao comunicar o prognóstico.

A segunda categoria, **Necessidades R/E e Existenciais**, é composta por duas subcategorias que serão apresentadas em continuação.

2.1) O desafio profissional/pessoal frente à necessidade R/E e existencial do paciente e familiares: Os desafios diante da integração das necessidades R/E e existenciais aos cuidados em saúde, segundo Arrieira *et al.* (2018), expressam as dificuldades na realização do cuidado espiritual. Isso acontece, geralmente, não pela falta de reconhecimento da importância da R/E, mas pela ausência ou lacuna de conhecimento em como viabilizar esse. O desafio da integração foi evidenciado em Andersen *et al.* (2020), sendo que esta dificuldade não se diferencia conforme a especialidade médica. Além disso, Arrieira *et al.* (2018) descrevem que as dificuldades e os desafios são acentuadas pelos possíveis desconfortos dos profissionais em abordar o tema.

Os empecilhos na prestação dos cuidados espirituais está atrelada a algumas faltas: a falta de tempo, de colaboradores, de conhecimento e de oportunidade (TOKER & ÇINAR, 2018). Tais dificuldades são reconhecidas pelos profissionais: 52,8% admitiram que não conseguiram atender às necessidades, e 31,4% afirmaram que ofereceram apoio psicológico na tentativa de oferecer cuidado espiritual. Ou seja, existem atravessamentos na prática dos profissionais em oferecer este tipo de cuidado, sendo que, muitas vezes, esse é ofertado de forma não assertiva (TOKER & ÇINAR, 2018).

Os empecilhos no acolhimento das necessidades R/E e existenciais dos pacientes e famílias são influenciadas pelas experiências e pelos interesses pessoais dos médicos (ANDERSEN *et al.*, 2020). Esses, são atravessados pela disponibilidade do profissional em querer conhecer a R/E e os seus reflexos nos indivíduos, assim como buscar identificar as estratégias de enfrentamento utilizados pelos pacientes e familiares (TOKER & ÇINAR, 2018). Estas dificuldades, segundo os autores mencionados, é devido à falta de informação e manejo em cuidado espiritual.

A importância da valorização da R/E pelos profissionais pode ser uma forma, não apenas de respeitar as singularidades do paciente, mas de ajudá-lo a se sentir valorizado e respeitado (AGHAEI; VANAKI; MOHAMMADI, 2021). Segundo Aghaei *et al.* (2021), quando o paciente reconhece que sua R/E está sendo ouvida atentamente pelo profissional, isso já é suficiente para induzir um sentimento de dignidade. Além disso, o reconhecimento da importância da R/E, assim como, do ouvir com atenção as crenças do paciente e dos seus familiares, pode ser uma maneira de contemplar as distintas religiões e crenças (AGHAEI; VANAKI; MOHAMMADI, 2021). Outra possibilidade, diante do desafio profissional em face das necessidades, é o envolvimento do capelão. Os profissionais descrevem atributos positivos para os cuidados pastorais quando a família é religiosa ou quando o paciente está em estado crítico (SUPERDOCK *et al.*, 2018). Ainda torna-se adequado evidenciar o estudo de Andersen

et al. (2020) que traz uma distinção entre necessidades existenciais e R/E, ao referir-se que os médicos estão mais disponíveis a enfrentar o desafio existencial, inclusive questões relacionadas à morte, do que a atender as necessidades R/E.

No que diz respeito à segunda subcategoria, **2.2) *Marginalização das necessidades R/E acontecem por serem consideradas pessoais***; os médicos, que foram os participantes do estudo de Andersen *et al.* (2020), descrevem que são receosos em lidar com as necessidades R/E e abordá-las diretamente por considerá-las como questões particulares. Eles usam palavras como: “embaraçosas”, “pessoais” e “sagradas”. Ademais, os médicos acreditam que os pacientes e os familiares achariam estranho se fossem perguntados sobre estas necessidades. Essa compreensão faz com que os médicos não abordem as questões ativamente, mas respeitem se os pacientes tiverem as necessidades atendidas em outro lugar. Esta realidade pode ser intensificada quando o médico é especialista, pois ele passa a ser dominante, evidenciando uma assimetria implícita, no qual ele tenta cumprir uma missão: convencer o paciente a aceitar o tratamento (ANDERSEN *et al.*, 2020).

Os médicos reconhecem que as necessidades R/E e existenciais exercem influência significativa sobre os processos de saúde/doença, inclusive como atravessadores em sua prática. Entretanto, nas perspectivas deles, os pacientes não expressam desejo de abordar a R/E, salvo em casos bem específicos (ANDERSEN *et al.*, 2020). O antagonismo da situação seria amenizado se houvesse mais diálogo, seja entre a equipe, seja com os pacientes e familiares. Todavia, a abertura para o diálogo sobre a R/E, muitas vezes, é compreendida como demanda ou fardo extra, sendo um acréscimo ao encontro que já é pressionado pelo o tempo (ANDERSEN *et al.*, 2020). A importância do diálogo pode ser mais urgente diante das incapacitações das doenças crônicas ou perante a possibilidade de morte.

A terceira categoria: **Doença crônica e Morte no contexto Hospitalar**, apresenta o cuidado espiritual como recurso importante nos processos de saúde/doença e discute sobre a

experiência de morte e a presença do líder religioso. Esta categoria é composta por duas categorias em continuação. **3.1) *Cuidado espiritual como um recurso para aliviar o sofrimento da doença crônica:*** Os profissionais participantes de estudo de Buck *et al.* (2020) reconhecem e elucidam a necessidade e a importância do cuidado espiritual, associando-o a benevolência e como sinônimo de cuidado paliativista. Entretanto, eles não definiram a quem deve ser ofertado, por que deve ser oferecido ou como deve ser realizado. Esta mesma dificuldade de definição e confusão também foi evidenciada em Borges *et al.* (2022): os participantes descrevem que têm atitudes neutras, reforçadoras, reflexivas, conciliatórias, persuasivas e repressivas em relação à oferta de cuidados espirituais nas doenças crônicas. Na tentativa de amenizar estas dificuldades, Arrieira *et al.* (2018) sugere a construção de uma anamnese espiritual, na qual os profissionais possam, por meio de uma coleta de informações, conhecer as crenças e, assim, proporcionar um ambiente que respeite e possibilite a R/E.

*No que diz respeito a segunda subcategoria: 3.2) *A experiência de morte e a importância do líder religioso:** A R/E pode promover barganha e aceitação diante dos agravos em saúde e da terminalidade, seja para os profissionais, seja para os pacientes e familiares (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Os trabalhadores em saúde observam que ter um bom relacionamento com Deus é importante para o enfrentamento da doença, além de ser um elemento significativo para a aceitação da terminalidade (GAFAAR *et al.*, 2020). Estes autores ainda elucidam o termo “boa morte”, e enfatizam a relevância dos líderes religiosos e da igreja, visto que eles podem contribuir ao oferecer oração, visitas e conselhos, na tentativa de amenizar os medos e os sofrimentos decorrentes do tratamento e/ou na preparação para a “boa morte”. Eles destacam que a crença na vida após a morte pode ser considerada um indicativo positivo no alívio dos medos e das preocupações decorrentes do processo saúde/doença, sendo associada a uma “boa morte” (GAFAAR *et al.*, 2020).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados neste artigo, que incluem pesquisas publicadas em 2017 a 2022, a formação acadêmica para a R/E, assim como os treinamentos adicionais nos contextos terciários, são inexistentes ou inadequados. Isso está em consonância com a revisão integrativa, desenvolvida por Thiengo *et al.* (2019), que pesquisou publicações entre 2011 e 2016, buscando caracterizar as relações entre saúde e R/E. Neste estudo, os autores descreveram que os profissionais eram hesitantes e tinham pouca confiança para abordar a R/E, devido à falta de inclusão desta temática durante o processo de formação acadêmica.

Ainda de acordo com os resultados, a falta ou a inadequação da formação acentua a cisão entre ciência e religiosidade, o que gera compreensões equivocadas e preconceituosas sobre a R/E, e invisibilizar a importância desses nos processos de saúde/doença. Isso também coaduna-se com Thiengo *et al.* (2019) e Pargament (2011), ao apontarem que a falta de treinamento e de habilidade para identificar as demandas do paciente e dos familiares impelem a negação e a rejeição da dimensão espiritual, em detrimento de um atendimento integral que melhor responda às necessidades do paciente e da família.

Apesar da lacuna na formação acadêmica, os profissionais da saúde, ancorados principalmente em crenças pessoais, reconhecem a influência da R/E, seja ela positiva ou negativa, nos processos de saúde/doença, no autocuidado e na adesão ou não ao tratamento. Esses resultados vão ao encontro da revisão de Faria e Seidl (2005), ao descreverem que a R/E constitui ajuda ou obstáculo no alcance de melhores resultados adaptativos nos processos de enfrentamento. Por isso, os autores sugerem que os profissionais façam uma investigação cuidadosa junto aos pacientes e familiares, a fim de reconhecer as influências da R/E, visando facilitar os processos de enfrentamento (FARIA & SEIDL, 2005; MENEZES *et al.*, 2015).

Contudo, os resultados evidenciam que os profissionais da saúde têm muitas dificuldades em realizar quaisquer ações em cuidados espirituais, pois, a falta de conhecimento

reforça o desafio profissional, sendo que esse pode ser intensificado por aspectos pessoais. Segundo Koenig *et al.* (2017), a falta de formação juntamente com o desconforto do profissional são responsáveis pelas principais dificuldades dos trabalhadores na escuta, no reconhecimento e no atendimento das necessidades espirituais dos pacientes e familiares. Embora os profissionais da saúde reconheçam a importância diante do desafio e da dificuldade, eles ignoram, de certa forma, as repercussões da R/E nos processos de saúde/doença (KOENIG *et al.*, 2017).

Por sua vez, cabe sinalizar os resultados apresentados por Best *et al.* (2016) ao descreverem que pacientes entendem como adequado e apropriado que os médicos abordem a R/E em alguns casos; alegando, inclusive, que isso fortaleceria a relação e proporcionaria um atendimento personalizado, principalmente no trato das doenças crônicas. Isso vai ao encontro da necessidade de uma reconciliação com as condições fundamentais da vida, frente ao sofrimento presente nos processos das doenças crônicas, o que tende a gerar sentimento de injustiça e tristeza que são decorrentes da vida alterada. Sentimentos esses que seriam amenizados com o cuidado espiritual (ROLLAND, 2016).

Os resultados dos estudos também apontaram que os profissionais reconhecem a importância dos cuidados espirituais, entretanto, não sabem a quem deve ser ofertado ou como deve ser oferecido, evidenciando um antagonismo entre o reconhecimento e a viabilidade deste tipo de cuidado. Na tentativa de clarificar algumas ações em cuidado espiritual, é interessante mencionar o estudo de Chandramohan & Bhagwan (2016), os quais sugerem possíveis intervenções: 1) Estar com o paciente e seus familiares em suas vivências de dor, sofrimento e necessidade, e 2) Ouvir os pacientes e familiares permitindo que esses compartilhem suas emoções.

Outra ação possível – destacada nos resultados – é a abertura para a presença do líder religioso. O líder religioso seria capaz de amenizar e/ou de ressignificar a experiência de morte

para o profissional, o paciente e a família. Em complementariedade, Pargament (2011) aponta que os cuidadores informais que são visitados por líderes religiosos da mesma comunidade de fé, perto do final da vida dos entes queridos, ficam mais propensos a avaliar positivamente a experiência da morte.

Ainda cabe destacar que os resultados evidenciaram algumas ações em cuidados espiritual, porém de forma tímida e inexpressiva, ignorando ações relativamente simples como a descrição das necessidades espirituais do paciente nos prontuários médicos, assim como o encaminhamento ao capelão. O último foi sugerido só em um artigo desta revisão (SUPERDOCK et al., 2018). Os resultados corroboram, em certa medida, com a pesquisa de Koeing *et al.* (2017), ao descreverem que 76,3% dos médicos relataram que as necessidades espirituais dos pacientes deveriam ser descritas nos prontuários médicos. Já 91,2% dos médicos relatam que os pacientes com necessidades R/E deveriam ser encaminhados ao capelão. Ou seja, parece existir uma lacuna entre o que se deveria fazer e o que, efetivamente, se faz quanto a temática é a R/E nos processos de saúde/doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas ressaltam a importância da R/E nos processos de saúde/doença, sendo essa reconhecida pelos profissionais da saúde como um atravessador significativo no tratamento das doenças crônicas. Os desafios na integração dos cuidados espirituais aos processos de tratamento em saúde evidenciam mais as dificuldades dos profissionais em desconstruir/ressignificar o modelo biomédico tradicional do que as necessidades específicas do paciente e dos familiares. As dificuldades são tão expressivas que os profissionais descrevem que estão mais preparados para lidar com a morte do que a R/E. Isso evidencia a falta de formação e de treinamento continuado em cuidado espiritual.

Os profissionais da saúde atribuem conotações positivas ao cuidado espiritual. Entretanto, o fato de associarem este cuidado à benevolência expressa a ideia de caridade. Esta

compreensão distorce, em certa medida, o objetivo do cuidado espiritual, pois como a R/E é constituinte reconhecido no campo da saúde, não pode ser espécie de “favor” ou diferencial no cuidado. Considera-se que, visibilizar diálogos e ações em cuidados espirituais, visibilizaria a temática e amenizaria os desconfortos dos profissionais. Poderia, inclusive, ser um recurso acalentador para ressignificar o trabalho e os possíveis dilemas profissionais/pessoais, assim como, ser uma possível estratégia para trabalhar com doenças graves e a terminalidade, os quais são aspectos que permeiam o contexto hospitalar.

Por fim, identificou-se o predomínio de determinadas vozes que compuseram esta revisão, por isso, almeja-se pela presença dos demais integrantes que constituem a equipe de saúde, entre eles: nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e capelães. Essa revisão integrativa ressalta a complexidade da temática, que não se esgota no presente estudo, mas fomenta o surgimento de novas pesquisas para novos aprofundamentos e outras reflexões. Sugere-se a realização de investigações que contemplem ações em cuidado espiritual na busca de mais visibilização da temática no contexto do processo de saúde/doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGHAEI, M. H.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. Inducing a sense of worthiness in patients: the basis of patient-centered palliative care for cancer patients in Iran. **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2021.
- ANDERSEN, A. H. et al. ‘Maybe we are losing sight of the human dimension’—physicians’ approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 8, n. 1, p. 248–269, 2020.
- ARRIEIRA, I. C. DE O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–8, 2018.
- BEST, M.; BUTOW, P.; OLVER, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. **Palliative Medicine**, v. 30, n. 4, p. 327–337, 2016.
- BORGES, L. M.; MALAGRIS, L. E. N.; DE FREITAS, M. H. Chronic Illness, Religiosity, and Spirituality in Brazil: Health Professionals’ Perceptions and Guidelines. **International Journal of Latin American Religions**, p. 148–170, 2022.

BUCK, E. et al. Doença Crônica e Cuidados Paliativos Pediátricos: Saberes e Práticas de Enfermeiros à Luz do Cuidado Humano. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 723–729, 2020.

CHANDRAMOHAN, S.; BHAGWAN, R. Utilization of spirituality and spiritual care in nursing practice in public hospitals in Kwazulu-Natal, South Africa. **Religions**, v. 7, n. 3, 2016.

DOS ANJOS, C. S. et al. Religion as a determining factor for invasive care among physicians in end-of-life patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 2, p. 525–529, 2020.

EL JAWICHE, R. et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Lebanon: A cross-sectional survey of intensivists and interviews of professional societies, legal and religious leaders. **BMC Medical Ethics**, v. 21, n. 1, p. 1–11, 2020.

FARIA, J. B. DE; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 381–389, 2005.

GAFAR, T. O. et al. Good death: An exploratory study on perceptions and attitudes of patients, relatives, and healthcare providers, in northern Tanzania. **PLoS ONE**, v. 15, n. 7 July, p. 1–15, 2020.

JÖNSSON, A. et al. Perspectives of health care providers on the role of culture in the self-care of patients with chronic heart failure: A qualitative interview study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 14, p. 1–13, 2020.

KOENIG, H. G.; PERNO, K.; HAMILTON, T. The spiritual history in outpatient practice: Attitudes and practices of health professionals in the Adventist Health System. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 1–12, 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MENEZES, I. R. A. et al. As Emoções E Os Sentimentos Na Assistência De Enfermagem À Criança Com Câncer. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, p. 89–99, 2015.

MOGRE, V. et al. Barriers to diabetic self-care: A qualitative study of patients' and healthcare providers' perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 11–12, p. 2296–2308, 2019.

PARGAMENT, K. I. **Spiritually-integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred**. New York: The Guilford Press, 2011.

ROLLAND, J. Enfrentando os desafios familiares em doenças crônicas graves e incapacidade. In: WALSH, F. (Ed.). **Processos normativos da família**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 452–482.

SUPERDOCK, A. K. et al. Exploring the vagueness of Religion & Spirituality in complex pediatric decision-making: A qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, p. 1–14, 2018.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Artmed, 2008.

THIENGO, P. C. D. S. et al. Espiritualidade E Religiosidade No Cuidado Em Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

TOKER, K.; ÇINAR, F. Perceptions of spirituality and spiritual care of health professionals working in a state hospital. **Religions**, v. 9, n. 10, p. 1–9, 2018.

VATANDOST, S. et al. The challenges of male nurses in the care of female patients in Iran. **International Nursing Review**, v. 67, n. 2, p. 199–207, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fifty-second World Health Assembly**. verbatim records of plenary meetings and list of participants. **Anais...**Genebra: 1999.

5.2 ARTIGO 2 - ESTUDO EMPÍRICO: Acolhimento espiritual no contexto das doenças crônicas: a perspectiva do capelão³

Acolhimento espiritual no contexto das doenças crônicas: a perspectiva do capelão

Spiritual care in the context of chronic illnesses: the chaplain's perspective

Cuidado espiritual en el contexto de enfermedades crónicas: la perspectiva del capellán

Resumo: Este estudo qualitativo objetivou compreender os significados atribuídos à saúde/doença e à religiosidade/espiritualidade, nas perspectivas de capelães, assim como, descrever ações, abordagens e intercorrências da Covid-19, na realização de acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas. Participaram doze capelães que prestavam acolhimento espiritual em hospitais, sendo realizadas entrevistas em profundidade. Foi realizado análises de conteúdo dos dados utilizando-se a técnica da *Grounded Theory* com o auxílio do software Atlas.ti 22. Os resultados revelaram a importância da R/E como dimensão constituinte da compreensão de saúde e do acolhimento espiritual, e como recurso de enfrentamento das doenças crônicas. Destaca-se o protagonismo do capelão hospitalar, invisibilizado na produção científica brasileira, como parte constituinte da equipe de saúde.

Palavras chaves: Acolhimento espiritual; Capelania hospitalar; Capelão; Espiritualidade/religiosidade; Doenças crônicas.

Abstract: This qualitative study aimed to understand the meanings attributed to health/illness and religiosity/spirituality, from the perspective of chaplains, as well as to describe actions, approaches, and complications of covid-19, in providing spiritual reception in the treatment of chronic diseases. Twelve chaplains who provided spiritual care in hospitals participated, and in-depth interviews were carried out. Data content analysis was carried out, based on the Grounded Theory technique, with the help of the Atlas-ti 22 Software. The results revealed the importance of R/S as a constituent dimension of understanding health and spiritual care, as a resource for coping with chronic diseases. The role of the hospital chaplain stands out, invisible in Brazilian scientific production, and as a constituent part of the health team.

³ Artigo submetido em Revista. Qualis Capes (2017-2020): A2.

Keys words: Spiritual care; Hospital chaplaincy; Chaplain; Spirituality; Chronic illnesses.

Resumen: Este estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos a salud/enfermedad y religiosidad/espiritualidad, desde la perspectiva de los capellanes, así como describir acciones, abordajes y complicaciones de la covid-19, en la prestación del cuidado espiritual, en el tratamiento de enfermedades crónicas. Participaron doce capellanes que prestaban cuidado espiritual en hospitales, realizándose entrevistas en profundidad. Fue realizado análisis de contenido dos dados, teniendo como base la técnica da la Teoría Fundamentada, con o auxilio del Sotware Atlas-ti 22. Los resultados revelaron la importancia de la R/S como dimensión constitutiva de la comprensión de la salud e o cuidado espiritual como recurso para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. Se destaca el papel del capellán hospitalario, invisible en la producción científica brasileña, como parte constituyente del equipo.

Palabras claves: Cuidado espiritual; Capellanía hospitalaria; Capellán; Espiritualidad; Enfermedades crónicas.

Introdução

Abordar a espiritualidade e a religiosidade, implica necessariamente, associar ambas aos aspectos simbólicos que afetam a existência humana e o contexto relacional em que o indivíduo está inserido. Segundo dados coletados por Moreira-Almeida et al. (2010), a respeito da religiosidade e espiritualidade (abreviada como R/E) no contexto brasileiro, 95 % afirmam ter alguma religião; 90% apoiam-se na religiosidade e/ou na espiritualidade em situação adversa, a exemplo da doença ou da morte, ou a têm como subsídio para força e/ou conforto; 87% entendem a religiosidade como elemento importante em suas vidas; e 37% frequentam cultos religiosos com frequência semanal. Esses dados também estão em consonância com a pesquisa de Pallini (2021), ao descrever que os brasileiros compreendem a R/E como suporte protetivo familiar e social para oferecer sentido à vida.

No que diz respeito às publicações sobre a temática da R/E, cumpre apontar o estudo de Weaver et al. (2006), os quais realizaram uma revisão integrativa que buscou compreender como a temática da R/E foi abordada no intervalo de 1965 a 2000. Nesse período de 35 anos, além de perceber uma curva crescente de publicações, eles também constataram que a mudança na utilização de termos – de *religião* para *espiritualidade* – afetou a estatística encontrada na divulgação científica acerca da temática. Com isso, também corroboram as investigações da interface religião/espiritualidade com a saúde propostas por Panzini e Bandeira (2005). Este

último estudo demonstrou que, ao se reconhecer a notável presença da R/E nos contextos investigados, o interesse sobre o tema cresceu entre publicações da área da Saúde.

No que se referente às diferenças conceituais dos termos envolvidos, Andersen et al. (2020) apontam que a espiritualidade é caracterizada pela transcendência do Eu, ao orientá-lo por meio da busca pelo sobrenatural e pela imaterialidade do poder cósmico. Com isso, dialoga com Silva e Mazzi (2019), na medida em que há presença do indivíduo nesse processo, o caráter de procura por significados e sentidos, a conexão transcendente com as ações; sendo que essa, não necessariamente vincula as pessoas a uma crença ou religião específica. Silva e Mazzi (2019) também diferenciam a espiritualidade da religião: a última está atrelada aos fatores comunitários, às práticas compartilhadas, ao respeito às hierarquias, aos dogmas e às lideranças que guiam e orientam os grupos. Ainda se torna oportuno destacar que a forma como o indivíduo conduz as suas crenças e filosofias, conectando-as ao elemento sagrado, pode auxiliar potencialmente na resolução de dores, desilusões, problemas e doenças (Rizzardi et al., 2010).

De acordo com os argumentos de Andersen et al. (2020), as discussões biomédicas acerca das doenças e as concepções holísticas ou religiosas evidenciaram frequentemente certo tensionamento e/ou distanciamento do ponto de vista histórico. Essas tensões aparecem, também, por causa da compreensão sobre *o que é doença*, explicada por Hegenberg (1998):

A doença, no dia-a-dia, pode significar estado subjetivo, associado a um mal-estar individual que leva ao pedido de auxílio, dirigido ao médico. Com este significado, a palavra *doença* mantém nexos com *aegritude*, do Latim, que corresponde a “aflição”, “inquietação” (e, indiretamente, a “doença”). O médico, diante de quem o procura, em busca de auxílio, delinea um quadro clínico. Por meio do diagnóstico, situa o mal contemplado e pensa nas maneiras de combatê-lo, fixando uma terapia (Nosologia). Analisando sintomas e procurando determinar causas, o médico deixa, um pouco, o terreno da prática e passa às considerações teóricas (Patologia). (...). Essa “representação”, ou concepção da doença dá origem a uma noção de doença (que abrirá margem para o conceito de doença) (HEGENBERG, 1998, p. 58)

Levando o citado em consideração, a *representação da doença* varia e engloba diversos âmbitos – *aegritude*, *nosos*, *pathos* –, assim como a busca de determinantes da patologia nas considerações teóricas e racionais, o pode fomentar o afastamento histórico da compreensão da R/E como elemento importante no tratamento de doenças ou, até, da sua possível cura. A

produção científica, contemporânea, ao estudar a religiosidade/espiritualidade, evidencia que pessoas portadoras de comprometimento imunitário, causado por câncer ou infecções virais, ao se envolverem com atividades religiosas, apresentaram melhoria na função imunitária (Koenig, 2020). O autor aponta como a espiritualidade desempenha papel importante na compreensão da saúde e no bem-estar dos indivíduos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância da espiritualidade na promoção da saúde, ressaltando que ela está intrinsecamente ligada ao equilíbrio físico, mental e emocional (WHO, 2020). Além disso, a espiritualidade desempenha papel vital no enfrentamento de doenças crônicas, como destacado por Rolland (2016), pois influencia a resiliência e a adaptação dos pacientes a essas condições de saúde desafiadoras. Como posto, a produção científica tem desenvolvido interfaces entre a saúde, a religião e a espiritualidade e, também, demonstrado os benefícios de práticas de R/E em quadros clínicos com sintomas somáticos e dolorosos (Andersen et al., 2020). Soma-se a isso, o reconhecimento que a promoção de cuidados, em contextos tidos como informais, religiosos e espirituais, já eram concebidos como premissa para a conexão entre saúde e dimensão religiosa/espiritual.

Neste cenário, percebe-se a validade da contribuição coletiva desses saberes – constituintes do universo místico, religioso e ritualístico – nos processos e elementos tradicionais para subjetividade dos indivíduos e grupos e, para além disso, a concretização e a corporificação em ações voltadas para a saúde (Rossato et al., 2022). Exemplos dessas ações ocorrem em situações caracterizadas por maior aceitação no tratamento, no aumento da imunidade, na hospitalização; menores indicadores de ansiedade e depressão; enfrentamento da doença com postura esperançosa e assertiva, busca pela melhoria ou pelo propósito de se viver (Gentil et al., 2011).

A partir do exposto, o profissional capelão assume um papel mediador, no qual sua atuação está relacionada à escuta, à compreensão e à promoção de atitudes e possibilidades de recuperar o paciente de maneira favorável. Neste sentido, coaduna-se com Silva e Mazzi (2019), ao descrever que cuidar dos pacientes conecta-se ao respeito às suas posturas e condições, sem tabus ou preconceitos e/ou tentativas de modificar as visões de mundo deles. Essa maneira de cuidar direciona assistência e atenção à subjetividade e à espiritualidade de pacientes: percepções, sentimentos, suposições e crenças aliadas ao âmbito do sagrado e a relação deste com a doença, a hospitalização e/ou o óbito. Tal ação sensível permite que as equipes interdisciplinares de profissionais atendam às necessidades dos pacientes, seus desejos e suas particularidades como, também, dos familiares envolvidos (Francisco et al., 2015).

O trabalho de intervenção e acompanhamento do capelão no hospital fica mais evidente no contexto de acolhimento das doenças crônicas. As doenças crônicas, segundo a *Portaria nº 483*, de 1º de abril de 2014 (Ministério da Saúde, 2014), são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. A singularidade da doença crônica tem trazido à tona o conceito ampliado de saúde, o qual, em certa medida, tensiona as propostas de cuidado do modelo biomédico tradicional de saúde. Evidencia-se, por sua vez, a presença de novos atores e novos saberes, presentes nas equipes interdisciplinares, visando a proposta de um cuidado integral que vá mais além da doença crônica.

Neste cenário que implica a presença de novos saberes, os significados atribuídos a R/E se reatualizam a partir do embate relacional em que os diferentes protagonistas estão envolvidos e coadunam-se com Grandesso (2001, p. 145) no que diz respeito a construção do significado quando afirma:

(...) que a concepção do mundo da experiência não pode ser associada a uma equivalente a uma realidade objetiva, passando a ser compreendida com o mundo significativo do sujeito. O ser humano tende a ser concebido como imerso em uma teia de significados que ele mesmo constrói no intercâmbio social (Grandesso, 2000, p. 145).

No contexto brasileiro, foco deste artigo, a capelania aparece como meio e lugar, validados legalmente pela Lei nº 9.982 (2000), para o exercício do atendimento e o cuidado espiritual – em setores públicos e privados. Essa forma de cuidado torna-se referencial para os profissionais da saúde, na medida em que os conecta com pacientes; cria um espaço para escutá-los; transforma os doentes em colaboradores no tratamento; permite ao paciente o encontro com consolo, significado, motivação, conforto e afins no meio terapêutico; e acolhe o doente em sofrimento, mal-estar e dor (Antunes et al., 2021; Selli & Garrafa, 2005). O cuidado espiritual caracteriza-se, pelo estímulo à esperança e à compaixão em condições concretas de finitude e de afastamento social (Rocha, 2021). A pessoa responsável pelo trabalho, no meio pastoral, é o capelão, o qual atua em prol do suporte ou apoio espiritual, acompanhando o paciente durante a internação e suas condições clínicas, ou seja, a “[...] capelania hospitalar é uma experiência sem igual de servir as pessoas em seus momentos de

crises, dores, sofrimentos e dificuldades, como também na alegria das vitórias de superação, curas e livramentos” (Antunes et al., 2021, p. 257).

A necessidade de adaptação da capelania durante a pandemia, em acordo com os planos de contingência da covid-19 (Brasil, 2020), fez emergir novas estratégias adaptativas, inclusive com a “digitalização religiosa”, termo cunhado por Shoji e Matsue (2020). A necessidade ajustamento vai ao encontro do novo contexto, no qual as equipes de saúde descreviam panoramas de risco elevado de infecção e contaminação, pressões e estresse exacerbados, uso incorreto de proteção, jornadas exaustivas, discriminação, isolamento, frustração, emoções negativas, exaustão, contato raro ou ausente entre pacientes e familiares. Somado a esse quadro, a saúde mental da população foi afetada por ansiedade, depressão, insônia, estresse, raiva, medo e tristeza; elementos esses que, nos profissionais de saúde, atingem a compreensão, a atenção e as decisões imediatas durante o combate à doença, e permanecem como efeitos duradouros na vida dessas pessoas (Kang et al., 2020).

Assim, ao retomar as orientações da Organização Mundial da Saúde acerca da relevância do cuidado espiritual, ressalta-se que foi recurso indispensável para enfrentar as consequências da pandemia, não somente no tocante aos propriamente doentes, mas estendido aos familiares e aos profissionais de saúde (Ávila et al., 2021; Jorge et al., 2021). Oferecer esse cuidado seria considerar a manutenção da saúde e a motivação para a cura em diálogo com a R/E (Rossato et al., 2022). Cumpre apontar que, em meio à pandemia, as dinâmicas da espiritualidade e da religiosidade se alteraram e se modificaram e, por consequência, repensou-se as maneiras de motivar as pessoas a buscar propósito em condição extrema de sofrimento. Além disso, passado o período crítico, essas dinâmicas reverberaram em ações associadas ao alívio, ao reconhecimento da superação e ao sentido de resiliência desenvolvida (Sant et al., 2020; Carletti & Nobre, 2021).

Diante das colocações acima expostas, o presente estudo objetivou compreender os significados atribuídos à saúde/doença e religiosidade/espiritualidade, nas perspectivas de capelães, assim como descrever as ações, as abordagens e as intercorrências da Covid-19, na realização de acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas. A relevância científica deste estudo se assenta na busca de oferecer protagonismo aos capelães que atuam no contexto hospitalar, invisibilizados na produção científica brasileira, assim como a visibilização das ações desenvolvidas e desafios vivenciados no acolhimento espiritual.

Método

Esta pesquisa qualitativa, exploratória e transversal (Rey, 2005); (Piovesan & Temporini, 1995), envolveu 12 capelães dos três estados do sul do Brasil, este quantitativo

referenciou-se na pesquisa de Guest et al. (2006), o qual constatou que, com este número, é possível obter a saturação teórica dos dados. Os critérios de inclusão foram: oferecer serviço de acolhimento espiritual há, pelo menos, um ano em contexto hospitalar a paciente com doenças crônicas incapacitantes, com risco de morte, que exigem hospitalização; além de, também, oferecer assistência aos familiares. No que concerne ao acesso e ao convite para os participantes, foi utilizada a técnica *snowball* (i.e., “bola de neve”) (Patton, 2002).

Os 12 participantes que integraram o estudo tinham idade entre 21 e 78 anos. Dentre eles, 07 eram mulheres e 05 eram homens. O tempo que realizavam atividades em capelania variou entre 2 e 52 anos. Dos participantes, 07 eram contratados pelos hospitais e 05 realizavam atividades voluntárias. As indicações dos participantes foram realizadas por meio dos círculos de contato dos pesquisadores envolvidos com os hospitais e os próprios capelães. A procura dos participantes da pesquisa, assim como o contexto de realização da coleta de dados, aconteceu de forma *on-line*, de acordo com o plano de contingência nacional do covid-19 (Brasil, 2020).

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e entrevista em profundidade com roteiro semiestruturado e duração média de uma hora e quarenta minutos. Essa, aconteceu entre janeiro, fevereiro e março de 2022. Durante este período, os hospitais estavam reduzindo, gradualmente, as restrições do plano de contingência da Covid-19, por isso, é possível observar nas falas de alguns dos participantes, descritas nos resultados, que a pandemia ainda se fazia vigente, e outros, descrevendo este evento no passado.

No que diz respeito ao procedimento de análises dos dados, eles foram organizados e sistematizados por meio do método de análise de conteúdo proposto pela *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 2008), com o auxílio do *software qualitativo Atlas.ti 22*. Esse processo de análises dos dados sustentou-se em três etapas: Codificação aberta, axial e seletiva, a partir das quais configuraram-se 3 categorias principais, com suas respectivas subcategorias e elementos de análises, evidenciadas no quadro 1.

Quadro 01. Sistematização de categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria
1. A religiosidade e a espiritualidade no contexto da saúde e doença.	1.1 Entendimento de saúde/doença. 1.2 Entendimento de religião/espiritualidade.
2. Exercício da capelania no tratamento das doenças crônicas.	2.1 Rotinas de acolhimento espiritual. 2.2 Rotinas administrativas e de gestão.

	2.3 Diferenças entre o capelão contratado e voluntário.
3. A abordagem espiritual do capelão no tratamento das doenças crônicas.	3.1 Acolhimento a partir da necessidade espiritual do paciente. 3.2 Acolhendo diante das diferentes religiões e crenças. 3.3 Estratégia de facilitação do acolhimento espiritual. 3.4 Estratégias frente à ausência e/ou esgotamento das crenças.
4. Atravessamentos da pandemia sobre a capelania no contexto hospitalar.	4.1 Agravos da pandemia percebidos pelos capelães. 4.2 Intercorrências nos pacientes, familiares, profissionais e no exercício da capelania. 4.3 Estratégias de adaptação à pandemia.

Em termos éticos, esta pesquisa atendeu às exigências da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), da Instituição federal envolvida, por meio do parecer 5.003.054.

Resultados

Os resultados do presente estudo acompanham a ordem de sistematização do Quadro 1, referente as categorias e subcategorias, as quais congregam os elementos de análise.

A religiosidade e a espiritualidade no contexto da saúde e doença

Esta categoria congrega os significados atribuídos pelos capelães a doença, saúde, religião e espiritualidade. Nessa, existem duas subcategorias: 1.1) entendimento de saúde/doença, e 1.2) entendimento de religião/espiritualidade. A primeira subcategoria descreve o entendimento dos capelães sobre os termos elucidados, no qual a palavra saúde foi reconhecida como bem-estar físico, social, emocional e espiritual. A inclusão e o reconhecimento da espiritualidade, foi realizada por 11 (onze) dos entrevistados⁴: (...) *no nosso momento atual, eu acredito que saúde é o bem-estar da pessoa como um todo (...). Ela pode*

⁴ Entrevistada E01: mulher, natural do Paraná e residente em Santa Catarina, tem 56 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 25 anos. Ela é freira e tem uma vida dedicada à religião. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

estar bem espiritualmente, mas estar com alguma doença fisiológica – então esse bem-estar dela não está completo. Então a saúde é um todo, ela não é só a questão biológica, mas é o biopsicoespiritual (...) (Comunicação pessoal, E01)

Além disso, 3 (três) dos entrevistados fizeram alusão a OMS, que ressalta a importância da dimensão espiritual: *“Então quando falam pra mim de saúde ou de doença, eu logo vou pro que diz a OMS, que não é ausência de doença, então é o bem-estar físico, psico, social e espiritual do ser humano”* (Comunicação pessoal, E08)⁵. Apenas uma das entrevistadas (E02) não elucidou o termo espiritualidade, vindo a entender saúde como a ausência da necessidade de usar medicação. Além disso, ela descreve saúde como sinônimo de liberdade (Comunicação pessoal, E02)⁶.

A doença, por sua vez, foi entendida como ausência de saúde, além de privação de liberdade (E02), falta de autocuidado (E04) e de fé (E04)⁷: *“A doença, ela, eu acho que o componente físico acaba sendo o mais importante, porque ele mexe diretamente com o nosso funcionamento fisiológico. Mas, a doença, ela vai muito além daquilo que a gente tem por manifestação física, porque quando você está mal fisiologicamente, isso afeta os seus relacionamentos, isso afeta o seu relacionamento espiritual com aquilo que você tem enquanto transcendência (...)”* (Comunicação pessoal, E05)⁸.

Além do entendimento dos termos saúde/doença, se faz necessário conhecer a compreensão dos capelães acerca da espiritualidade e da religião. Os 12 (doze) entrevistados apresentaram coerentes e assertivas distinções entre palavras mencionadas, no qual espiritualidade foi entendida como algo transcende e que atribui sentido à vida e a existência: *“A espiritualidade é tudo aquilo que você usa para atribuir um sentido à sua vida, aquilo que responde à pergunta do ‘Por que eu existo?’ ou ‘Como eu me relaciono com aquilo que responde à essa pergunta? Como eu me relaciono com o motivo pelo qual eu existo?’”* (Comunicação pessoal, E05).

⁵ Entrevistado E08: homem, natural do Rio de Janeiro e residente no Paraná, tem 41 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 5 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

⁶ Entrevistada E02: mulher, natural e residente em Santa Catarina, tem 52 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 04 anos, é professora da rede municipal e exerce serviço voluntário como capelã. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

⁷ Entrevistada E04: mulher, natural e residente em Santa Catarina, tem 78 anos, é freira e segue uma vida religiosa há 55 anos. Ela presta acolhimento espiritual R/E há 52 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

⁸ Entrevistada E05: mulher, natural e residente no Paraná, tem 21 anos e presta acolhimento espiritual R/E há 2 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

Por sua vez, a religião foi associada a algo institucionalizado, às igrejas, a um lugar físico para adorar Deus: *“Religião é quando uma pessoa segue uma determinada denominação ou crença”* (Comunicação pessoal, E03)⁹; *“Religião, nós temos várias: católica, espírita, são as denominações (...)”* (Comunicação pessoal, E02); e, ainda, a (...) *“religiosidade é quando você tem algo mais institucionalizado, eu diria, você tem uma instituição, um código moral e social que é compartilhado entre essas pessoas dessa instituição (...)”* (Comunicação pessoal, E05). Ainda há aqueles que explicam os termos em comparativo, como descreve o entrevistado 03: *“No meu entender, uma pessoa pode ser religiosa e não ter espiritualidade; e uma pessoa que é espiritual pode não ter necessariamente uma religião”* (Comunicação pessoal, E03).

Além disso, ainda houve os entrevistados 02, 09¹⁰ e 11¹¹ que aprofundam a explicação dos termos e fazem distinção entre religião e religiosidade: *“O termo, é, ‘religião cristã’ abrange evangélico, espíritas e católicos; e aí, dentro disso, católicos, é, gregos, ortodoxos, romanos, enfim (...). Então religião é aquilo pelo qual eu me defino (...). A religiosidade é aquilo que eu vivo com base na minha fé, na minha religião - então, se eu tenho uma religião, eu posso não ter espiritualidade, porém religiosidade”* (Comunicação pessoal, E09).

Exercício da capelania no tratamento das doenças crônicas

Esta categoria elucida o exercício da capelania no tratamento das doenças crônicas, ao evidenciar três subcategorias: 2.1) rotinas de acolhimento espiritual, 2.2) as rotinas administrativas e de gestão, e 2.3) diferenças entre o capelão contratado e o voluntário. Nas rotinas de acolhimento espiritual, primeira subcategoria, existe a demanda espontânea da procura e da solicitação dos pacientes, familiares e profissionais ao serviço da capelania. Além disso, também existe o oferecimento do acolhimento, no qual os capelães vão até as pessoas, os setores e os leitos, e disponibilizam o atendimento: *“(...) existem duas formas principais de nós chegarmos a uma visita (...) então a primeira é a solicitação, que é realizada pelo familiar do paciente – (...), o maior quantitativo é quando um familiar nos procura, (...) então esse é*

⁹ Entrevistado E03: homem, natural e residente em Santa Catarina, tem 33 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 10 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário Google e entrevista em profundidade online, por intermédio do aplicativo do Zoom, de janeiro a março de 2022.

¹⁰ Entrevistada E09: é mulher, natural e residente no Paraná, tem 53 anos, exerce acolhimento espiritual R/E há 12 anos, contratada recente como capelã em um hospital. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário Google e entrevista em profundidade online, por intermédio do aplicativo do Zoom, de janeiro a março de 2022.

¹¹ Entrevistado E11: homem, natural e residente no Paraná, tem 50 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 10 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário Google e entrevista em profundidade online, por intermédio do aplicativo do Zoom, de janeiro a março de 2022.

um cenário, o outro cenário é o próprio paciente solicita ali mesmo, no leito, (...), e tem também, (...), o profissional da saúde (...)” (Comunicação pessoal, E08).

Ainda se torna pertinente destacar que, no acolhimento espiritual, o atendimento irá ao encontro das necessidades do contexto e da pessoa, conforme as singularidades da circunstância. Houve consenso entre os participantes do presente estudo com relação às ações realizadas pelo capelão durante o acolhimento espiritual: rezar, fazer um louvor no quarto, cantar nos corredores, consagrar a hóstia, ler a Bíblia, escutar, orientar, conversar, meditar com os pacientes e fazer visitas. Ele também realiza ações individuais e coletivas em acolhimento espiritual com familiares e profissionais, além de intermediar algumas conversas entre os pacientes, familiares, profissionais, e a visita do religioso de confiança do paciente. No que tange as rotinas de acolhimento espiritual, alguns capelães realizam ações para além do contexto hospitalar, por meio de acompanhamento pós-internação, e com famílias enlutadas. Todos esses procuram acolher da melhor forma possível e conforme as necessidades identificadas.

O exercício da capelania também envolve rotinas administrativas e de gestão (segunda subcategoria), porém nem todos os capelães as exercerão. Nessas atividades, existe o trabalho informativo sobre a existência do serviço de capelania, no qual alguns distribuem panfletos explicativos. O capelão, nesta função, contrata outros capelães, faz relatórios, organiza eventos, cuida do financeiro, oferece treinamentos aos capelães e os profissionais da saúde; além de coordenar a prestação de acolhimento espiritual, de projetos e parcerias com outras instituições e/ou profissionais. O quantitativo de atividades que podem exercidas pelo capelão, sejam estas rotinas de acolhimento ou funções administrativas e de gestão, demonstram o quanto o exercício da capelania vem a ser complexo e penoso e, muitas vezes, não valorizado. *“Às vezes eu penso que uma das grandes dificuldades que a gente tem na área da capelania é justamente porque a gente não produz números”* (Comunicação pessoal, E03).

Ainda no que tange ao exercício da capelania no tratamento das doenças crônicas, é necessário elucidar que o processo de trabalho do capelão contratado é diferente do voluntário (terceira subcategoria). O capelão contratado tem mais formação e preparo do que o voluntário. Além disso, o contratado tem acesso total e irrestrito a todos os setores, profissionais, pacientes e familiares, enquanto os voluntários, não. O contratado é quem organiza e orienta as atividades do voluntário, levando em consideração os diferentes níveis de atuação que existe entre aqueles que exercem a capelania sem remuneração. Ainda é oportuno descrever que existe mais capelães voluntários do que contratados.

Abordagem espiritual do capelão no tratamento das doenças crônicas

Esta categoria evidencia como o capelão realiza o acolhimento espiritual, ao apresentar suas principais estratégias para visibilizar o exercício da capelania. Esta categoria é dividida em quatro subcategorias: 3.1) acolhimento a partir da necessidade espiritual do paciente, 3.2) acolhendo diante das diferentes religiões e crenças, 3.3) estratégia de facilitação do acolhimento espiritual, e 3.4) estratégias frente à ausência e/ou esgotamento das crenças.

O capelão acolhe a partir da necessidade espiritual do paciente (primeira subcategoria). Neste sentido, ele apresenta discurso acolhedor e consolador, no qual a prioridade é dar guarida, e não falar de religião. O capelão acolhe a fala, a angústia, o choro, as resistências, ao compreender que o sujeito é maior e mais importante do que a doença. Como descreve o entrevistado 07: (...) *primeiro é o acolhimento, é sempre um sorriso, uma palavra positiva, uma palavra de fé* (...) (Comunicação pessoal, E07)¹². Este posicionamento e compreensão do capelão estreita o vínculo com o acolhido, e pode ser benéfica e curativa. Nesta abordagem existe o cuidado com as palavras escolhidas para a realização do acolhimento, no qual não se questiona ao (...) *“paciente se ‘está tudo bem?’, mas sim, ‘como você está hoje?’”* (Comunicação pessoal, E09).

Torna-se necessário descrever que o acolhimento somente acontecerá com o consentimento do paciente: *“Existe um pedido ‘você permite que eu ore por você?’, e nunca, ‘eu posso orar?’* (Comunicação pessoal, E09). Os capelães buscam consentimento, inclusive, quando o paciente está entubado na UTI, seja por meio de algum gesto dele, por objeto no leito que evidencie a religiosidade, ou ainda, por um pedido/autorização de algum familiar. Além do acatamento à vontade do paciente, ainda existe o respeito ao momento que não é oportuno a realização do acolhimento espiritual: *“(...) às vezes, você chega e tem sempre alguém que, naquele momento, por alguma situação que está acontecendo, e a gente tem que ser perceptível [sensível], que não é o momento (...)* (Comunicação pessoal, E01).

A abordagem espiritual do capelão, no tratamento das doenças crônicas, perpassa aceitar as diferentes religiões e crenças (segunda subcategoria). Para isso, é necessário *“ser neutro”* (Comunicação pessoal, E03) em relação as crenças do paciente e as suas próprias crenças. Desta forma, quando um paciente questiona a religião do capelão, a maioria dos entrevistados descreve que usam uma *“comunicação inter-religiosa”* (Comunicação pessoal,

¹² Entrevistado E07: homem, natural e residente no Paraná, tem 40 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 15 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário Google e entrevista em profundidade online, por intermédio do aplicativo do Zoom, de janeiro a março de 2022.

E06)¹³, inclusive com paciente ateus, que no geral, mostram-se receptivos ao acolhimento. Alguns capelães descrevem que pode ocorrer divergências quando existem distintas religiões, e que eles tentam superar os possíveis desacordos entre as igrejas, ao falar que “*Deus é universal*” (Comunicação pessoal, E07).

As possíveis divergências decorrentes das distintas crenças e religiões podem ser superadas conforme a estratégia utilizada. Neste sentido, a terceira subcategoria apresenta distintas estratégias que facilitam o acolhimento espiritual. Dentre elas: escutar atentamente o paciente e respeitar as singularidades e a realidade dele. Isso faz com que o acolhido “*(...) se sinta único diante de Deus*” (E08), para isso, é necessária uma “abordagem integrativa” (Comunicação pessoal, E01), no qual o capelão comece escutando o paciente. Outra estratégia é utilização de diferentes recursos lúdicos, como: a “*caracterização de palhaço*” (Comunicação pessoal, E02), a “*leitura da Bíblia*” (Comunicação pessoal, E01 e E11) o “*canto*” (Comunicação pessoal, E01, E02, e E04), a “*música*” (Comunicação pessoal, E02, E03, E04, E08 e E10), o “*artesanato*” (Comunicação pessoal, E12)¹⁴, a “*entrega de balão ou de alguma lembrancinha*” (Comunicação pessoal, E02). Além de recursos pessoais: “*ser testemunho*” (Comunicação pessoal, E02) e “*relato de acontecimentos pessoais*” (Comunicação pessoal, E03, E07, E09, E10 e E12).

Uma possível estratégia é a inclusão dos membros familiares no acolhimento espiritual. Quando existe algum familiar junto ao paciente, o capelão tende a incluir o cuidador, caso seja do interesse dos envolvidos: “*Então o familiar, pra gente, também é importante, ele é cuidado como uma unidade(...)*” (Comunicação pessoal E08). Outra estratégia facilitadora é a realização do acolhimento espiritual em parceria, seja com outro capelão, seja com alguém da enfermagem. Como descreve a entrevistada 05: “*(...) a gente estar em duplas também facilita, porque é sempre um ajudando o outro (...)*” (Comunicação pessoal, E05).

Além das apresentadas, outra estratégia é seguir um método, um caminho de como fazer o acolhimento. Este método, que é utilizado por alguns entrevistados que trabalham num mesmo hospital, consiste em duas etapas: 1) escutar e 2) “*esperançar*” (Comunicação pessoal, E08). Inicialmente, o capelão escuta o paciente e, depois, realiza uma devolutiva (esperançar), que pode acontecer de distintas formas: conversas, oração, leitura de um versículo da Bíblia.

¹³ Entrevistada E06: mulher, natural e residente no Paraná, tem 52 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 4 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

¹⁴ Entrevistada E12: mulher, natural e residente no Paraná, tem 55 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 4 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

A busca de estratégias, além de facilitar a realização do acolhimento espiritual, é necessária e indispensável frente à ausência e/ou esgotamento das crenças (quarta subcategoria). Nessa situação, os capelães utilizam-se de estratégias distintas das apresentadas na subcategoria anterior, pois o acolhimento ganha conotação mais afetiva e relacional. Os entrevistados fazem isso, ao contar sua própria história de vida, destacando momentos de fé (E01, E02, E03 E04, E05, E08, E09 e E10), milagres (E07 e E10), superação (E02, E03, E08, E09 e E10) e perdas (E02 e E09); além disso, compartilham histórias bíblicas inspiradoras (E04, E07 e E09). Quando nenhuma dessas estratégias forem efetivas, os capelães buscam conversar sobre assuntos aleatórios, por exemplo, futebol (E11), com o objetivo de desenvolver algum vínculo. Por fim, muitos dos entrevistados ainda rezam em suas orações pessoais (E11), para que determinado paciente ou familiar recuperem sua fé e encontrem conforto no divino.

Atravessamentos da pandemia sobre a capelania no contexto hospitalar

Esta categoria congrega os atravessamentos da pandemia, ao evidenciar: os 4.1) agravos e as 4.2) intercorrências da covid-19 sobre os usuários do hospital, assim como as 4.3) estratégias de adaptação do exercício da capelania frente a esta nova realidade. Os agravos da pandemia percebidos pelos capelães (primeira subcategoria) foram: medo, ansiedade e solidão, além disso, as mortes decorrentes do covid-19 deixaram as pessoas mais céticas, carentes e sensíveis: “(...) o Covid ali, foi tão, tão avassalador o negócio, que era como se as pessoas não tivessem mais tempo, ‘é agora ou nunca’. (...)” (Comunicação pessoal, E09).

A intensificação e a confusão dos sentimentos decorrentes da pandemia fez surgir questionamentos em relação a R/E, em que a maioria dos usuários buscaram guarida na fé: “(...) a covid aflorou, assim como a gente percebeu em toda a sociedade, né, aflorando a espiritualidade porque a gente viu o tamanho que somos (...)” (Comunicação pessoal, E08). De maneira oposta, outros usuários se tornaram céticos: “Não entendem como, sei lá, como algo natural, (...) eu acredito que diante de muitas perdas (...) o covid deixou pessoas com a fé desestabilizada” (Comunicação pessoal, E09). Ainda diante dos questionamentos, alguns acolhidos começaram a inquirir sua própria congregação religiosa: “Muitas pessoas ali trocaram de confissão de fé, né, se eram evangélicos, viraram católicos, se eram católicos, foram evangélicos (...)” (Comunicação pessoal, E11).

Outro agravo decorrente da pandemia foi a diminuição expressiva no número de capelães realizando acolhimento nos hospitais, porque a maioria dos voluntários eram idosos, público considerado de risco. Por medida de segurança e em cumprimento aos protocolos do covid-19, eles precisavam ficar afastados. Os capelães que continuaram as atividades, na sua maioria, eram contratados e todos passaram a utilizar os equipamentos de proteção de

individual. Ainda assim, a maior parte se sentia insegura e com medo diante daquele novo contexto. Concomitantemente, a diminuição do número de capelães aumentou significativamente a solicitação pela capelania, o que deixou os profissionais sobrecarregados. Mesmo com a dedicação e a ampliação das horas de trabalho desses, ainda existia discrepância na oferta e procura, o que fez com que as atividades e funções precisassem ser interrompidas.

A diminuição e/ou a interrupção do exercício da capelania, juntamente com os agravos da pandemia, intensificou o cenário de medo, instabilidade e insegurança, no qual a prática do capelão passou a ganhar visibilidade e reconhecimento, pois avivou a necessidade e a relevância deste serviço: “ (...) *agora a questão meio que virou, veio como um tsunami, né, todo mundo agora conhece o trabalho da capelania dentro do hospital e todos gostam (com raríssimas exceções), e quando a gente vai, a gente é solicitado a voltar*” (Comunicação pessoal, E08).

O reconhecimento e a valorização da capelania foram consequências do atravessamento da pandemia. Além disso, eles tiveram outras implicações, inclusive em intercorrências com pacientes, familiares, profissionais e no exercício da capelania (terceira subcategoria). Uma das intercorrências foi a intensificação da necessidade espiritual dos usuários como estratégia de enfrentamento: “*Então, eles passaram a demandar, passaram a procurar mais, demandar mais, (...) porque nessa época não tinha visita nenhuma (...) então o visitador, o capelão, é aquele que traz o alívio (...)*” (Comunicação pessoal, E08).

Outra intercorrência foi o afastamento da família/cuidador do contexto hospital, que ocorreu devido às exigências dos protocolos do covid-19. Esta distância deixou os pacientes mais receptivos ao acolhimento espiritual; mas o afastamento também prejudicou os familiares, que ficaram mais acessíveis e carentes. Nesse contexto, a capelania, por vezes, se tornou um canal de comunicação e cuidado, no qual a solicitação de acolhimento pelo familiar se tornou manifestação de afeto para o paciente: “*Então aí vem uma questão importante, que a pessoa ali não receberia a visita, (...) mas alguém que tá cuidando dele fora do ambiente, (...)*” (Comunicação pessoal, E08).

Os profissionais da saúde igualmente sofreram intercorrências e foram severamente afetados pela pandemia, pois se tratava de momento desafiador. Por mais que eles tivessem conhecimentos técnicos, era uma nova doença, sobre a qual não havia clareza de seus agravos. Em decorrência disso, os profissionais sofreram prejuízos em sua saúde mental e ficaram propensos ao cuidado espiritual. Tal cenário fez com que as atividades da capelania fossem voltadas, principalmente, aos profissionais: “*(...) mais do que com os pacientes, nós estávamos*

acolhendo principalmente os profissionais. Porque eles ficaram muito abalados (...)” (Comunicação pessoal, E05).

A atenção e a dedicação dos capelães aos demais profissionais da saúde fizeram com que estes valorizassem e reconhecessem a importância da capelania. Isso fortaleceu a parceria e a realização de trabalhos entre eles, ampliou e intensificou a compreensão do capelão como parte constituinte da equipe multiprofissional: *“(...) nos tempos da pandemia, (...) eram feitos os boletins médicos das UTIs (...), então os familiares vinham até essa sala e tem várias baias, assim, que os médicos chamavam por UTI ali, e davam o boletim médico dos familiares (...) antes dos médicos chamarem, a assistência social sempre ia passando umas informações e eu ia junto com ela, a gente se apresentava enquanto capelania, apresentava os nossos serviços (...)”* (Comunicação pessoal, E12).

Essas reestruturações do contexto hospitalar, decorrentes do atravessamento da pandemia, exigiram da capelania estratégias adaptativas (terceira subcategoria). Desta forma, o acolhimento, que antes era presencial, passou a acontecer de forma remota, por meio de gravação de vídeos e áudios, ligação e carta: (...) *“(...) nesse momento de pandemia a gente tá fazendo via celular, via tablet, a gente não tá podendo entrar no hospital, eles não deixam (...)”* (Comunicação pessoal, E10); *“a gente grava um áudio para o paciente, a gente começa mais ou menos assim: “Olá, eu sou a (nome) da capelania do hospital, eu estou aqui com a senhora fulana de tal e vim fazer uma visita pra ela (...)”* (Comunicação pessoal, E12).

O recurso de chamada de vídeo foi utilizado por alguns capelães para intermediar conversas entre a família e o paciente: *“(...) tem um serviço de levar áudios aos pacientes que moram longe. A gente fazia isso muito na pandemia quando não tinha visita, os familiares mandam pra nossa central áudios, vídeos da família, né, áudios de amor, assim, né, a gente fala (...)”* (Comunicação pessoal, E12). Ainda houve outra estratégia adaptativa de realização do acolhimento espiritual fora do contexto hospitalar: *“A família é mais fácil porque a família a gente pode conversar na recepção, do lado de fora, né - eu tenho atendido muita gente do lado de fora ou na recepção do hospital, né [presencialmente]”* (Comunicação pessoal, E10)¹⁵.

Discussão

Com base nos dados apresentados, foi possível verificar que os participantes reconheceram e enfatizaram a importância da R/E como dimensão constituinte da compreensão de saúde. Por sua vez, a doença foi significada como ausência de saúde, falta de autocuidado

¹⁵ Entrevistado 10: homem, natural e residente no Paraná, tem 55 anos e exerce acolhimento espiritual R/E há 34 anos. Questionário aplicado por meio do recurso tecnológico e virtual do formulário *Google* e entrevista em profundidade *online*, por intermédio do aplicativo do *Zoom*, de janeiro a março de 2022.

no sentido de falta de prevenção, e falta de fé. Cumpre apontar aqui Hegenberg (1998), quando este afirma que há limitações nas concepções de doença se não são considerados os aspectos complexos de sua relação com a noção de saúde. Isso vai ao encontro do apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual reconheceu a importância da espiritualidade para a compreensão da saúde.

Essa ressignificação, reflete a compreensão de que a espiritualidade é uma dimensão importante da saúde humana, que influencia o modo como as pessoas lidam e/ou significam a doença e o sofrimento humano (Rizzardi et al., 2010). Isto coaduna-se com Grandesso (2000) quando afirma que construção de significados atribuídos às experiências decorrem da trama relacional, sociocultural e de formação, em que os participantes desse estudo estavam inseridos.

Nesse contexto a R/E vem recebendo reconhecimento e representatividade na vida dos sujeitos e na área da saúde (Pallini, 2021; Moreira-Almeida et al., 2010), assim como tem aumentado, significativamente, as publicações científicas sobre a R/E na área da saúde (Weaver et al., 2006). Contudo, ainda existem obstáculos a superar, inclusive, na clarificação e na distinção conceitual dos termos religião e espiritualidade. Segundo a pesquisa de Silva & Mazzi (2019), os profissionais da saúde desconhecem a distinção dos conceitos e, geralmente, associa-os como sinônimos. A desordem conceitual é fomentada pela falta de formação, pois a formação para a abordagem espiritual, nos cursos da Saúde, é inexistente ou inadequada. Isso faz com que a R/E, por vezes, seja negada, não por falta de reconhecimento, e sim, de habilidade e de conhecimento em como abordar a temática (Andersen et al., 2020)

Ainda segundo Andersen et al. (2020), os profissionais da saúde reconhecem a relevância da R/E na vida do paciente, dos familiares e em sua vida pessoal, mas se sentem inseguros e desafiados em como abordar essa demanda, o que pode, por vezes, resultar na marginalização das necessidades R/E dos usuários. Essa dificuldade pode fomentar a não consideração do serviço de capelania nos hospitais e por consequência o capelão como parte integrante da equipe de saúde (Francisco et al., 2015). Isso acontece, mesmo diante da regulamentação da *Lei Nacional 9.982/2000*, a qual dispõe sobre o acolhimento espiritual nos hospitais públicos e privados (Lei n. 9.982, 2000).

A referida lei assegura o direito ao acolhimento espiritual, mas essa não necessariamente proporciona aceitação e o reconhecimento do capelão, que é quem, geralmente, oferece este atendimento. Pondera-se que a desconsideração da capelania invisibiliza o acolhimento espiritual, além de minimizar a importância da R/E como estratégia adaptativa e de enfrentamento do paciente e da sua família frente ao tratamento das doenças crônicas (Rolland,

2016; (Panzini & Bandeira, 2005). Ainda no que concerne à desconsideração da capelania, esta é fomentada também pela impossibilidade de quantificação de dados estratégicos e mensuração de resultados, conforme descrito pelo Entrevistado 05. Neste sentido, a prática do capelão pode ser “silenciosa” (termo cunhado pela pesquisa preponente), porém não menor ou nem menos importante do que os demais profissionais da saúde.

No que diz respeito à prática do capelão e ao acolhimento espiritual, os participantes descrevem que realizam ações conforme a necessidade, ao levar em consideração o contexto e a pessoa. Dentre estas ações, estão: acolhimento espiritual (orar, rezar, fazer louvor, meditar, etc), rotinas administrativas (contrata capelães, oferece treinamentos, faz relatórios, etc.) e de gestão (coordena projetos e o programa de acolhimento, etc.). A partir das descrições acima, observa-se que a capelania é apresentada detalhadamente por seus profissionais quanto às tarefas planejadas e executadas no cotidiano do capelão. Contudo, ao contrastar essas informações com as pesquisas científicas realizadas no Brasil sobre a prática do capelão, nada foi encontrado que especificasse as ações da mesma maneira que o presente estudo apresenta e discute teoricamente. A dificuldade de encontrar publicações científicas foi evidenciada em Gentil et al. (2011), em pesquisa bibliométrica que descreve que existem poucos achados nacionais sobre a temática. O estudo ainda revela que as publicações científicas sobre acolhimento espiritual ainda são recentes e, em países nos quais a prática é regulamentada.

Esse contexto, provavelmente, é influenciado e influencia a invisibilidade do exercício da capelania. A falta de descrição das ações da prática do capelão, as poucas publicações, a invisibilidade e a falta de regulamentação da capelania brasileira reverberam na contratação destes profissionais nos hospitais. No presente estudo, o conjunto de participantes foi constituídos por 12 capelães, sendo necessário buscar criteriosamente para encontra-se 7 (sete) capelães que fossem contratados, sendo os demais voluntários. A realidade descrita é condizente com resultados encontrados na tese de Rocha (2021), desenvolvida em Portugal, pois não foram encontrados dados brasileiros, na qual a autora descreve que são poucos profissionais contratados e que existem disparidades entre o tempo de serviço e as solicitações.

A falta de capelães contratados é atenuada pelo trabalho e pela dedicação dos voluntários, pois como foi observado neste estudo, eles são a maioria no contexto terciário de atenção à saúde. O voluntariado nos hospitais foi tema da pesquisa de Selli e Garrafa (2005), que concluiu que as motivações para os participantes serem voluntários no contexto terciário são: motivações pessoais, motivações decorrentes da crença professada, e motivações despertadas pelo sentimento de solidariedade. Ainda no que concerne ao capelão contratado e ao voluntário, por meio da entrevista com participantes, foi possível perceber diferenças entre

eles, no qual o primeiro tem mais acesso e responsabilidade do que último, sendo que ambos são necessários e estimados para o exercício da capelania nos hospitais.

Os dados apresentados referem-se ao exercício da capelania, que é desenvolvido conforme a abordagem e as singularidades do capelão. Em relação à abordagem, os participantes foram respeitosos com a vontade do paciente e seu familiar, com o momento – se era oportuno ou não realizar o acolhimento, e com distintas religiões e crenças; nota-se que a postura respeitosa do capelão é coerente ao acolhimento que consiste em sua prática. Esse posicionamento compassivo nem sempre é condizente a abordagem biomédica tradicional. Segundo Andersen et al., (2020), esta abordagem, ainda vigente na maioria das universidades e formações, induz os médicos a se posicionarem como especialistas em relação aos pacientes, fomentando as assimetrias implícitas. O artigo citado também descreve a importância da tomada de decisão compartilhada sobre a realização do acolhimento espiritual, algo que os participantes deste estudo se propunham a realizar.

Os resultados deste estudo evidenciaram que a prática dos participantes se centrava na capelania espiritual de base cristã, que não é relacionada a uma única doutrina de fé; tendo somente um participante/capelão que realizava a capelania religiosa. Isto sustentou o posicionamento respeito dos capelães ao aceitarem as distintas religiões e crenças, indiferente da religião do capelão. Isso vai ao encontro de Gentil et al. (2011), quando aponta que o acolhimento necessitaria ser promovido indiferente da religião, das crenças R/E, de circunstâncias situacionais, de sexo, etnia, condições econômicas ou, ainda, de característica pessoal.

Os resultados suscitaram, ademais, estratégias para a realização do acolhimento espiritual, e essas constituem a abordagem desenvolvida pelo capelão. As estratégias citadas pelos participantes foram: a escuta do paciente, a caracterização de palhaço, a leitura da Bíblia, o canto, a música, o artesanato, a inclusão da família, o seguimento de um método, a realização do acolhimento em duplas e a entrega de balão ou de alguma lembrancinha; além disso, estão incluídas o seu testemunho e o relato de acontecimentos pessoais. Essas estratégias são adaptadas e modificadas frente à ausência e/ou esgotamento das crenças, como: contar sua própria história de vida e compartilhar histórias bíblicas inspiradoras. Por sua vez, quando essas não são efetivas, busca-se o desenvolvimento de vínculo por meio de assuntos aleatórios. Todas essas estratégias compõem a abordagem integrativa desenvolvida pelo capelão.

O desenvolvimento de estratégias, para uma abordagem mais integrativa, evidencia as singularidades do contexto hospitalar. Essa necessidade de adaptação e preparação é evidenciada por Antunes et al. (2021), ao sugerir que o capelão hospitalar esteja familiarizado

e preparado para trabalhar com a diversidade. Nesta perspectiva, o capelão encontra-se no hospital para acolher indivíduos em suas dificuldades, oferecer guarida espiritual aos usuários além de auxiliar no funcionamento hospitalar.

As singularidades do contexto hospitalar e o desenvolvimento de estratégias para uma abordagem integrativa tornaram-se urgentes diante do cenário pandêmico da Covid-19. A pandemia teve impacto significativo nas crenças religiosas e espirituais, e como descritos pelos participantes, muitos usuários enfrentaram medo, solidão e ansiedade. Além disso, as mortes deixaram as pessoas mais céticas, carentes e sensíveis. Estes dados fomentaram a reflexão sobre a vulnerabilidade populacional, termo cunhado por Jorge et al. (2021), ao expressarem a complexidade dos perfis de adoecimento e morte, algo que desafia os modelos tradicionais em cuidados em saúde.

A intensificação e a confusão dos sentimentos decorrentes da covid-19, segundo os participantes, propiciaram diversas reflexões aos usuários, nos quais a maioria deles buscou guarida na fé, ainda que outros tenham começado a questionar a sua própria congregação religiosa. Segundo Sant et al. (2020), a R/E foram recursos que facilitaram a necessidade de se reinventar durante a pandemia, justamente por ajudar o ser humano a encontrar sentido e propósito em meio a dor e ao sofrimento. Além disso, Koenig (2020) descreve que R/E ajudaria os sujeitos a vivenciarem os sofrimentos daquele momento.

Nesse sentido, o contexto pandêmico ressaltou agravos humanos, principalmente referentes às doenças. Por isso, era evidente a necessidade de desenvolvimento de cuidados em saúde que envolvessem a R/E, a fim de diminuir os estressores propiciados por aquele momento (Rossato et al., 2022). De forma contrária, os resultados da presente pesquisa apontaram a diminuição significativa no número de capelães realizando acolhimento nos hospitais, devido à necessidade de afastamento exigidas pelos protocolos. Isso propiciou expressiva disparidade entre oferta e procura e resultou na interrupção de algumas ações da capelania.

A redução ou a suspensão da prática do capelão durante a pandemia, segundo os participantes, fomentaram a valorização e a transformação da capelania, ao tornar evidente a necessidade do suporte espiritual, especialmente em momentos de crise. Por mais que não haja evidências científicas robustas sobre os benefícios da espiritualidade e a religiosidade, conforme descreve (Rossato et al., 2022), essas foram importantes recursos para lidar com os desafios da pandemia. Neste sentido, e conforme o autor mencionado, é importante refletir sobre como tais dimensões deveriam serem incorporadas aos cuidados de saúde com eficiência, resolutividade e fluidez, tanto para a população usuária quanto para os profissionais.

Ademais, não foram apenas os usuários que foram afetados pela pandemia. Segundo Kang et al., (2020), a situação vivenciada pelo Covid-19 foi um agravante para a saúde mental dos profissionais da saúde, os quais manejavam a doença. Muitos deles desenvolveram estresse, ansiedade, sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo. Esse cenário deixou-os mais propensos ao cuidado espiritual e, como consequência e necessidade disso, as atividades da capelania durante este período, segundo os capelães entrevistados nesta pesquisa, eram frequentemente voltadas aos profissionais.

A atenção e a dedicação dos capelães aos profissionais da saúde, segundo os participantes entrevistados neste estudo, fizeram com que esses valorizassem e reconhecessem a importância da capelania no contexto hospitalar. Segundo Ávila et al. (2021), a *fé na transcendência*, juntamente com outros fatores, como apoio da equipe, família, religião, prática de atividades físicas, experiência profissional e aprimoramento, foram mecanismos significativos de enfrentamento para os profissionais no controle do estresse e na redução da ansiedade e depressão, durante a pandemia. Desta forma, por meio do acolhimento realizado pelo capelão, os demais profissionais tiveram amparo para a sua fé e isso, fortaleceu a parceria entre eles, ampliando a compreensão do capelão como parte integrante da equipe multiprofissional.

Os resultados suscitaram, ainda, a necessidade dos capelães se adaptarem à realidade da pandemia, ao buscar estratégias criativas, como: gravação de vídeos e áudios, ligação e carta, na tentativa de oferecer suporte espiritual e emocional. Esses dados estão em consonância com o trabalho de Shoji e Matsue (2020), que descrevem um reencantamento R/E, decorrente do impacto da pandemia, em que eventos religiosos são buscados, assim como o *streaming* de orações de áudio e vídeo aumentaram durante este período. Segundo Carletti e Nobre (2021), a rotina de prática de devocionais, de distintas religiões, se fizeram presentes nos mais de 230 milhões de *smartphones* no Brasil; de acordo com o autor, essa é uma consequência da pandemia e da disseminação da *internet* de banda larga no país.

Em termos de síntese das categorias debatidas, e dos resultados obtidos e analisados nessa discussão, enfatiza-se que os capelães têm compreensão multifatorial sobre saúde e doença, no qual inclui a dimensão religiosa e espiritual. Essa significação reverbera tanto no exercício da capelania quanto na abordagem que eles se utilizam para realização do acolhimento espiritual. Essa compreensão faz com que o capelão desenvolva suas rotinas de forma congruente as necessidades do usuário, ao respeitar as diferentes religiões e crenças, e na tentativa de busca de novas estratégias, seja para facilitação do acolhimento espiritual, seja frente à ausência e ao esgotamento das crenças. O respeito à complexidade e a busca de

estratégias adaptativas, como também mostra o estudo, ficou mais evidente com a pandemia, no qual esses profissionais buscaram atender os pacientes, familiares e demais profissionais, na tentativa de amenizar os agravos da Covid-19. Por meio dos recursos religiosos e espirituais, e diante da complexidade e da necessidade do acolhimento espiritual e da presença do capelão, almeja-se-se pela sua valorização e pelo reconhecimento desse como parte constituinte da equipe de saúde.

Considerações finais

Com os resultados obtidos e analisados na discussão, enfatiza-se a importância da R/E como dimensão constituinte da compreensão de saúde e sua contribuição para ampliar a percepção sobre o que é doença. As informações apresentadas ressaltam a necessidade da inclusão da dimensão R/E nas formações dos profissionais da saúde, indiferente do curso de graduação. A falta de formação somadas às dificuldades no acolhimento R/E, por parte dos profissionais, mesmo compreendendo a importância desses em sua vida pessoal, gera marginalização das necessidades R/E dos usuários e, conseqüentemente, desvaloriza a capelania. A desvalorização invisibiliza o acolhimento espiritual ao minimizar a importância da R/E como estratégia adaptativa e de enfrentamento do paciente e dos familiares no tratamento das doenças crônicas.

Por sua vez, cumpre apontar que todos os participantes do estudo embora de diferentes religiões, todos pertenciam a matriz religiosa cristã. No que diz respeito à prática do capelão, ela é complexa e extrapola o acolhimento espiritual, envolvendo atividades administrativas e de gestão. Além disso, os capelães oferecem atendimento personalizado, o que requer desenvolvimento pessoal e profissional, incluindo estudo e empatia. Considera-se que o trabalho da capelania muitas vezes é invisibilizado e subestimado, seja pela dificuldade em quantificar seus resultados, seja por desvalorização dos demais profissionais da saúde. A desvalorização dos capelães reverbera na contratação deles nos hospitais, onde a quantidade ainda é insuficiente. Mesmo diante dos esforços desses, como ficou expressivo durante a pandemia, existe sobrecarga devido à falta de efetivos, e isso fomenta a disparidade entre oferta e procura. Esse contexto apenas não é pior devido ao trabalho crucial, benevolente e altruísta dos voluntários.

A forma como o exercício da capelania é realizado, caracteriza a abordagem dos capelães, sendo que está é marcada pelo respeito às singularidades dos pacientes e à diversidade de crenças. A maioria dos entrevistados realiza capelania espiritual, algo que destaca a importância de compreender a capelania para além das religiões. Diferentes estratégias de acolhimento espiritual são empregadas, algumas baseadas em estudos, outras em conhecimento

empírico. Estratégias envolvem a interação com a família, impactando positiva ou negativamente no acolhimento; e a busca por estratégias adaptativas, como escuta ativa, recursos lúdicos e parcerias.

A necessidade de encontrar distintas estratégias adaptativas ficou mais urgente na pandemia, a qual impactou significativamente a vida das pessoas e, consequentemente, a espiritualidade e religiosidade, inclusive, no contexto hospitalar. A oferta e a procura pela capelania nem sempre estavam alinhadas e muitas atividades da capelania, devido às restrições dos protocolos de atendimento, precisaram serem interrompidas. Justamente, diante de um cenário de medo e instabilidade da Covid-19, da impossibilidade da realização de algumas atividades, e da busca R/E como uma estratégia adaptativa de enfrentamento, é que capelania ganhou importância, valorização e representatividade.

Bem porque, antes da pandemia, o trabalho dos capelães era frequentemente invisibilizado, mas a crise revelou a necessidade e a relevância de sua atuação na equipe de saúde. A pandemia também destacou a importância da religiosidade no tratamento de doenças crônicas, já que as intercorrências afetaram pacientes, familiares, profissionais de saúde e o próprio exercício da capelania, exigindo estratégias adaptativas e reinvenção por parte de todos os envolvidos.

Perante os resultados apresentados, ressalta-se a importância da R/E na compreensão da saúde, a necessidade de valorizar o trabalho dos capelães e a capacidade de adaptação desses profissionais diante de desafios, como a pandemia. Nesse sentido, é necessário reconhecer a relevância do capelão como parte integrante da equipe de saúde e sua contribuição para o bem-estar dos atores envolvidos. Reconhecendo as lacunas da produção científica a respeito da capelania hospitalar, este estudo avança em: 1) reconhecimento da espiritualidade como uma dimensão de cuidado em saúde, 2) visibilizar a diversidade de atividades da capelania (acolhimento espiritual, rotinas administrativas e de intervenção junto ao paciente e família, tanto no contexto público e/ou privado; 3) ressignificar as atividades da capelania no período da covid-19, sendo o mundo virtual um caminho para manter R/E como um recurso efetivo para acolher o sofrimento das pessoas; e evidenciar 4) a falta de formação profissional para melhor reconhecer a dimensão religiosa, como fazendo parte das ações de integralidade em saúde.

Ainda é oportuno destacar a significação destes resultados no campo da Psicologia. Os atravessamentos da religiosidade e espiritualidade sobre a saúde mental indicam um fenômeno que precisa ser analisado, pois este reverbera no estilo de vida e no suporte social e emocional dos indivíduos. Ou seja, a saúde mental também é desenvolvida e constituída pela compreensão

individual e coletiva de religiosidade e espiritualidade, o que reverbera na forma de viver, gerando agravos e sofrimentos e/ou estratégias adaptativas e de enfrentamento. Por isso, torna-se necessário reconhecer as intercorrências da religiosidade e espiritualidade sobre a saúde mental.

No que diz respeito às limitações deste artigo, estas aplicam-se ao contexto sociocultural, pois foram entrevistados capelães do sul do Brasil, realidade esta que pode não ser condizente a todo o Brasil. Além de investigar a capelania em outras regiões de Brasil, sugere-se outras pesquisas relacionadas à percepção dos usuários e familiares sobre as atividades da capelania, assim como a distinção de grupo de capelães que são contratados e voluntários ou que desempenham distintas funções. Almeja-se, portanto, contribuir com subsídios para o aperfeiçoamento da regulamentação da capelania no Brasil, pois considera-se importante o reconhecimento da perspectiva da integralidade nas ações em saúde.

Referências

- Andersen, A. H., Assing Hvidt, E., Hvidt, N. C., & Roessler, K. K. (2020). ‘Maybe we are losing sight of the human dimension’—physicians’ approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 248–269. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1792308>
- Antunes, M. F., August, M. E. de M., & S, C. L. de. (2021). Fundamentos e Aplicação da Capelania Hospitalar. *Revista Cognition*, 3(1), 22–39. <https://doi.org/10.53546/2674-5593.cog.2021.3>.
- Ávila, F. M. V. P., Goulart, M. D. C. e L., Góes, F. G. B., Silva, A. C. D. O. e, Duarte, F. C. P., & Oliveira, C. P. B. de. (2021). Sintomas De Depressão Em Profissionais De Enfermagem Durante a Pandemia De Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76442>
- Lei n. 9.982, Pub. L. No. 9982 (2000, 14 de julho de 2000). Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9982-14-julho-2000-360444-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil (2020). Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências, *Brasília (DF)*, 1, 22.

- Carletti, A., & Nobre, F. (2021a). A Religião Global no contexto da pandemia de Covid-19 e as implicações político-religiosas no Brasil. *Revista Brasileira de História Das Religiões*, 39, 295–319. <https://doi.org/10.4025/rbhranpuh.v13i39.56601>
- Francisco, D. P., Costa, I. C. P., Andrade, C. G. de, Félix, K., Santos, O. dos, Brito, F. M. de, & Costa, S. F. G. da. (2015). *Contribuições Do Serviço De Capelania Ao Cuidado De Pacientes Terminais Contributions of the Chaplaincy Service To the Care of Terminal Patients*. 24(1), 212–219. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003180013>
- Gentil, R. C., Guia, B. P. da, & Sanna, M. C. (2011). Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery*, 15(1), 162–170. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000100023>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X0527990>
- Grandesso, M. (2011). *Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hegenberg, L. *Doença: um estudo filosófico* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Jorge, A. O., Costa, M. A., & Couto, V. R. (2021). Os desafios para manejo da pandemia da Covid-19 em um hospital de Belo Horizonte e sua relação com a APS. *Aps Em Revista*, 3(1), 24–31. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.143>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-)
- Koenig, H. G. (2020). Maintaining Health and Well-Being by Putting Faith into Action During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2205–2214. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 18–25. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>
- Pallini, A. C. (2021a). Os motivos para viver de uma amostra brasileira. *Psicologia Em Revista*, 27(3), 883–900.

- Panzini, R., & Bandeira, D. (2005). Spiritual/religious coping scale (SRCOPE Scale): elaboration and construct validation. *Psicologia Em Estudo*, 10(3), 507–516. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. 3 Ed. Thousand Oaks: Sage.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 318–325. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000400010>
- Rey, G. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Thomson.
- Rizzardi, C. D. do L., Teixeira, M. J., & Siqueira, S. R. D. T. (2010). Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo Da Saúde*, 34(4), 483–487. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104483487>
- Rocha, C. C. G. (2021). *Acompanhamento espiritual da pessoa em fim de vida: perspectiva de capelães hospitalares*. Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos.
- Rolland, J. (2016). Enfrentando os desafios familiares em doenças crônicas graves e incapacidade. In F. Walsh (Ed.), *Processos normativos da família* (4th ed., pp. 452–482). Artmed.
- Rossato, L., Ribeiro, B. M. dos S. S., & Scorsolini-Comin, F. (2022). Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. *Revista Do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 14(2), 1–13.
- Sant, G., Duarte Silva, C., & Beatriz Aguiar Vasconcelos, M. (2020). Espiritualidade e a pandemia da COVID-19: um estudo bibliográfico Spirituality and the COVID-19 pandemic: a literary analysis. *Com. Ciências Saúde*, 31(3), 71–77.
- Selli, L., & Garrafa, V. (2005a). Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 473–478. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000300020>
- Shoji, R., & Matsue, R. (2020). Digital Spirituality as Paradigm Shift? Religious Change during the COVID-19 Epidemics in Brazil. *SSRN Electronic Journal*, 1–16. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3650566>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Artmed.

- Weaver, A. J., Pargament, K. I., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2006). Trends in the scientific study of religion, spirituality, and health: 1965-2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9011-3>
- World Health Organization (WHO) (2020). *Prevention and control of noncommunicable diseases*.
https://www.Paho.Org/Bra/Index.Php?Option=com_docman&view=download&alias=1178-Resolucao-53-17-Prevencao-e-Controle-Doencas-Cronicas-Nao-Transmissiveis-8&category_slug=doencas-Nao-Transmissiveis-948&Itemid=965

5.3 ARTIGO 3 - ESTUDO EMPÍRICO: O processo de tornar-se capelão e sua percepção sobre os pacientes, familiares e profissionais da saúde¹⁶

O processo de tornar-se capelão e sua percepção sobre os pacientes, familiares e profissionais da saúde

The process of becoming a chaplain and its perception of patients, families, and health professionals

Resumo

A religiosidade e a espiritualidade são dimensões significativas e constituintes da compreensão de saúde/doença, sendo o capelão responsável por reconhecer e acolher essas dimensões. Este estudo objetivou compreender o processo de se tornar capelão e a dimensão relacional do acolhimento espiritual nas doenças crônicas no contexto hospitalar. Foi realizada uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa ao entrevistar doze capelães que prestavam acolhimento em hospitais. A organização e a análise de conteúdo dos dados, fundamentou-se na técnica de codificação proposto pela *Grounded Theory* e contou com o auxílio do *software Atlas ti.22*. Os resultados revelaram a complexidade das singularidades das histórias de vida e das experiências vividas no processo de tornar-se capelão. Foi também evidenciada a importância do acolhimento espiritual no enfrentamento dos agravos da doença crônica na dimensão relacional, junto aos pacientes, familiares e profissionais da saúde. Almeja-se por maior protagonismo e reconhecimento dos capelães nos cuidados em saúde, assim como a regularização e a regulamentação do acolhimento espiritual no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Capelão; Acolhimento espiritual; Pacientes; Familiares; Profissionais da saúde.

Abstract

Religiosity and spirituality are significant dimensions and constituents of the understanding of health/illness, and the chaplain is responsible for recognizing and embracing these dimensions. This study aimed to understand the process of becoming a chaplain and the relational dimension of spiritual care for chronic illnesses in the hospital context. An exploratory research with a qualitative approach was carried out by interviewing twelve chaplains who provided spiritual care in hospitals. The organization and content analysis of the data was based on the coding technique proposed by Grounded Theory and with the help of the Atlas ti.22 software. The results revealed the complexity of the singularities of life stories and experiences in the process of becoming a chaplain. The importance of spiritual care in coping with the problems of chronic illness in the relational dimension was also highlighted, together with the patient, family members and health professionals. It advocates for greater protagonism and recognition of chaplains in health care, as well as the regularization and regulation of spiritual reception in the hospital context.

Keywords: Chaplain; Spiritual care; Patients; Relatives; Health professionals.

Introdução

A Capelania Hospitalar define-se como a prestação de serviço religioso e espiritual direcionada aos pacientes da rede hospitalar pública ou privada. Leis federais e estaduais garantem o acesso a tal serviço, bem como a Constituição Brasileira de 1988, nos seguintes termos: “[...] é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” (CF art. 5º, VII). Em 1999, o Decreto nº 44395 regulamentou a Lei nº 10.066 de 1998, a qual dispõe sobre a prestação de assistência religiosa no âmbito hospitalar público e privado, civis e militares, e de internação coletiva (GENTIL; GUIA; SANNA, 2011). Já a Lei nº 9.982 (Brasil, 2000, p. 1), dispõe sobre a prestação de assistência religiosa e, nos dois primeiros artigos, é descrito o direito ao acesso dos religiosos, independentemente de suas confissões, aos hospitais da rede pública ou privada de caráter prisional civil ou militar. Assim sendo, o acolhimento espiritual pode ser prestado se os internados e os seus familiares tiverem desejo e externalizarem o consentimento a esse serviço.

O acolhimento espiritual é promovido por capelães, os quais devem respeitar as normas legais internas das instituições hospitalares e/ou penais de modo a garantir as condições adequadas aos pacientes e a segurança dos atendimentos nos locais determinados Francisco et al. (2015, p. 213). capelania, nesse contexto, objetiva oferecer apoio espiritual, social e emocional aos pacientes, cuidadores e profissionais da saúde. As atividades de acolhimento espiritual são ofertadas, proativamente e sem proselitismo, não discriminando preferências religiosas, características pessoais específicas, situações socioeconômicas, sexo e etnia. Ressalta-se, portanto, que a atividade da capelania cria interação entre espiritualidade e saúde, ao incentivar a recuperação dos pacientes por meio da religiosidade e da espiritualidade, e ao buscar a melhoria da qualidade de vida de pacientes em fase terminal.

No contexto hospitalar brasileiro, dada a necessidade dos atendimentos aos usuários, o número de capelães têm crescido e o apoio oferecido por estes alcança desde os pacientes até os demais profissionais de saúde (GENTIL; GUIA; SANNA, 2011, p.164). Segundo Francisco et al. (2015, p. 213), o acolhimento propicia assistência e atenção às subjetividades e espiritualidades dos envolvidos, incluídos seus sentimentos, suas suposições, suas crenças e suas percepções sobre o sagrado e as doenças, a hospitalização, a finitude e a possibilidade de morte.

Considerando o exposto, o acolhimento espiritual ajuda, potencialmente, no tratamento das doenças. Com isso, corroboram Harrison et al. (2001, p.86), os quais demonstram a relevância do acolhimento espiritual ao sugerirem que pacientes, com alguma

crença R/E¹⁷, podem ser incentivados a buscar outras maneiras de manejar a sua doença. A procura pelo auxílio seria conduzida por um conselheiro pastoral e/ou capelão, o qual consideraria os antecedentes religiosos e espirituais do usuário (HARRISON et al., 2001). Neste sentido, o cuidado espiritual e religioso é importante para ajudar os indivíduos a superar o sofrimento e enfrentar a doença (VIANA MARQUES; DE OLIVEIRA VALENTE; CAVALCANTI, 2021, p. 230). Além disso, HARRISON et al. (2001, p. 90) recomendam a integração do capelão na equipe de cuidados em saúde para que as demandas R/E sejam abordadas durante o tratamento da doença. Francisco et al. (2015, p. 216) dialogam com essa perspectiva ao descreverem que pacientes, quando acompanhados por capelães e respeitados em suas crenças R/E, apresentam abrandamento de sintomas depressivos resultantes dos tratamentos e dos agravos no quadro de saúde.

No caso das doenças crônicas, os cuidados das equipes de saúde envolvem estratégias e recursos que exigem atitudes compreensivas em relação à R/E devido à complexidade da situação (HARRISON et al., 2001, p. 90). Se o profissional de saúde desqualifica a crença do paciente e/ou da sua família, isso fomentará a piora, a aderência precária ou o malogro do tratamento, como constatou Rolland (2016, p. 472). Este autor também demonstrou que os pacientes são igualmente responsáveis e protagonistas nas decisões sobre o seu corpo; assim sendo, a equipe de saúde precisaria rever seus eventuais papéis e serem coadjuvantes no tratamento (ROLLAND, 2016, p. 476). Contudo, como descrevem Viana Marques, de Oliveira Valente e Cavalcanti (2021, p. 240), muitos profissionais de saúde têm dificuldade de entender a influência da R/E sobre a doença nos pacientes. Em contrapartida, Nwora e Freitas (2020, p. 206) elucidam que os pacientes que tiveram a sua R/E acolhida pelos médicos, em consultas, voltavam a tratar do assunto em novo atendimento.

A partir do que foi apresentado nessa introdução, este artigo objetiva compreender o processo de se tornar capelão e a dimensão relacional do acolhimento espiritual nas doenças crônicas no contexto hospitalar. A relevância científica e social deste estudo se assenta na busca da valorização do profissional da capelania que é, frequentemente, invisibilizados nos contextos de formação acadêmica e nas publicações científicas. E com isso, ressalta-se a complexidade do processo de se tornar capelão, dando protagonismo ao acolhimento espiritual como recurso valioso no tratamento das doenças, com destaque para as doenças crônicas no contexto hospitalar.

¹⁷ R/E: Abreviação para Religiosidade/Espiritualidade.

Método

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo qualitativo, exploratório e transversal (REY, 2011, p. 48; PIOVESAN; TEMPORINI, 1995, p. 319). Os participantes foram doze capelães selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: a) oferecer serviço de acolhimento espiritual a pacientes, familiares e profissionais da saúde, há pelo menos, um ano em contexto hospitalar, b) oferecer serviço de acolhimento espiritual o paciente com doenças crônicas incapacitantes, com risco de morte, que exigem hospitalização e c) estar prestando acolhimento espiritual em algum dos três estados da região Sul do Brasil. O quantitativo de 12 sujeitos deste estudo está referenciado na criteriosa pesquisa de Guest, Bunce e Johnson (2006, p. 74) como suficiente para a obtenção da saturação teórica, sendo que já na sexta entrevista observou-se a início da saturação. No que concerne ao acesso e ao convite para os participantes da pesquisa, foi utilizada a técnica *snowball* (i.e., “bola de neve”) (PATTON, 2002, p. 230).

Os participantes do estudo tinham idade entre 21 e 78 anos, sendo sete mulheres e cinco homens. As experiências em capelania variaram entre 2 e 52 anos, e sete participantes eram contratados pelos hospitais e cinco realizavam atividades voluntárias. A procura pelos participantes da pesquisa e a realização da coleta de dados aconteceram de forma *on-line*, de acordo com o plano de contingência nacional do covid-19 (Brasil, 2020). A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e entrevista em profundidade e semiestruturada, que ocorreram entre janeiro, fevereiro e março de 2022. Durante este período, os hospitais estavam reduzindo, gradualmente, as restrições do plano de contingência e, por isso, foi possível observar nas falas de alguns dos participantes, que a pandemia ainda se fazia vigente e, em outras falas, a descrição desse evento no passado.

A análise de conteúdo dos dados foi realizada por meio do método de análise proposta pela *Grounded Theory*, em tradução para a língua portuguesa, como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 25). Além disso, o processo de organização e sistematização dos dados coletados foi realizado por meio do *software Atlas.ti 22 e 23* – versão *desktop*. Essa pesquisa atendeu às exigências da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do parecer 5.003.054.

Resultados

Por meio da entrevista com os capelães e com auxílio do *Atlas.ti*, foi realizada a sistematização dos resultados, em categorias e subcategorias, as quais congregaram os

elementos de análise que serão discutidos a seguir neste artigo. A categoria 1 – *O processo pessoal de ser capelão* englobou as subcategorias: 1.1. *Vivências que levaram a escolha de ser capelão*, 1.2. *Aspectos positivos e negativos de ser capelão*, 1.3. *Busca de estratégias de motivação, autocuidado e ressignificações na vida pessoal*; já a categoria 2 – *A dimensão relacional do exercício da capelania* envolveu as subcategorias: 2.1. *O olhar do capelão sobre os pacientes*, 2.2. *Olhar do capelão sobre os familiares*, 2.3. *Olhar do capelão sobre os profissionais da saúde*.

2.1 O processo pessoal de se tornar capelão

Esta categoria congrega o conjunto de vivências pessoais que alicerçaram e construíram o processo de se tornar capelão, além dos pontos positivos e negativos de exercer a capelania e a busca de estratégias de motivação e autocuidado. Ela foi dividida em três subcategorias e a primeira delas apresenta as vivências que levaram o capelão a escolher a capelania. A vivência pessoal de fé foi experiência consensual entre os participantes, inclusive, duas entrevistadas seguem a vida religiosa, a E05 e a E01 respectivamente: “(...) a minha fé sempre teve um papel muito importante na minha vida” e “(...) a minha vida religiosa, de espiritualidade, é uma vida que eu cuido muito, que eu cultivo muito”.

Por mais que todos tenham descrito serem religiosos e espiritualizados, o quando e o como isso aconteceu é algo singular na vida de cada capelão, a exemplo do entrevistado E11, que relatou seu desejo pela vida religiosa: “Eu, antes até de ser seminarista, a minha pretensão era de ser um sacerdote, né”. A vivência religiosa ainda pode ter sido experienciada por meio de *milagre* como descreveu o entrevistado E07:

Eu tinha um refluxo, aí eu tive um engasgamento e eu tive uma parada cardiorrespiratória (...) E a minha vó dobrou (...) o joelho do lado da maca e ela falou assim ‘Deus, eu sei que tu tem um propósito na vida dele, e eu sei que tu vai concluir esse propósito na vida dele’ e ela orou por mim e eu vomitei (...) ¹⁸.

Além dos participantes terem se descrito como religiosos e espiritualizados, eles relataram que a vivência de fé impulsionou a escolha pelo exercício da capelania. A entrevistada E09 descreve a seguir o *chamado de Deus*: “(...) voltei pra casa eu fui orar, (...) e eu escutei (...) a voz do Espírito Santo (E ele falou): ‘Nunca mais reclame e nem fale de uma forma triste dessa situação, porque eu preparei você a vida inteira (...)’

¹⁸ Todas as citações das entrevistas no presente artigo respeitam os dados de sigilo da pesquisa acadêmica. A indicação dos entrevistados é definida pela numeração de E01 a E12, a qual acompanha os relatos apresentados nas citações diretas ao longo do texto.

Outra vivência importante na escolha de ser capelão foi a influência e o incentivo de pessoas significativas, como descreveu o entrevistado E07: “(...) o meu tio é capelão há 20 anos (...), e foi através dele que eu conheci a capelania (...)”; O incentivo de uma pessoa significativa também influenciou o entrevistado E11: “(...) eu tive contato com um capelão - então foi a primeira experiência que eu tive. E eu achei fantástica a abordagem que ele tinha (...), o envolvimento que ele tinha (...)”. O incentivo de outrem também aconteceu depois de um momento difícil da vida do participante, como expôs a entrevistada E09: (...) “numa conversa com uma pastora, ela me perguntou sobre minha vida (...) contei toda a história do cuidado com a minha vó” (...). A experiência como cuidador(a), como descrito por E09, ao se referir aos cuidados da avó, também foi exposta por outros participantes como vivência que definiu a escolha de ser capelão; entrevistada E02 disse: (...) eu passei muito tempo no hospital com minha filha (...) faz 5 anos que minha filha faleceu (...) Quando a (nome da filha) faleceu, na Igreja eles disseram ‘tu perdeu a (nome da filha), mas tu vai ser mãe de muitos’ (...).

Além da experiência de cuidado, a vivência de quase morte, de alguém muito próximo ou de sua própria vida, foi fator significativo na escolha pela capelania. Isso apareceu nos relatos respectivos dos participantes E10 e E07: “Eu acho que isso serviu, está servindo (...). Eu diria, assim, que eu sou muito melhor do que há quase um ano atrás, quando eu tive o problema, que eu me tornei uma pessoa melhor (...)”, e (...) “a minha filha ela teve uma convulsão febril, e ela tinha 8 meses, foi exatamente a mesma idade que eu tinha. E eu sempre falei sobre esse testemunho, mas eu nunca tinha sentido o que eu senti”. Nota-se que as vivências que levaram à escolha pela capelania foram norteadoras e impulsionadoras do processo de se tornar capelão.

Ainda no que concerne o processo pessoal de tornar-se capelão, existem aspectos positivos e negativos presentes na segunda subcategoria. Os participantes destacaram aspectos positivos, como a realização pessoal com o exercício da capelania; entrevistado E08 : “É um trabalho que me alimenta espiritualmente, que me faz bem, espiritualmente então eu saio flutuando”, e do entrevistado E10: “(...) eu poder levar conforto para as pessoas, independente do fato delas serem da Igreja ou não, é, me faz sentir útil”. Outro aspecto positivo é o envolvimento emocional com os pacientes, como disse E09: “(...) cuidei de um paciente que tinha 98% de queimadura no corpo (...) comecei a falar do grande amor que Deus tinha pela vida dele, (...) porque eu soube que ele tinha tentado, tentativa de suicídio (...), e as lágrimas escorriam por cima daquela queimadura”.

Em complementariedade ao envolvimento emocional com os pacientes, as entrevistadas E08 e E12 apresentaram o retorno positivo deles: “(...) a gente escuta muito falar ‘anjo’, né,

que ‘recebemos a visita de um anjo’ (E08). E em E12: “Que gostoso, que bom que você veio, tô mais tranquilo (...)”. Outro aspecto positivo é a irmandade e a parceria entre os capelães presente para E11: “Então, assim, o que eu tenho, aí eu crio as minhas redes, né, de suporte, onde eu também sento com outros capelães”.

Além dos aspectos positivos, os participantes enfatizaram situações negativas do exercício da capelania. Dentre eles, o preconceito de alguns pacientes e profissionais da saúde. O entrevistado E03 elucida uma situação, na qual um paciente, por ser de filiação religiosa diferente da dele, se mostrou reativo, inicialmente, ao acolhimento espiritual: “Que outras crenças?’.. (...) Aí ele disse. (...) ‘O que faz um pai de santo?’. Ele foi me descrevendo toda cena, o que ele fazia’. (...) ele se sentiu muito à vontade (...), e eu perguntei se eu poderia orar por ele (...). ‘Pode’. Ok, orei por ele (...)”.

A descrição do entrevistado E03 evidencia o preconceito de um paciente, entretanto, segundo os participantes, a maioria dos prejulgamentos são realizados pelos demais profissionais da saúde. A entrevistada E09 relatou o que escutou de um médico do hospital: “O que é que esse capelão tá fazendo aqui? Se eu dei conta, se eu tô dando conta do recado, ou se eu não dei, tá perdendo tempo”. Já o participante E07 descreveu as dificuldades com os psicólogos: “Tem um núcleo bem específico que acredita que a gente é uma força contrária ao que eles pregam, que é o núcleo da psicologia”.

Outro aspecto negativo evidenciado pelos capelães é a dificuldade de trabalhar com a morte, como descrito pela entrevistada E04: “(...) eu não queria presenciar a morte de alguém (...)” e ela continua: “(...) quando eu sabia que alguém estava passando mal (...) eu passava na Capela e dizia: ‘Ai seu Deus, por favor, não me deixa essa pessoa morrer enquanto eu tô lá com ela’(...)”. Além dessa dificuldade, pode ocorrer transferências em suas vidas pessoais:

A criança veio pro hospital (...) e essa menina evoluiu para um quadro de morte cerebral, ele (pai) disse assim: ‘Pastor o que eu vou fazer agora? Minha filha adora andar de bicicleta (minha menina anda de bicicleta), a minha filha todo dia de noite eu contava história (...) (eu faço isso com minha filha)’ – (...). Eu pedi licença, eu saí daqui, eu saí pra chorar (...) (E03).

Entre os aspectos negativos, os capelães descreveram, também, a necessidade de conciliação entre vida privada e a capelania, elucidada pelo entrevistado E03: “Minha esposa um dia disse pra mim ‘(nome do participante’, ou Igreja ou família’. Eu tinha uma menina de 2 anos, então isso pra mim foi muito difícil decidir”. A necessidade de conciliação também

emergiu na fala do entrevistado 07: “(...) a verdade eu dedico [à capelania] tempo integral, full-time, (...). Só final de semana que eu evito de me envolver (...)”.

Os aspectos negativos do exercício da capelania se constituíram em atravessadores da prática o que os levou a buscar estratégias de motivação, autocuidado e ressignificações na vida pessoal como apresentados na terceira subcategoria. A inspiração na Bíblia e nas conversas com as pessoas foi apontada como uma estratégia de motivação: “(...) eu sempre vou buscar em alguma coisa, alguma situação, até na própria bíblia” (E09). Outra estratégia desse tipo evidenciada pelos capelães é rezar, participar de grupo de estudo e ter orientação de outro capelão, como relata o entrevistado 11: “(...) a gente também tem um dia da semana em que a gente senta pra fazer um estudo de caso (...)”.

Como autocuidado, os entrevistados fazem atividades físicas, meditação, psicoterapia, cuidam da alimentação e buscam descansar, como foi explicitado por E11: “(...) você tem que ter os seus escapes, né (...) eu sou judoca, então eu vou pra prática do judô, também sou ciclista, pedalo um pouquinho lá pra dar uma desestressada, (...); se você não tiver, aí você surta”. Além disso, o entrevistado 07 descreveu: “(...) eu tenho, eu tenho um capelão que cuida de mim, eu tenho um pastor que cuida de mim, eu tenho um psicólogo que cuida de mim, porque senão eu fico louco (...)”.

Além dessas estratégias, os capelães descreveram ressignificações na vida pessoal depois da capelania, em que eles passaram a compreender melhor as experiências de morte, como afirma E05: “ (...) me despertou pra essa questão do sofrimento humano que vai além do sofrimento físico, aquele sofrimento que afeta todas as outras áreas (...)”. Ademais, os capelães passaram a avaliar melhor o trabalho, a família e a igreja: “(...) então influencia em tudo, né, e com isso consequentemente na minha casa, na minha família (...)” (E08).

2.2 A dimensão relacional do exercício da capelania

Esta categoria apresenta a percepção do capelão sobre os pacientes, familiares e profissionais da saúde. Essa foi dividida em três subcategorias, sendo que, na primeira delas, apresenta-se o olhar do profissional da capelania sobre os pacientes. Segundo os entrevistados, a maioria dos pacientes deseja e é receptiva ao acolhimento espiritual, como diz E01: “A maioria (...), são pessoas já com uma certa caminhada de fé”. Sobre isso, a entrevistada E12 descreveu que alguns pacientes dão indícios sobre a R/E deles antes mesmo dos capelães os questionarem: (...) “porque a maioria, quando você chega, um leito, e diz ‘Como você tá?’, ‘Eu não tô legal e tal’, mas ‘Graças a Deus eu vou melhorar’”.

Além do desejo e da receptividade, os pacientes dão retornos positivos sobre o acolhimento espiritual como relata a E12: “(...) Assim, a maioria (...), aceita muito bem, gosta,

fala assim ‘Que bom, que maravilha’, e, assim, e o feedback é sempre assim (...)’. Os participantes expuseram que o desejo e a receptividade ao acolhimento espiritual, na maioria das vezes, foram indiferentes da religião, pois como descreveu o capelão E04: “(...) as pessoas querem escutar uma palavra de ânimo”. Os capelães entrevistados igualmente narraram situações nas quais os pacientes ficavam mais receptivos ao acolhimento: 1) quando o médico indica e valoriza a oração, 2) em casos de doenças graves e/ou terminalidade, e 3) quando a solicitação de acolhimento vem de alguém da família. Ainda no que concerne ao acolhimento, alguns pacientes compreendiam a presença do capelão como algo divino: “‘Sim, eu fui visitado por Deus nesse momento (...)’” na fala de E08. Esta proximidade entre o paciente e o capelão, por vezes, criava vínculos entre eles: “‘(...) a gente acaba criando vínculo, um elo, e ele também entende que, é, fomos instrumentos pra que ele fosse, né, acolhido na fé dele (...)’”, como afirmou E11.

Outra percepção do capelão sobre os pacientes é a ressignificação da R/E diante da doença. Segundo os entrevistados, a doença faz com que os pacientes se (re) aproximem da sua fé, como uma fase a superar. Desta forma, o diagnóstico e o prognóstico, assim como o tempo de hospitalização, mudam a forma como o paciente e o familiar lidam com a doença e a capelania a exemplo do que é narrado por E12: “Sim, muda [interfere], porque muitos falam assim ‘Eu não tava bem, eu tava afastado, (...), mas eu tô vendo que é hora de eu voltar, porque Deus tá me dando uma nova chance (...)’”. A (re) aproximação dos pacientes de Deus quando estão doentes, é uma estratégia de busca de sentido para a enfermidade. Essa é mais expressiva quando os pacientes entendem que “não tem mais possibilidades” (E02) e, desta forma, delega-se a ajuda a um ser “superior” (E02). O cenário de saúde e doença deixa os pacientes mais receptivos à R/E no contexto hospitalar do que nas igrejas:

(...) O que eu sinto é que no hospital as pessoas são muito mais receptivas pra ouvirem coisas a respeito de espiritualidade (...) Não quero me referir a pessoas religiosas, elas são receptivas a qualquer momento, mas as pessoas que não têm uma religiosidade muito forte, (...), no hospital se tornam muito mais receptivas (E05).

A receptividade e a abertura ao acolhimento espiritual no contexto hospitalar, segundo a entrevistada E10, é estratégia do paciente para barganhar diante da doença. Além disso, os pacientes que eram espiritualizados e otimistas tendiam a encarar melhor a doença, indiferentemente ao diagnóstico. Desta forma, os participantes foram unânimes ao apontar que os pacientes que recebiam acolhimento espiritual aceitavam melhor o diagnóstico e prognóstico: “Se há pessoas (...) que estão bem resolvidas com a sua espiritualidade, elas vão

ouvir uma notícia de terminalidade de vida, vão passar pelas fases da Raiva, na Negociação, e tal, mas elas vão mais facilmente para a Aceitação” (E03). Afinal, como descreve o entrevistado E03: “A compreensão de fé de um paciente interfere em decisões cruciais na vida e na saúde, e também na questão de óbito”.

Ainda no que tange à percepção do capelão sobre os pacientes, os participantes expuseram que a maioria dos acolhidos não falavam sobre a doença e, sim, acerca da vida fora do hospital; quanto mais graves o diagnóstico e o prognóstico do paciente, mais as questões abordadas eram externas às doenças em si. Os principais assuntos neste contexto tratavam de família, brigas e culpas: “(...) apesar de ela estar doente (...), as pessoas não falam sobre as doenças, elas falam sobre as pessoas que ficaram fora do hospital: falam sobre família, falam sobre os conflitos que tiveram e não foram resolvidos, falam sobre culpa” (E05). Segundo os participantes, a doença e a hospitalização emergem a necessidade de perdão de si e do outro; além disso, nota-se o rancor como atravessador diante da morte.

A receptividade e a aceitação do acolhimento espiritual não são unânimes entre os pacientes como aponta E10: “(...) alguns pacientes não queriam conversar, outros queriam conversar até bastante, né, então variava muito do momento da enfermidade (...)”. Neste sentido, é necessário ressaltar que existem pacientes, mesmo sendo a minoria, resistentes ao acolhimento espiritual, e que a resistência ao acolhimento espiritual se expressa de formas distintas.

Os capelães descreveram que alguns pacientes, quando ficavam doentes, começavam a fazer vários questionamentos (E09), inclusive sobre sua R/E (E05), o que fomentaria possível afastamento inicial de Deus (E01). Neste momento inicial, alguns pacientes ficavam bravos e raivosos, inclusive associavam a “doença como um castigo de Deus, um carma” (E03). É justamente, aqui, que alguns pacientes se recusavam a receber o acolhimento espiritual: “(...) Quando alguém não é resolvido espiritualmente, a pessoa fica mais na questão da rebeldia, do ódio, da raiva, de querer expulsar todo mundo(...)” (E03). Os capelães apresentaram situações intensificadoras para essa resistência: 1) a religião do paciente – a depender da religião, eles são mais resistentes; 2) os pacientes idosos são os que têm mais dificuldade em aceitar acolhimento espiritual de distintos capelães e de outras denominações de fé; 3) quando os pacientes não têm os pedidos de cura atendidos por Deus, isso pode ocasionar um afastamento da sua religiosidade; e, por fim, outro agravante é, 4) a promessa de cura de um líder religioso da comunidade de fé do paciente, que quando não ocorre, pode afastá-lo daquela igreja.

Nesses casos, nos quais existem agravantes que intensificam a resistência, o paciente “(...) não quer muito ouvir, fecha o olho quando você está falando alguma coisa, como se

negasse aquele momento” (E01). Esta resistência, segundo o capelão E07, é porque alguns pacientes têm dificuldade de entender que “(...) a cura que Deus oferece nem sempre é da doença” (E07). Mesmo diante da recusa de alguns pacientes em receber o acolhimento, eles ainda foram respeitosos com os capelães (E08).

Para além das percepções do capelão sobre os pacientes, existe o olhar desse sobre os familiares, presente na segunda subcategoria. Segundo os participantes, a maioria dos familiares, foram receptivos ao acolhimento espiritual, E05: “(...) família tem uma espiritualidade mais, mais presente, então eles veem muito poder na oração (...)”. Porém, a receptividade familiar ao acolhimento espiritual não foi unânime, como relatou a capelã E12: “Tem famílias, é, mais receptivas, e outras nem tanto”. A resistência familiar pode ocorrer diante das distintas crenças religiosas entre: pacientes, familiares e capelão. Alguns familiares têm medo de “*serem evangelizados*” (E12).

Neste sentido, pode-se afirmar que os familiares influenciavam no acolhimento espiritual e na religião do paciente; E11: “(...) às vezes o paciente aceita, mas a família não; às vezes os dois não querem”. Esta influência é tão expressiva sobre o paciente e seu tratamento, que são os familiares que mais solicitam a acolhimento espiritual. Esses pedem oração, principalmente, quando percebem que o paciente está abalado ou passando por crise existencial; e solicitam acolhimento mesmo quando o paciente não é religioso.

Nesse sentido, a solicitação de acolhimento espiritual do familiar é um pedido de ajuda que aproxima o vínculo entre o familiar e o paciente, quase como se fosse “(...) dando um presente a alguém” (E12). Além disso, a solicitação familiar, geralmente, aparece em momentos de desespero, quando não se sabe mais o que fazer, principalmente com os filhos menores. Tal desespero é um pedido de ajuda, “não quero que ele morra sem ouvir a presença de Jesus” (E09).

A solicitação familiar também ocorre como estratégia de conversão do paciente não religioso. Muitas vezes, quando o familiar é religioso e o paciente não, os familiares procuram a capelania e querem “terceirizar a fé” (E5), ao insistir que a capelania faça algo pelo paciente, mesmo sem a concordância desse: “(...) existe uma certa cobrança da parte da família e uma exigência que a capelania assuma esse papel de, tipo, ‘Ai meu deus, ele tem que se converter antes de morrer’ (...)” (E05). A expressiva solicitação dos familiares e o desejo pela conversão do paciente, mesmo contra vontade desse, evidencia o quanto os familiares necessitam de acolhimento espiritual. Segundo os participantes, os familiares ficam mais vulneráveis e inseguros com a doença do que os próprios pacientes: “Às vezes o paciente tá calmo, tá tranquilo, tá aceitando a doença, mas o familiar tá desesperado” (E05). Por isso, os capelães

compreendem o familiar também como um paciente, visto que ele também é acometido pela doença: “(...) o familiar é um paciente também, sabe? Se for analisar, ele é um paciente, porque muitas vezes o parente do paciente está enfermo também” (E10).

O olhar do capelão sobre as vulnerabilidades do familiar, inclusive ao compreendê-lo como paciente, qualifica o acolhimento espiritual e ressalta a importância do serviço da capelania. Além disso, é oportuno demonstrar o olhar do capelão sobre os profissionais da saúde, como definido na terceira subcategoria. Assim como já descrito, a maioria dos pacientes e familiares é receptiva ao acolhimento espiritual e isso não é diferente com os profissionais da saúde: “(...) eles necessitam, seja o profissional médico, seja o profissional da enfermagem, ou de outra área multi, eles têm essa necessidade, eles clamam por isso” (E01). A receptividade dos profissionais da saúde também é ressaltada pela entrevistada E09: “(...) eles são muito requisitivos, eles querem tar junto, eles pedem pra tar junto, eles pedem pra orar ‘Eu também preciso de oração, dá pra você voltar aqui?’”(E09). Contudo, assim como há os sujeitos receptivos entre os pacientes e os familiares, existe uma minoria que é resistente, como descreve E10: “(...) hoje, eles aceitam a presença da gente, a maioria; mas existe uma minoria que não aceita, então a gente tem que saber negociar com eles”. Segundo os capelães, essa minoria tem dificuldades em aceitar o serviço da capelania e alguns profissionais apresentam “*olhares julgadores*” (E06), e a discriminação parte de quem se declara ateu.

Os capelães igualmente afirmaram que quando se inicia o serviço de capelania no hospital, geralmente, os profissionais da saúde ficam mais resistentes. Mas isso tende a ser atenuado com o tempo, pois os profissionais são influenciados pelo posicionamento do hospital frente à capelania. Ou seja, o modo como o hospital posiciona-se sobre o acolhimento espiritual influencia os profissionais da saúde. Inclusive, o capelão E08 contou que, depois da inauguração de um espaço para a capelania em determinado hospital, os profissionais ficaram mais solicitantes por conversas e orações aos capelães. Percebe-se que, se existe a aceitação e o respeito do hospital, os profissionais solicitam acolhimento espiritual para pacientes, familiares, outros profissionais, para si e seus familiares: “(...) tem uns que dizem para os doentes: ‘tem que rezar, é importante seguir alguma coisa que você acredita’”(E04). Além disso, alguns profissionais da saúde ofereceram acolhimento espiritual ao rezar com os pacientes, ou ainda, ao tentar aprender e se capacitar. Conforme a capelã E01: (...) “Tem profissionais que buscam em alguns momentos dar essa assistência espiritual para o paciente. Tem muitos profissionais que vêm na minha sala buscar um livrinho, um terço, alguma coisa pra algum paciente” (...). Desta feita, um número expressivo de profissionais compreendia os capelães como parte integrante da equipe multiprofissional: “(...) Hoje (...) a gente faz parte

da equipe multiprofissional, se espera que o capelão venha, se chama o capelão (...) ‘Chama o pastor, ele tem alguma coisa pra falar pra essa gente’ (E03).

Discussão

De acordo com os dados descritos nos relatos, percebe-se a relevância das experiências pessoais na constituição do papel de capelão. Essas reverberam nas vivências que levaram à escolha pela capelania, ao começo do exercício profissional e à rotina do capelão. Segundo o relato dos participantes, que se caracterizavam por professar religiões de matriz cristã, as principais condições que levaram à escolha pela capelania perpassam a influência de pessoas significativas, as experiências de cuidado e de morte, mas principalmente, aquelas relacionadas à fé. As situações e condições que mobilizaram e sensibilizaram os atendimentos e as vivências do capelão também foram evidenciadas no estudo de Nwora e Freitas (2020, p. 204).

Os capelães entrevistados, ainda no que concerne o processo de se tornar capelão, destacam aspectos positivos e negativos sobre o exercício da capelania. Os positivos foram: 1) realização com o exercício da capelania, 2) envolvimento emocional com os pacientes e o retorno positivo dos mesmos, 3) irmandade entre os capelães, e 4) convivência com diferentes religiões. E como aspectos negativos: 1) afronta de alguns capelães, 2) preconceito dos alguns pacientes e profissionais da saúde, 3) dificuldades de trabalhar com a morte, e 4) necessidade de conciliação entre vida privada e a capelania. Os aspectos positivos e negativos também emergiram no estudo de Nwora e Freitas (2020, p. 205), mesmo como propostas e objetivos diferentes.

Na pesquisa de Nwora e Freitas (2020, p. 205), foi questionado aos capelães sobre a relação entre R/E e saúde mental, em que esses destacaram relações positivas e negativas. As relações positivas destacam a promoção de bem estar físico e mental, promovendo valores e princípios sólidos que favorecem tanto o enfrentamento do estresse favorecendo transformações positivas na vida. E as relações negativas, destacam a violência religiosa e fanatismo religioso, práticas religiosas compulsivas e obsessivas, R/E mal orientada, e R/E triunfalista e mercantilista.

Os aspectos positivos e negativos de ser capelão, evidenciados pelos participantes do presente estudo, e as relações positivas e negativas entre a R/E e saúde mental, evidenciadas na pesquisa de Nwora e Freitas (2020, p. 205), podem ser analisados comparativamente, pois ambos se coadunam em reconhecer a R/E como uma estratégia de acolhimento espiritual em saúde. Além disso, o fato dos participantes de ambas as pesquisas serem capelães, e do reconhecimento da existência que as relações podem ser negativas entre R/E e saúde mental (NWORA; FREITAS, 2020, p. 207), apontam que o exercício da capelania pode fomentar o

desenvolvimento do enfrentamento religioso, enquanto estratégia para lidar com os agravos dos cuidados em saúde.

Assim sendo, pode-se descrever que o enfrentamento religioso é contributivo ao processo de se tornar capelão (Harrisson, 2021). Entretanto, como apontado pelos participantes desse estudo, também se faz necessário a busca de estratégias de motivação e autocuidado na vivência da capelania, entre essas, destacam-se: 1) motivação na Bíblia e nas conversas com as pessoas, 2) atividades físicas, meditação, psicoterapia, alimentação e descanso, e 3) rezas, grupo de estudo e orientação de outro capelão. Estes dados vão ao encontro do estudo de Nwora e Freitas (2020, p. 201), pois os autores mencionados descreveram que os capelães são profissionais primários de cuidado espiritual e, por isso, precisam investir em formação, compartilhamento de experiências e busca de novas estratégias pessoais e profissionais para a realização do exercício da capelania.

Os capelães entrevistados ainda evidenciaram a dimensão relacional do exercício da capelania, ao apresentar o olhar do capelão sobre 1) pacientes, 2) familiares e 3) profissional da saúde. Em relação aos pacientes, segundo os participante, a maioria desejava e era receptiva ao acolhimento espiritual, inclusive, alguns indicaram que eram religiosos antes mesmo do questionamento do capelão. Além da vontade e da receptividade, os pacientes, de acordo com os entrevistados, deram retornos positivos sobre o acolhimento espiritual indiferentemente à religião do acolhido.

De acordo com Francisco et al. (2015, p. 216), o envolvimento de pacientes com a R/E está associado ao aumento de indicadores de bem-estar físico e psicológico. Além disso, tal envolvimento atua potencialmente como fator preventivo para as doenças crônicas, no aumento da sobrevida, na redução das chances de depressão, no enfrentamento eficaz da doença, na diminuição da mortalidade e do tempo de internação, e na melhoria da função imunológica. Ainda de acordo com os autores mencionados, quando mais grave for o quadro clínico, maior a probabilidade de envolvimento do paciente com a R/E.

De certo modo os dados do presente estudo, vai ao encontro dos dados trazidos pelos capelães entrevistados os quais relataram que os pacientes visualizavam a presença deles como algo divino, sendo isto fomentador para a criação de vínculo entre os envolvidos. A receptividade também seria estimulada por condicionantes que intensificam a abertura dos pacientes ao acolhimento, sendo esses: 1) a valorização do médico, 2) as doenças graves e/ou terminalidade e 3) a solicitação familiar. Os entrevistados destacaram que os pacientes ressignificavam a R/E diante da doença, e isso foi influenciado pelo diagnóstico e prognóstico, bem como pelo tempo de hospitalização. Além disso, a (re) aproximação dos pacientes com

Deus foi estratégia de busca de sentido para a enfermidade e de barganha com a própria condição existencial. Os dados da pesquisa estão em consonância com Viana Marques, de Oliveira Valente e Cavalcanti (2021, p. 232) ao descreverem sobre a necessidade de propósito e sentido de vida para os sujeitos, principalmente, quando estes são acometidos por doenças graves.

Os entrevistados desta pesquisa também expuseram que alguns pacientes, mesmo sendo a minoria, foram resistentes ao acolhimento espiritual. Eles ainda elucidaram que a resistência se manifestava de várias formas, sendo elas: 1) questionamentos sobre a vida e/ou R/E, 2) afastamento inicial da Deus, e 3) compreensão da doença como castigo. Além disso, existem situações nas quais a resistência pode ser intensificada: 1) a religião do pacientes, 2) os pacientes idosos são os que têm maior dificuldade em aceitar acolhimento espiritual de distintos capelães, 3) os pacientes que não têm os pedidos de cura atendidos por Deus tendem a se afastar da sua religiosidade, e 4) a promessa de cura de um líder religioso da comunidade de fé do paciente, que quando não ocorre, pode afastá-lo daquela igreja. A resistência que fora evidenciada pelos capelães entrevistados também foi descrita na pesquisa de Harrison et al. (2001, p. 88), na qual os autores utilizaram a expressão “negação religiosa e apatia” ao se referirem ao descontentamento espiritual, que pode gerar conflitos R/E interpessoais e necessidade de reformulação das crenças. Segundo os autores mencionados, a negação religiosa está associada aos sintomas depressivos.

Os participantes do presente estudo descreveram o olhar do capelão sobre os familiares. Os entrevistados elucidaram que a maioria das famílias foram receptivas e desejavam o acolhimento. As poucas resistências existentes associaram-se às distintas R/E entre pacientes, familiares e capelães. Ainda no que concerne aos familiares, estes exercem influência significativa sobre a R/E do paciente e, conseqüentemente, sobre o acolhimento espiritual, afinal, são eles quem mais solicitam o serviço da capelania. Esse pedido acontece, principalmente, quando o familiar percebe que o paciente não se encontra bem e tende a fortalecê-lo. A angústia e a aflição de familiares esclarecem o quanto estes necessitam de acolhimento espiritual, e percebe-se que a maioria dos participantes capelães entrevistados os acolhe como fariam com um paciente.

Os dados apresentados justificam a sugestão de Rolland (2016, p. 471) de investigar as crenças existentes, pois segundo o autor, essas influenciam a narrativa familiar da doença e suas estratégias de enfrentamento, tornando-se de suma importância para o trabalho cotidiano das equipes nos cuidados em saúde. Segundo o autor, a investigação sobre as crenças incluem: as crenças familiares sobre saúde e doença, compreensão sobre a religião, etnia e cultura dos

pacientes e familiares, assim como, o reconhecimento de possíveis estratégias utilizadas pelos mesmos, quando as crenças se esgotam ou precisam serem ressignificadas.

Os resultados apontados pelos participantes entrevistados apresentam o olhar do capelão sobre os profissionais da saúde. Notou-se que a maioria foi receptiva e desejava o acolhimento espiritual, contudo, existe a minoria que é resistente e geralmente é composta por profissionais que se declaram ateus. Os achados ainda demonstraram que a maioria dos profissionais reconhece a importância da R/E, mas que não sabem como abordar tal temática com os usuários, o que gerou dificuldades e atravessamentos na equipe. Esta informação é consoante com a pesquisa de Viana Marques, de Oliveira Valente e Cavalcanti (2021, p. 240), quando explicam que os profissionais não conseguem entender como a R/E manifestada pelo paciente influencia em como ele lida com a doença.

Os capelães entrevistados também elucidam que o respeito à capelania pelo hospital faz com que os profissionais solicitem mais acolhimento para os pacientes, familiares, outros profissionais, para si e seus familiares. Diante desse dado, torna-se oportuno destacar a Lei nº 9.982 (Brasil, 2000, p. 1), que garante a prestação de assistência religiosa; entretanto, ela por si só não é garantia de respeito à prática capelão. Essas informações estão em conformidade com Gentil, Guia e Sanna (2011, p. 163), afirmam: quando o hospital se adequa aos serviços de acolhimento espiritual, como a capelania, aquele é mais conceituado e mais bem avaliado junto aos usuários. Além disso, quando o hospital promove a inserção do exercício da capelania, há atenuação da resistência ao serviço e os próprios profissionais de saúde tendem a ser influenciados pelo posicionamento receptivo dos capelães (GENTIL; GUIA; SANNA, 2011, p. 163).

Em termos de síntese das categorias discutidas, e dos resultados obtidos e analisados nessa discussão, enfatiza-se que o processo de se tornar capelão é permeado por experiências pessoais. Tais experiências atravessaram as vivências que fomentaram a escolha pela capelania, o começo da prática profissional, assim como a rotina deste profissional. Oportuno destacar que o exercício da capelania envolve aspectos positivos e negativos, sendo um processo dinâmico, e que exige formação profissional e pessoal constante. Dessa forma, é necessário descrever que o processo de se tornar capelão é algo extremamente complexo, pois envolve as nuances da história de vida e das experiências; aquele perpassa a realização do acolhimento espiritual e, este, por sua vez, reverbera em toda a dinâmica relacional que inclui os usuários do hospital.

Considerações finais

Como resultados, os capelães ressaltaram a densidade envolvida na ação de se tornar capelão, que se inicia com a escolha da capelania, que é influenciada por pessoas significativas, experiências de cuidado, vivências de luto e práticas R/E. Isso perpassa, também, o exercício da capelania, ao envolver aspectos positivos (realização pessoal com o exercício, envolvimento emocional com os pacientes, retorno positivo deles e irmandade entre os capelães), e negativos (preconceito de alguns pacientes e profissionais da saúde, dificuldades de trabalhar com a morte, e necessidade de conciliação entre vida privada e a capelania). Todo o processo é permeado pelas experiências e reverbera na vida pessoal e profissional dos capelães.

Além disso, diante da complexidade do exercício da capelania, os capelães buscam estratégias de motivação. Isso evidencia que o exercício da capelania extrapola o *simplesmente rezar*, e exige adaptabilidade e formação pessoal e/ou profissional dos capelães. Ademais, essa atividade é projetada na vida dos capelães fazendo com que estes ressignifiquem suas vidas e a sua relação com a morte.

Este estudo ainda apresentou as perspectivas dos profissionais da capelania sobre os pacientes, familiares e profissionais. Acerca desses aspectos, evidencia-se que a maioria desses grupos são abertos e receptivos ao acolhimento espiritual, tendo poucos indivíduos resistentes à capelania. Além disso, a pesquisa apresentou alguns benefícios do acolhimento espiritual para cada grupo em específico. Com os pacientes, os capelães descreveram que eles significam melhor a doença e aceitam melhor o diagnóstico e o prognóstico. Ademais, o acolhimento espiritual permite que os pacientes falem de outros campos de sua vida para além da doença. Com os familiares, o acolhimento espiritual auxilia a amenização da angústia desses, que muitas vezes se encontram mais preocupados e ansiosos do que o próprio paciente. Complementar a isso, a solicitação do serviço pelo familiar fortalece o vínculo entre o paciente e o ente querido. Por sua vez, os profissionais da saúde também se beneficiam do acolhimento, seja como estratégia de cuidado com o paciente, seja em sua vida pessoal.

Em relação às resistências, mesmo que menos expressivas em comparação à receptividade e ao desejo pelo acolhimento, aquelas se expressam das seguintes formas: 1) pacientes: questionamentos sobre a vida e/ou R/E, afastamento inicial da Deus, compreensão da doença como castigo. 2) familiares: a resistência acontece quando existem distintas religiões entre familiar, paciente e capelão; e, 3) profissionais: os ateus são os mais resistentes. Ainda é oportuno destacar que o estudo não apresentou nenhuma situação em que o acolhimento espiritual evidenciasse agravos aos pacientes, familiares e demais profissionais. Desta forma,

a pesquisa demonstrou resistências dos usuários ao acolhimento espiritual, e não, prejuízos ao tratamento de saúde.

Conforme os resultados obtidos, destaca-se a relevância da prática da capelania, na figura dos capelães, e do seu acolhimento espiritual perante os usuários do hospitalar: pacientes, familiares e profissionais de saúde. É fundamental, outrossim, reconhecer que o papel do capelão é essencial nas equipes multidisciplinares de saúde por causa de sua contribuição para o bem-estar dos envolvidos nos tratamentos de saúde, tendo influencia decisiva na saúde mental dos envolvidos, sendo isto reconhecido positivamente pela Psicologia da Saúde. Diante do exposto, reconhece-se as lacunas da produção científica a respeito do acolhimento espiritual hospitalar e do exercício da capelania e, neste sentido, esse estudo avança em: 1) reconhecer a complexidade que envolve a densidade das singularidades das histórias de vida e das experiências vividas no processo de tornar-se capelão; 2) compreender que o exercício da capelania perpassa vivências positivas e negativas que fomentam e sustentam o processo de tornar-se capelão; 3) reconhecer que a maioria dos usuários do hospital, sejam pacientes, familiares e profissionais, é receptiva ao acolhimento espiritual e à presença do capelão; 4) visualizar que o acolhimento espiritual é contributivo no diagnóstico e prognóstico das doenças ao acolher os envolvidos; 5) visualizar a falta de formação e preparo dos profissional da saúde para melhor reconhecer a dimensão R/E; 6) reconhecer que o posicionamento hospitalar sugestiona a consideração dos profissionais a capelania.

Oportuno destacar a significação desses resultados no campo da Psicologia da Saúde. A prática do capelão e do psicólogo podem ser integrativas, visto que ambos tratarão de necessidades distintas: demandas R/E e demandas psicológicas, respectivamente. Assim sendo, o trabalho multidisciplinar entre o capelão e o psicólogo poderá auxiliar o usuário a utilizar do acolhimento espiritual para estar saudável psicologicamente, e usufruir da Psicologia para fortalecer e manter sua fé; e esses poderão fomentar estratégias de enfrentamento que contribuirão ao tratamento das doenças.

No que diz respeito à limitação deste artigo, indica-se a referência ao contexto sociocultural selecionado, pois foram apenas entrevistados capelães da região Sul do Brasil, e esta realidade pode não ser condizente com o restante do país. Além disso, sugere-se outros estudos sobre as perspectivas dos demais profissionais da saúde sobre a capelania hospitalar, bem porque é necessário a ampliação dos olhares acerca do exercício da capelania. Por fim, almeja-se colaborar com a consideração do capelão como profissional contribuinte aos processos de saúde e doença, assim como parte constituinte da equipe multidisciplinar

hospitalar, visto que ainda é um profissional invisibilizado no seu potencial de cuidado na dimensão R/E.

Referências

- BRASIL. *Lei n 9.982*. Brasil. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9982.htm>
- BRASIL. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências. *Brasília (DF)*, v. 1, p. 22, 2020.
- FRANCISCO, D. P. et al. Contribuições Do Serviço De Capelania Ao Cuidado De Pacientes Terminais - Contributions of the Chaplaincy Service To the Care of Terminal Patients. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 212–9, 2015.
- GENTIL, R. C.; GUIA, B. P. DA; SANNA, M. C. Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 1, p. 162–170, 2011.
- GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, v. 18, n. 1, p. 59–82, 2006.
- HARRISON, M. O. et al. The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, v. 13, n. 2, p. 86–93, 2001.
- PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995.
- ROLLAND, J. Enfrentando os desafios familiares em doenças crônicas graves e incapacidade. Em: WALSH, F. (Ed.). *Processos normativos da família*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 452–482.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- REY, F. L. G. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios* São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. 3. ed. London: Sage, 2002.
- VIANA MARQUES, V.; DE OLIVEIRA VALENTE, T. C.; CAVALCANTI, A. P. R. Brazilian inpatients perspectives on spirituality, religiosity and the healthcare relationship regarding spirituality and religiosity in a university hospital. *Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 230–246, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/religare/article/view/54220/35074>. Acesso em: 2 jan. 2024.
- NWORA, E. I., & FREITAS, M. H. D. (2020). Relações entre religiosidade e saúde mental na concepção de capelães. *Rever*, 20(2), 199-217, 2020.

6 DISCUSSÃO INTEGRADA DOS DADOS

A construção dessa pesquisa teve como alicerce o posicionamento epistemológico da perspectiva do pensamento complexo, proposto por Edgar Morin, o qual permitiu entender e reconhecer as diferentes interfaces das temáticas que constituíram a trama deste estudo, e que são: *acolhimento espiritual, doença crônica, contexto hospitalar, capelães, equipes de saúde* e do campo da Psicologia da Saúde, *a dimensão psicossocial* dos processos saúde doença.

Nesse sentido, vários saberes se conjugaram para poder compreender, ao mesmo tempo, as especificidades e singularidades do acolhimento espiritual, a constituição do papel de capelão e as inter-relações que permearam as experiências deste profissional. Por sua vez, evidenciou-se a presença de crenças, valores e até preconceitos presentes no contexto hospitalar, trazidos pelos seus protagonistas tais como os profissionais de saúde, pacientes, familiares e que, de um modo singular, geravam um campo de significados que afetavam decisivamente o processo saúde-doença, em que todos estavam envolvidos.

Assim, o olhar da complexidade constituiu-se uma espécie de metaponto de observação do fenômeno estudado, sendo que os 3 princípios destacados por Morin, (2011), nos permitiram compreender como todos esses elementos de conectavam entre si. Foi através do *Princípio da Dialogia* que permitiu o reconhecimento das diferenças entre os diferentes saberes envolvidos e que, se certo modo, eles se complementavam nas ações da saúde no cotidiano hospitalar. Este princípio dá as bases para a aceitação das diferenças e reconhecer que nenhum saber cubre o fenômeno na sua totalidade. Assim, as ações da capelania expressas através do acolhimento espiritual, são complementares e se coadunam, com as ações do profissional da psicologia, enfermagem e da medicina, por exemplo, na busca da efetiva promoção de recursos de enfrentamento emocionais, físicos, sociais e espirituais, dos pacientes, em situação de tratamento de doenças crônicas. Isto gera as bases para pensar na importância da prática da clínica ampliada.

O segundo *princípio é da recursão organizacional*: este se refere ao processo recursivo presente nas tramas relacionais. Destaca-se neste ponto, que a ideia da recursividade, segundo Morin, constitui uma ruptura com a ideia linear de causa e efeito, de produto e produtor. Entende-se que o já produzido volta-se sobre o que é produzido, em um ciclo ininterrupto de auto constituição ou auto-organização. Ou seja, e conforme observado neste estudo, o não reconhecimento da R/S, nos processos de saúde doença implicam o não reconhecimento das ações do capelão, tornando-o quase invisível no cotidiano hospitalar,

desconhecendo-se o potencial do acolhimento espiritual, enquanto uma ferramenta efetiva no campo da saúde mental.

O terceiro princípio é o hologramático (Morin, 2011) questiona a presença de um pensamento linear, que poderia levar à imobilidade, mas aponta para uma lógica recursiva no processo de produção de conhecimento, o que implica afirmar que as partes não podem ser pensadas sem o todo e vice-versa, ou seja, essas se enriquecem mutuamente num movimento produtor de conhecimento. Nesse sentido, este princípio nos alerta para a importância do resgate da R/E no campo da saúde, como elementos de confirmação da experiência humana enquanto produto da cultura, de crenças e presentes nas histórias de vidas dos capelães, protagonistas desta tese. Cumpre por sua vez apontar, que na ideia hologramática, está presente a recursividade e a dialogia, constituindo uma trama, em que as partes não podem ser dissociadas de um todo, no contexto do processo saúde-doença. Assim, saúde, doença, cultura, crenças, vivências ou experiências de vida e R/E precisam ser pensadas como uma trama de significados que se afetam mutuamente.

Tendo como base as colocações acima, os resultados obtidos nesta tese constituíram uma trama de significados decorrentes das narrativas dos capelães, e que para fim deste estudo, são apresentados em formato de artigos e junto com este capítulo de integração, constituem as diferentes partes de um todo, que se afetam mutuamente, e que pretendeu responder ao objetivo central desta tese que foi: *Compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar.*

A partir da aplicação dos métodos de pesquisa e mediante os objetivos estabelecidos, os principais resultados encontrados foram apresentados e discutidos em três artigos científicos, sendo um de revisão sistemática, e dois de resultados obtidos pela pesquisa empírica. Na figura 1, evidencia de modo integrado, o objetivo central e as dimensões de análises com as respectivas categorias, para assim melhor contextualizar os artigos produzidos neste estudo

Desta forma, o artigo 01 (o estudo teórico desta tese, teve por finalidade caracterizar as perspectivas dos profissionais sobre religiosidade e espiritualidade nos processos de tratamento das doenças crônicas no contexto terciário, sendo realizado por meio de revisão integrativa. Por sua vez, o artigo 02 e 03, foram pesquisas construídos a partir dos resultados obtidos nas entrevistas semiestruturada. O artigo 02 objetivou compreender os significados atribuídos à

saúde/doença e à religiosidade/espiritualidade, nas perspectivas de capelães além de descrever ações, abordagens e intercorrências da Covid-19 na realização de acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas ao apresentar dados pertencentes às dimensões 02, 03 e 04. Já o artigo 03 teve o intuito de compreender o processo de se tornar capelão e a dimensão relacional do acolhimento espiritual nas doenças crônicas no contexto hospitalar ao apresentar os resultados das dimensões 02 e 03.

A reorganização para apresentação dos resultados em consonância com os objetivos dos artigos foi realizada com o intuito de produzir publicações científicas que completassem, com maior clareza, a complexidade da temática, além de irem ao encontro do escopo das revistas selecionadas para a divulgação científica. Ainda se torna oportuno ressaltar que existiram categorias pertencentes às dimensões que não foram apresentadas, no formato de artigo, pois estas evidenciaram dados para além dos questionamentos realizados na entrevista em profundidade. Assim as categorias que apresentam os facilitadores e dificultadores da prática do capelão (Dimensão 03), assim como, a categoria que elucida as características da inserção e das rotinas da capelania no contexto hospitalar (Dimensão 02). Neste sentido, a pesquisadora preponente pretende escrever sobre estes dados futuramente, e após a conclusão da presente pesquisa.

Neste capítulo de discussão integrada, pretende-se sistematizar os dados encontrados e realizar apontamentos e reflexões que elucidem o conjunto de contribuições decorrentes do processo de investigação. Para fins didáticos, as principais descobertas dos artigos serão apresentados separadamente, entretanto, entende-se que eles são complementares e se interconectam visto que foram constituídos em torno do objetivo central desta tese.

O artigo 01, do estudo teórico, apresenta uma revisão integrativa, a qual objetivou caracterizar as perspectivas dos profissionais da saúde sobre religiosidade e espiritualidade nos processos de tratamento das doenças crônicas no contexto terciário. A definição desse objetivo

foi posterior à tentativa de realizar uma revisão integrativa que buscasse as perspectivas dos capelães – tema central desta tese. A necessidade de adaptação ocorreu devido à constatação de uma lacuna nas pesquisas disponíveis, principalmente no âmbito nacional, que ressaltassem especificamente as vozes e os relatos desse profissional. Por isso, reavaliou-se a construção do primeiro artigo, e foi investigada as perspectivas dos demais profissionais da saúde sobre religiosidade e espiritualidade. A mudança de estratégia aconteceu também na tentativa de explorar e entender a abertura desses profissionais à R/E nos hospitais; contexto esse no qual os capelães são responsáveis por acolher, considerar e respeitar a R/E, assim como facilitar e realizar o acolhimento espiritual.

Desta forma, além da contemplar o objetivo do referido artigo, o estudo apresentou as nuances do contexto terciário e as vozes dos profissionais da saúde sobre a R/E. Estas informações tornam-se valiosas para a construção desta tese e dos demais artigos, pois foi possível reconhecer e caracterizar, com maior facilidade, o contexto no qual os capelães estão inseridos e realizando acolhimento espiritual e, assim, buscar e realizar as outras pesquisas apresentadas nos artigos 02 e 03.

Ainda no concerne ao artigo 01, os resultados apontam que os profissionais da saúde reconhecem a importância da R/E nos processos de saúde/doença, inclusive em suas vidas pessoais, entretanto, eles têm dificuldade, seja por formação, falta de treinamento e até preconceitos, em como lidar, respeitar e acolher as demandas R/E dos pacientes, familiares e demais profissionais. Assim sendo, muitos acabam negligenciado essas necessidades, não por falta de reconhecimento, e sim, pela dificuldade em lidar com essas demandas.

O artigo 02 e o artigo 03, corresponde ao estudo empírico, e foram construídos a partir das entrevistas realizadas com os capelães, levando em consideração as informações do artigo 01. O artigo 02 teve por objetivo compreender os significados atribuídos à saúde/doença e à religiosidade/espiritualidade, nas perspectivas de capelães assim como descrever ações,

abordagens e intercorrências da covid-19 na realização de acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas. Sobre os significados atribuídos, os capelães consideram a R/E como dimensão constituinte da compreensão de saúde. Essa compreensão mais abrangente sobre a conceituação de saúde que inclui a R/E nem sempre vigora nos demais profissionais de saúde, como apresentado no artigo 01.

Em relação às ações realizadas pelos capelães, no artigo 02, evidenciou-se que existem inúmeras atividades que vão além do acolhimento espiritual personalizado, contextual e singular, pois envolvem também práticas administrativas e de gestão. Ademais, ainda existe a abordagem, que é como o capelão realiza as suas ações, e essa é marcada pelo respeito às singularidades do acolhido e à diversidade de crenças. Cabe destacar que existem diferentes estratégias de acolhimento espiritual, sendo algumas delas baseadas em estudos e outras em conhecimento empírico; já as estratégias envolvem a interação com a família e a busca por estratégias adaptativas.

A necessidade de encontrar distintas estratégias adaptativas ficou mais urgente mediante as intercorrências da Covid-19, tema também abordado no artigo 02. Segundo os entrevistados, devido aos protocolos de atendimento, houve a redução na realização dos acolhimentos, que somada às adversidades do contexto pandêmico, fomentou e ressaltou a importância do serviço de capelania.

O último artigo produzido foi o 03, que teve por objetivo compreender o processo de se tornar capelão e a dimensão relacional do acolhimento espiritual nas doenças crônicas em contexto hospitalar. Os resultados deste estudo, que evidenciam as perspectivas dos entrevistados, descreveram a complexa densidade de singularidades do processo de se tornar capelão, a qual envolve as histórias de vida e experiências deste profissional. Somado a isso, existe o exercício da capelania, que inclui experiências positivas e negativas. As experiências positivas acontecem por meio do envolvimento emocional com os pacientes, do retorno

positivo deles da irmandade entre os capelães; por sua vez, as negativas são expressas por meio de preconceitos de alguns pacientes e profissionais da saúde, das dificuldades de trabalhar com a morte e da necessidade de conciliação entre a vida privada e a capelania.

Os resultados ainda apontam que o processo de se tornar capelão exige formação continuada, envolve estudos constantes, realização de cursos, leitura da Bíblia, orientação com outro capelão e grupo de estudos. Além disso, esse processo abrange o desenvolvimento pessoal, que inclui: rezar, conversar com mentores, atividades físicas, meditação, psicoterapia, melhora na alimentação e descanso. Ainda é oportuno descrever que o ato de se tornar capelão reverbera na vida pessoal deste profissional, ao fazer com que este ressignifique sua vida.

O artigo 03 também evidenciou a dimensão relacional do acolhimento espiritual nas doenças crônicas, ao demonstrar a perspectiva do capelão sobre pacientes, familiares e profissionais. Segundo os participantes, a maioria das pessoas citadas são abertas e receptivas ao acolhimento espiritual, tendo poucas que são resistentes. Os resultados igualmente apontaram os benefícios para cada grupo como descrito a seguir: 1) pacientes: eles aceitam melhor o diagnóstico e o prognóstico quando são religiosos e/ou espiritualizados, além disso, os pacientes, durante a realização do acolhimento espiritual, falam mais sobre os aspectos de sua vida do que sobre a doença em si; 2) familiares: o acolhimento espiritual auxilia na amenização da angústia do familiar que, muitas vezes, está mais ansioso do que o próprio paciente. Ademais, a solicitação do acolhimento pelo familiar, frequentemente, fortalece o vínculo entre o paciente e família; e 3) profissionais da saúde: estes, também se beneficiam do acolhimento, seja como uma estratégia de cuidado com o paciente, seja em sua vida pessoal. Além disso, a abertura e receptividade dos profissionais geralmente está correlacionada à consideração empregada pelo hospital ao trabalho da capelania.

Em adição aos benefícios evidenciados por cada grupo em específico, é necessário descrever que os envolvidos também apresentam algumas resistências, mesmo sendo menos

expressivas em comparação à receptividade. As resistências se manifestam das seguintes formas: 1) pacientes: os questionamentos sobre a vida e/ou R/E, afastamento inicial de Deus, a compreensão da doença como castigo; 2) familiares: a resistência acontece quando existem distintas religiões entre familiar, paciente e capelão; e, por fim, 3) profissionais: os profissionais ateus são os mais resistentes. É oportuno destacar que o estudo não apresentou nenhuma situação que pudesse evidenciar algum agravo aos usuários do hospital, ou que resultasse em prejuízo ao tratamento de saúde; o que a pesquisa demonstrou foram algumas resistências dos usuários.

Com base no conjunto de dados apresentados nos dois artigos empíricos, é possível destacar a importância da R/E como dimensão constituinte da compreensão de saúde. Este entendimento, que é clarificado para os capelães entrevistados, nem sempre reverbera nos demais profissionais, o que denuncia a necessidade de reavaliar as formações dos profissionais da saúde, pois a possível ineficiência em termos da formação dos mesmos, o qual acentua, as dificuldades dos profissionais no trato desta temática e não desmitifica possíveis preconceitos. Isto resulta na minimização da consideração da R/E como estratégia adaptativa e de enfrentamento do paciente e dos seus familiares nos processos de saúde/doença.

A minimização da importância da R/E redundaria na invisibilização da capelania, justamente por ser o setor responsável por respeitar, facilitar e considerar o acolhimento espiritual. A invisibilização é mais acentuada pela dificuldade de quantificar resultados e pela desinformação de alguns profissionais. Nesse sentido, é oportuno e necessário destacar que o acolhimento espiritual não se limita a uma prática R/E, mas utiliza desta como ferramenta estratégica nos tratamentos de saúde e doença.

A desconsideração da capelania, por alguns profissionais e hospitais, reverbera na prática do capelão por depreciar a complexidade do exercício profissional do mesmo. Como evidenciado nos artigos propostos a partir dos dados, as atividades destes profissionais

extrapolam a complexidade presente nas tramas intersubjetivas do acolhimento espiritual ao envolver processos administrativos e de gestão. Ademais, a complexidade da realização do acolhimento espiritual é realçada pelo respeito ao desejo e às singularidades dos acolhidos, inclusive, ao considerar a diversidade de crenças, algo que exige escuta atenta e a adoção de diferentes estratégias adaptativas pelo capelão. Estas estratégias são desenvolvidas constantemente por meio de estudos e conhecimento empíricos.

Quando a complexidade e a intersubjetividade da capelania são desconhecidas ou atenuadas, isso reverbera na desconsideração da prática do capelão, o que resulta na contratação de um quantitativo ineficiente de profissionais. Isso, provavelmente, também perpassa as logísticas financeiras dos hospitais, que somadas à desconsideração, deixam os poucos capelães contratados sobrecarregados. Tal sobrecarga é apenas atenuada pelo trabalho benevolente e altruísta dos voluntários.

O exercício da capelania, justamente pela complexidade apresentada, exige do capelão um intenso processo de formação, que perpassa desenvolvimento profissional e pessoal. O tornar-se capelão começa por experiências pessoais como vivências religiosas, influência de pessoas significativas e o cuidado com o outro, mas, também, inclui diversos desafios, a exemplo: dos possíveis preconceitos, da necessidade de ressignificar a vida, e de conciliar vida profissional e pessoal. Este processo de se tornar capelão, que começa com os aspectos pessoais, precisa se ancorar concomitantemente na formação estudantil, acadêmica e orientação, num intenso e constante processo de desenvolvimento. Isso ocorre, pois o acolhimento espiritual utiliza a R/E como estratégia adaptativa de enfrentamento às doenças, ou seja, o capelão vai ao encontro das fragilidades humanas em um dos momentos mais vulneráveis do acolhido. O acolher, portanto, envolve o cuidado e o respeito com o outro, mas também se retroalimenta na relação com o capelão que, além da idoneidade exigida, é complementada com os aspectos pessoais deste profissional. Justamente por isso, os capelães

descrevem a necessidade de buscar estratégias de motivação pessoal e elucidam que as dificuldades do exercício da capelania são compensadas pelo envolvimento emocional com os acolhidos.

É relevante destacar, nesta discussão integrativa, alguns outros resultados que surgiram por meio da entrevista com os capelães, mas que não foram contemplados nos dois artigos empíricos, e que serão apresentados em artigos futuros, a exemplo das características da inserção e das rotinas da capelania no contexto hospitalar, apresentadas no item 4.2.2.2 da *Categoria 02*. Nesta categoria, foi evidenciado o desafio diante das distintas terminologias que se referem ao acolhimento espiritual. A falta de padronização na nomenclatura, além de gerar ambiguidade, dificulta a realização de pesquisas acadêmicas e, consequentemente, o estudo de interessados pelo tema. Além disso, esta categoria apresenta as singularidades da capelania, as diferentes formas de ingresso e a necessidade de regularização da profissão do capelão no Brasil, país que apenas garante, por lei, o direito ao serviço da capelania, mas não a regulamentação da profissão.

Outras constatações, que não foram apresentados nos artigos, foram as singularidades entre o capelão contratado e o voluntário, apresentadas no item 4.2.2.3, na *Categoria 03*. Na maioria das vezes, o capelão contratado tem mais formação e preparo do que o voluntário, sendo aquele o que orienta e é responsável pelo último. Por sua vez, cabe apontar que há distintos níveis de atuações entre os voluntários e que existem mais capelães voluntários do que contratados.

Há, ainda, na categoria 2, o item 4.2.3.3, que também não foi discutido nos artigos. Este item evidenciou os facilitadores, dificultadores e dilemas éticos da prática do capelão no contexto hospitalar. Os principais facilitadores do acolhimento espiritual foram: 1) o paciente é comunicativo e tem fé, 2) a formação que capacita os capelães, 3) a utilização de diferentes recursos e estratégias, 3) a cosmovisão do capelão, 4) a necessidade e a gravidade da doença

facilitam a prática da capelania, 5) a existência do apoio e a valorização da capelania pelos profissionais da saúde e o hospital, 6) as famílias facilitam o acolhimento espiritual, e 8) a solicitação do acolhimento.

Em relação aos dificultadores, encontram-se entre eles: 1) as práticas inadequadas e/ou preconceituosas, 2) a redução da capelania apenas a religião, 3) os poucos capelães contratados e voluntários, 4) a inadequação das formações e a desinformação do serviço de capelania, 5) o fato do paciente, dos familiares e dos cuidadores não serem religiosos ou terem crenças distintas, e 6) o fato do paciente não interagir e a não existência de conexão com o capelão. Por sua vez, os dilemas éticos acontecem quando: 1) há situações e valores distintos do capelão, 2) ocorre divergências de opinião entre o capelão e os demais profissionais, 3) presencia-se condutas antiéticas de profissionais, inclusive, de outros capelães.

Cumprе destacar que no contexto da produção científica, principalmente brasileira, ausência de estudos e pesquisas que abordem especificamente este item: facilitadores, dificultadores e dilemas éticos da prática do capelão no contexto hospitalar, o qual evidencia a invisibilidade de uma prática realizada no cotidiano hospitalar, no contexto das doenças crônicas, e para além dessas. Neste sentido, estes dados serão objeto de produção científica após a conclusão deste estudo.

Perante os resultados apresentados e discutidos neste capítulo de integração, ressalta-se a importância da R/E na compreensão da saúde, pela necessidade de considerar e reconhecer a prática do capelão, assim como a capacidade adaptativa deste profissional diante dos desafios, a exemplo da pandemia. A partir desta tese, têm-se como proposta central a realização de análise do fenômeno pela perspectiva do capelão, que contempla a complexidade e a multiplicidade das experiências que são produzidas e vivenciadas nos intercâmbios destes profissionais inseridos no contexto hospitalar. Logo, é preciso reconhecer os elementos atinentes à capelania, os quais se configuram em torno do acolhimento espiritual. Essas

constatações demonstram que as perspectivas dos capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar, é um convite para o reconhecimento da importância da religiosidade e espiritualidade nos processos de saúde/ doença.

Ao término deste capítulo de integração, pode-se afirmar que este estudo respondeu ao objetivo principal do mesmo e defender a tese que sustenta a relevância científica em termos de seu aporte ao campo de conhecimento da psicologia e mais especificamente à Psicologia da Saúde que o reconhecimento da dimensão do Acolhimento Espiritual, enquanto ferramenta importante para o campo da saúde mental, no sentido de fonte de suporte emocional, social, sentido e propósito vital para o indivíduo e assim favorecer estratégias de enfrentamento das situações inerentes ao tratamento das doenças crônicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos de reflexões finais é oportuno tecer apontamentos sobre a trajetória metodológica percorrida e as implicações das análises realizadas. A Posição epistemológica deste estudo ancorada no pensamento complexo proposto por Edgar Morin, coadunada com a abordagem qualitativa, possibilitou conhecer e desvelar, em profundidade, as diversas facetas envolvidas no acolhimento espiritual e nas experiências e singularidades de ser capelão; além das interfaces com os contextos relacionais nos quais as narrativas desses foram criadas. É necessário também descrever que os procedimentos e os instrumentos que foram construídos, em consonância e em complementariedade, subsidiaram os objetivos da tese.

Em face das informações apresentadas, cabe mencionar o vínculo construído por meio de alianças terapêuticas com os capelães participantes, de forma que esta estratégia se mostrou assertiva, visto o contexto pandêmico vigente naquele momento. As alianças facilitaram a busca ativa e a interlocução dos capelães, especialmente, porque a pesquisadora preponente não era pertencente à comunidade hospitalar. Desta forma, compreende-se que tais alianças favoreceram a aceitação e a participação dos participantes.

Quanto aos instrumentos e às técnicas, a utilização da entrevista semiestruturada possibilitou a construção de um roteiro de perguntas norteadoras, em consonância com os objetivos geral e específicos da tese, o que permitiu identificar as vivências e experiências dos participantes mediante a realização do acolhimento espiritual no contexto hospitalar. A entrevista semiestruturada também possibilitou encontrar dados por meio da dinâmica relacional entre a entrevistadora e os entrevistados, por meio de espaço de acolhimento, no qual os últimos se sentiram ouvidos, respeitados e motivados para externalizar suas realidades. Isso foi facilitado devido ao fato de a pesquisadora ter treinado a realização da entrevista com a orientadora; o ensaio teve o objetivo de proporcionar um espaço relacional privilegiado e

gerador de significados. Por meio desse, foi possível visibilizar as narrativas dos capelães como profissional da saúde.

Destaca-se, outrossim, que a criação e o desenvolvimento do vínculo entre a entrevistadora e os entrevistados foi sensível, profundo, intenso, revelador e emotivo, por meio do qual vários capelães se emocionaram durante a entrevista, sendo que todos foram acolhidos pela pesquisadora. Além disso, aqueles se sentiram muito à vontade pedindo para rezar pela entrevistadora, sua família assim como sua própria pesquisa. Eles, unanimemente, também se mostraram muito agradecidos pelo espaço de fala e pela realização do estudo na área.

Outro instrumento utilizado nesta investigação, coadunado com a entrevista semiestruturada, foi o questionário sociodemográfico. O questionário buscou informações complementares e situacionais dos capelães para preenchimento de dados sociodemográficos. Por conseguinte, a aglutinação desses instrumentos possibilitou acessar e reunir as experiências e vivências em torno do processo de se tornar capelão assim como as peculiaridades e singularidades do acolhimento espiritual no contexto hospitalar. Pondera-se que os métodos investigativos, para além da coleta de dados, propiciou reflexões aos participantes, os quais, por meio dos instrumentos, puderam refletir e avaliar o processo de se tornar capelão e sua prática na capelania.

Ainda em relação à entrevista semiestruturada e ao questionário, frisa-se que a realização desses, de forma *on-line*, foi necessária, oportuna e benéfica no que trata à identificação dos dados. A necessidade de adaptação desses instrumentos, ao contexto *on-line*, aconteceu por causa do momento pandêmico vigente durante a realização da pesquisa. Esta modalidade também facilitou a criação e o desenvolvimento das estratégias de investigação oportunas e assertivas na busca dos capelães. A entrevista também foi beneficiada pelo contexto *on-line*, ao conseguir proporcionar proximidade e contato com participantes geograficamente distantes, além de ter ido ao encontro da realidade desses, visto que a maioria

realizou as entrevistas nos hospitais nos quais realizavam o acolhimento, o que favoreceu o espaço relacional privilegiado e necessário para a realização da entrevista.

Convém mencionar que o diário de campo, nesta pesquisa, foi utilizado como coadjuvante, porém mesmo assim, ele potencializou o acesso às informações que contextualizaram o percurso transcorrido no levantamento de dados. Portanto, descreve-se que esse instrumento foi fonte relevante para a pesquisadora documentar elementos diversos que emergiram durante a coleta de dados, a partir das narrativas dos capelães, o que auxiliou a construção da análise dos dados.

Concernente às limitações desta pesquisa, conforme apresentadas nos artigos produzidos, assinala-se que essas foram delineadas a partir do contexto sociocultural abrangido que sustenta as narrativas dos capelães. Assim sendo, os dados apresentados devem ser analisados mediante o reconhecimento de que todos os participantes eram dos estados do Sul do Brasil; realidade para a capelania que pode não ser condizente a todos os capelães residentes neste país. Perante tais informações, recomenda-se que novas investigações sejam efetivadas sobre a interface R/E e capelania no contexto hospitalar, entre essas: 1) estudos que abranjam capelães de outras regiões e estados do Brasil, 2) estudos comparativos de capelanias em hospitais públicos e privados, 3) pesquisas longitudinais que compreendam as perspectivas dos profissionais da saúde sobre a capelania no contexto hospitalar há longo prazo, 4) compreensão dos efeitos do acolhimento espiritual em pacientes, familiares e profissionais da saúde no contexto hospitalar, 5) desenvolvimento de novas pesquisas com distintos objetivos que deem vozes às perspectivas do capelão, 6) desenvolvimento de pesquisas com pacientes curados que foram acolhidos espiritualmente durante o seu tratamento, 7) compreensão dos efeitos da R/E e do acolhimento espiritual sobre a saúde mental de usuários hospitalares, e 8) compreensão dos efeitos da R/E e do acolhimento espiritual em familiares enlutados.

Dada ênfase a estas especificidades, passa-se a explicitar as implicações e proposições práticas que foram delineadas a partir do conhecimento reunido durante a pesquisa. Assim sendo, as seguintes necessidades são ressaltadas: 1) a criação de políticas públicas e a regulamentação da profissão do capelão, e 2) o desenvolvimento de diretrizes que ofereçam suporte orientativo e protetivo a este profissional. Na contemporaneidade, como exposto, existe a Lei 9.982, de 14 de julho de 2000, que garante a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares; porém, essa lei vai ao encontro das necessidades do indivíduo e de seus familiares e, não, do capelão.

É oportuno ressaltar que a profissão do capelão não é regulamentada no Brasil. Houve, inclusive, uma tentativa de um projeto de lei n.º 6.817-A, de 2006, para a regulamentação da profissão do capelão cristão, porém não houve a aprovação no Senado. Assim sendo, a profissão de capelão encontra-se apenas na classificação brasileira de ocupações pelo código 2631-05. A falta de regulamentação reverbera na carência de diretrizes que orientem a prática do capelão e a realização do acolhimento espiritual, o que deixa esses profissionais desamparados. Por consequência, a pessoa que desejar ser capelão precisa buscar por conta própria informações e, muito provavelmente, aprenderá empiricamente por meio de acertos e erros. Ademais, tais profissionais permanecem condicionados a cursos ofertados nas mais distintas formas, visto que, assim como não existe a regulamentação profissional, não existe a referente aos cursos. Este cenário pode fomentar e produzir profissionais despreparados e até resultar em problemas éticos.

Diante das informações apresentadas, e do reconhecimento da importância e da complexidade da densidade em torno do processo de se tornar capelão e do acolhimento espiritual, entende-se como importante: 1) regulamentação e fiscalização da profissão do capelão, 2) desenvolvimento de diretrizes para a prática do capelão e da realização do

acolhimento espiritual, 3) regulamentação e fiscalização de cursos sobre capelania, 4) criação de programas de formação de educação permanente para capelães e demais profissionais da saúde no contexto hospitalar, 4) incorporação do capelão como membro constituinte da equipe de saúde no contexto hospitalar, e 5) reconhecimento do capelão pelo conselho nacional de saúde como profissional da desta área.

Interligado ao exposto, considera-se que a contribuição central desta pesquisa se refere à necessária visibilização e, conseqüentemente, à inclusão dos capelães como parte constituinte das equipes em saúde no contexto hospitalar. Diante disso, cabe aventar possíveis intervenções que poderão implicar em ações benéficas no que concerne à contribuição central desta tese. Uma intervenção a ser evidenciada é a necessidade da inclusão do acolhimento espiritual, nos cuidados em saúde, no tratamento das doenças crônicas. Nesse sentido, a escolha pelas doenças crônicas, como tema a ser pesquisado, é justificada pelos desafios dos legados multigeracionais da perda e da crise que são oriundos das enfermidades, as quais podem gerar agravos em pacientes e familiares assim como nos profissionais da saúde que tratam dessas demandas.

Portanto, ao reconhecer o entrelaçamento entre doença crônica, indivíduo, família e profissional da saúde, observa-se a construção de uma estrutura normativa dentro de um contexto desenvolvimental, no qual cria-se um sistema de crenças sobre a saúde/doença, fomentando significados para a experiência das doenças crônicas. Ao assentir com tais informações, destaca-se a importância de ações em capelania que incluam o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, visto que a R/E, muito provavelmente, fará parte do emaranhado sistema de crenças em torno da doença. Assim sendo, intervenções que acolham, escutem, considerem e respeitem a R/E dos usuários, se tornam adequadas e necessárias no tratamento integral da enfermidade.

Outra intervenção possível diz respeito ao trabalho multiprofissional entre o capelão e o psicólogo. A união destas áreas de saberes perpassa o reconhecimento de duas constatações

importantes: 1) a identificação que existem interconexões entre R/E e saúde mental e 2) o reconhecimento de que a R/E pode estimular a saúde psicológica, e vice e versa, e que ambas têm potencial como recursos estratégicos no enfrentamento dos agravos das doenças crônicas. Nesse sentido, intervenções multiprofissionais entre o capelão e o psicólogo são necessárias, a fim de acolher o sujeito em sua integralidade e singularidade, que envolvem história, valores, crenças, princípios, verdades, percepções e ações livres de preconceitos e julgamento ao respeitar a dignidade humana.

As análises e as discussões constituídas nesta tese incitam a efetivação de ações em saúde que se dediquem a reconhecer e a abordar, sob a perspectiva da complexidade que envolve a densidade de singularidades, o papel do capelão como constituinte da equipe de cuidados em saúde no contexto hospitalar. Assim sendo, ressalta-se que a R/E apresenta interconexões com a saúde mental dos usuários do hospital e poderá servir como recurso estratégico de enfrentamento aos agravos das doenças. Ainda no que concerne ao acolhimento espiritual, este perpassa todo o processo de tornar-se capelão, o que envolve a história de vida e as experiências vividas por este profissional. Somado a isso, existe o exercício da capelania que é desenvolvido por meio da prática e da formação contínuas, o que, na maioria das vezes, são buscadas pelo próprio capelão.

Ressalta-se, também, que o exercício envolve aspectos positivos e negativos, os quais reverberam na vida pessoal e profissional do capelão. Com isso, salienta-se a importância e a necessidade do acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, visto que são enfermidades que entrelaçam paciente, família e profissional da saúde e fomentam sistemas de crenças.

Diante das informações citadas, ressalta-se a relevância do cuidado espiritual na área da saúde e especialmente no campo da Saúde Mental, considerando-se as ações da capelania hospitalar como ferramentas estratégicas no campo da Psicologia da Saúde, seja buscando a

promoção da saúde dos envolvidos, seja buscando promover o desenvolvimento da postura profissional da Clínica Ampliada, presente como diretriz na Política Nacional de Humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde e que sustenta o protagonismo de todos os envolvidos numa ação de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abdala, G. A., Rodrigues, W. G., Brasil, M. de S., & Torres, A. (2009). a Religiosidade/Espiritualidade Como Influência Positiva Na Abstinência, Redução E/Ou Abandono Do Uso De Drogas. *Revista Das Faculdades Adventistas Da Bahia*, 2(3), 447–460.
- Almeida, R., & Malagris, L. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183–202. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Alves, J. de S., Junges, J. R., & López, L. C. (2010). A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo Da Saúde*, 34(4), 430–436. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104430436>
- Amatuzzi, M. M. (2000). O desenvolvimento religioso: uma hipótese psicológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 17(1), 15–30. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2000000100002>
- Amatuzzi, M. M. (2001). Esboço da teoria de desenvolvimento religioso. In G. J. de Paiva (Ed.), *Entre necessidade e desejo: diálogos da Psicologia com a Religião* (pp. 25–52). Loyola.
- Amatuzzi, M. M. (2015). *Psicologia do desenvolvimento religioso: a religiosidade nas fases da vida*. Editora Ideias & letras.
- Ancona-Lopez, M. (2002). Psicologia E Religião: Recursos Para Construção Do Conhecimento Psychology and Religion : *Revista Estudos de Psicologia*, 19(1), 78–85.
- Ancona-Lopez, M. (2008). A espiritualidade e os psicólogos. In Paulus (Ed.), *Psicologia e Espiritualidade* (2nd ed., pp. 147–160). Mauro Martins Amatuzzi.
- Andersen, A. H. et al. (2020) ‘Maybe we are losing sight of the human dimension’—physicians’ approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. *Health Psychology and Behavioral*

- Medicine, v. 8, n. 1, p. 248–269.
- APA. (2003). *American Psychological Association*. [Http://Www.Health-Psych.Org/](http://www.health-psych.org/).
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., & Wright, A. A. (2010). rovision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 28(3), 445–452.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., & Peteet, J. R. (2005). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 27(5), 555–560.
- Bastos, J. L. D., & Duquia, R. P. (2013). Erratum para: Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal [volume 17, número 4]. *Scientia Medica*, 23(2), 229–232.
- Bouso, R. S., Poles, K., Serafim, T. de S., & Miranda, M. G. de. (2011). Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 397–403. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000200014>
- Lei N 9.982, (2000).
- Brasil. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. [Http://189.28.128.100/Dab/Docs/Geral/Documento_norteador.Pdf](http://189.28.128.100/Dab/Docs/Geral/Documento_norteador.Pdf).
- Brasil. (2020). Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências. *Brasília (DF)*, 1, 22. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>
- Camon, V. A. A. (2011). O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade Social. In *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (2.ed. rev.). Cengage Learning.
- Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48–57. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932004000300007>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing* (3rd ed.). Sage Publications.
- Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2002). Atendimento psicológico a famílias na clínica e

- na comunidade: questões ético-metodológicas. *Temas Psicol*, 48, 201–209.
- EHPS. (2003). *European Health Psychology Society*. [Http://Www.Ehps.Net/1024/Index.Html](http://www.ehps.net/1024/index.html).
- Esperandio, M. R. G. (2014). Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. *Horizonte*, 12(35), 805–832. <https://doi.org/10.5752/p.2175-5841.2014v12n35p804>
- Faleiros, F., K  ppler, C., Pontes, F. A. R., Silva, S. S. da C., de Goes, F. dos S. N., & Cucick, C. D. (2016). Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(4), 3–8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381–389. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722005000300012>
- Flick, U. (2009). *Introdu  o a pesquisa qualitativa* (Porto Aleg). Artmed.
- Fowler, J. (1992). *Estágios da fé: a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido*. Sinodal.
- Francisco, D. P., Costa, I. C. P., Andrade, C. G. de ., Santos, K. F. O. dos ., Brito, F. M. de ., & Costa, S. F. G. da .(2015). Contributions of the chaplaincy service to the care of terminal patients. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 212–219. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003180013>
- Freire, M. E. M., Vasconcelos, M. F. de, Silva, T. N. da, & Oliveira, K. D. L. (2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar Spiritual and religious assistance to cancer patients in the hospital context. *Revista de Pesquisa: Cuidado    Fundamental Online*, 9(2), 356. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362>
- Fromm, E. (1974). *Análise do homem*. Zahar.
- Gentil, R. C., Guia, B. P. da, & Sanna, M. C. (2011). Organiza  o de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery*, 15(1), 162–170. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000100023>
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5th ed.). Atlas.
- Glasser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldene de Gruyter.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Güths, J. F. da S., Jacob, M. H. V. M., Santos, A. M. P. V. dos, Arossi, G. A., & B  ria, J. U.

- (2017). Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 175–185.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86–93. <https://doi.org/10.1080/09540260124356>
- Hefti, R. (2009). Integrating Spirituality into Therapy. In H. HUGUELET, P.; KOENIG (Ed.), *Religion and Spirituality in Psychiatry* (pp. 244–267). Cambridge University Press.
- Henning-Geronasso, M. C., & Moré, C. L. O. O. (2015). Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 711–725. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000942014>
- Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Am Psychol*, 2003; 58(1):64-74.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J. . M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Klüber, T. E. (2014). Atlas/t.i como instrumento de análise em pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. *ETD - Educação Temática Digital*, 16(1), 5. <https://doi.org/10.20396/etd.v16i1.1326>
- Kobarg, A. P. R., Kobarg, R., & Kuhnen, A. (2008). Importância De Caracterizar Contextos De Pesquisa : Diálogos Com a Psicologia Ambiental the Importance of Characterizing the Research Context : *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(1), 87–92. http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822008000100011&script=sci_arttext
- Lacey, H. (2011). A imparcialidade da ciência e as responsabilidades dos cientistas. *Scientiae Studia*, 9(3), 487–500. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000300003>
- Longuiniere, A. C. L. F., Donha Yarid, S., & Sampaio Silva, E. C. (2018). Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1961. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>
- Martín, E. G. (1996). *Psicologia do encontro: J. L. Moreno*. Ágora.
- Matarazzo, J. D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*. American Psychologist.

- Miqueletto, M., Silva, L., Figueira, C. B., dos Santos, M. R., Szytli, R., & de Faria Ichikawa, C. R. (2017). Spirituality of Families With a Loved One in End-of-Life Situation. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1616–1627.
- Monteiro, L. V. B., & Junior, J. R. R. (2017). A DIMENSÃO ESPIRITUAL NA COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE. *Cadernos de Graduação*, 4(2), 15–30.
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde The “in-depth interview” or “semi-structured interview” in the context of health Epistemological dilemmas and challenges of its construction and application. *Atas CIAIQ2015*, 3, 126–131.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176–182. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 18–25. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>
- Morin, E. (2011). *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (2nd ed.). Cortez.
- Morin, E. (2015a). *Introdução ao pensamento complexo* (5th ed.). Sulina.
- Morin, E. (2015b). *Introdução ao pensamento complexo*. Sulina.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Oser, F., & Gmünder, P. (1991). *Religious Judgement: A Developmental Perspective*. (Religious).
- Paiva, G. J. de. (1998). AIDS, Psicologia e Religião : O Estado da Questão na Literatura Psicológica AIDS , Psychology , and Religion : The State of the Art in Psychological Literature. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 27–34. <https://revistaptpt.unb.br/index.php/ptp/article/view/1537/489>
- Pargament, K. I. (1999). Religious/Spiritual coping. In F. Institute (Ed.), *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research* (Em Fetzer, pp. 43–56).
- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually-integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. The Guilford Press.
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). Merely a Defense? The Variety of Religious Means

- and Ends. *Journal of Social Issues*, 51(2), 13–32. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01321.x>
- 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. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Patias, N. D., & Von Hohendorff, J. (2019). Critérios De Qualidade Para Artigos De Pesquisa Qualitativa. *Psicologia Em Estudo*, 24, 1–14. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. 3 Ed. Thousand Oaks: Sage.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 318–325. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101995000400010>
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94–103. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.1.94>
- Rassoulilian, A., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2016). Transcendence, religion and spirituality in medicine. *Medicine*, 95(38), e4953. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000004953>
- Rey, G. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. Pioneira Thomson Learning.
- Rey, G. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. Thomson.
- Rocha, N. S. da, & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 20–23. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832011000100005>
- Rolland, J. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2nd ed., pp. 373–393). Artmed.
- Rolland, J. (2016a). Enfrentando os desafios familiares em doenças crônicas graves e incapacidade. In F. Walsh (Ed.), *Processos normativos da família* (4th ed., pp. 452–482). Artmed.
- Rolland, J. (2016b). Enfrentando os desafios familiares em doenças graves e incapacidade. In

- F. Walsh (Ed.), *Processos normativos da família* (4th ed., pp. 452–482). Artmed.
- Saad, M., De Medeiros, R., & Peres, M. F. P. (2020). Assistência religiosa-espiritual hospitalar: os “porquês” e os “comos.” *HU Revista*, 44(4), 499–505. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.16964>
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3rd ed.). McGraw Hill.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças*. Penso.
- Sanders, L., Kopis, S., Moen, C., Pobanz, A., & Volk, F. (2016). Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Religious Nurses. *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 33(4), 214–219. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000308>
- Santos, J. L. G. dos, Cunha, K., Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. de. (2018). Análise de dados: comparações entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1–8. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100600&nrm=iso
- Selli, L., & Alves, J. D. S. (2007). O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Revista Bioéthikos*, 1(1), 43–52. https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf
- Siegel, K., Anderman, S. J., & Schrimshaw, E. W. (2001). *Health-Related Stress*. 16, 631–653.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2002). The Perceived Benefits of Religious and Spiritual Coping Among Older Adults Living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(1), 91–102. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00103>
- Silva, K. L., & de Sena, R. R. (2008). Integralidade do cuidado na saúde: Indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 42(1), 48–56. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000100007>
- Simon, M. A. (. (1993). *Psicología de la salud*. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Pirámide.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Artmed.
- Thiengo, P. C. D. S., Gomes, A. M. T., Das Mercês, M. C. C., Couto, P. L. S., França, L. C. M., & Da Silva, A. N. (2019a). Espiritualidade E Religiosidade No Cuidado Em Saúde:

- Revisão Integrativa. In: *Cogitare Enfermagem* (Vol. 24). <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- Thiengo, P. C. D. S., Gomes, A. M. T., Das Mercês, M. C. C., Couto, P. L. S., França, L. C. M., & Da Silva, A. N. (2019b). Espiritualidade e Religiosidade No Cuidado Em Saúde: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- Tomasso, C. S., Beltrame, I. L., & Lucchetti, G. (2011). Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1205–1213. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500019>
- Turato, E. R. (2010). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa*. Vozes.
- Vergote, A. (2011). Necessidade e desejo da religião na ótica da psicologia. In G. J. de Paiva (Ed.), *Entre necessidade e desejo: diálogos da Psicologia com a Religião* (pp. 9–24). Loyola.
- Walsh, F. (2016). A dimensão espiritual da vida familiar. In: F. Walsh (Ed.), *Processos normativos da família* (4th ed., pp. 347–372). Artmed.
- Weaver, A. J., Pargament, K. I., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2006). Trends in the scientific study of religion, spirituality, and health: 1965-2000. *Journal of Religion and Health*, 45(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9011-3>
- Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 1265–1271.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Prevention and control of noncommunicable diseases*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1178-Resolucao-53-17-Prevencao-e-Controle-Doencas-Cronicas-Nao-Transmissiveis-8&category_slug=doencas-Nao-Transmissiveis-948&Itemid=965.
- World Health Organization (WHO). (1999). *Fifty-second World Health Assembly. Verbatim records of plenary meetings and list of participants*. Anais...Genebra.
- Zacharias, J. J. M. (2010). Ensaio sobre Psicologia e Religião: Uma Questão do Olhar. *Psicólogo InFormação*, 14(14), 171–180. <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v14n14p171-180>

APÊNDICES

Apêndice A



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Filosofia de Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Capelães

Resolução do Conselho Federal de Psicologia 010/2012.

Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar de forma *online* como voluntário (a) em uma pesquisa que tem como objetivo compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar. Este estudo é importante por favorecer reflexões sobre a religiosidade e espiritualidade, por meio das atividades de capelania, no contexto de tratamento das doenças crônicas, oportunizando aos capelães um espaço de escuta ativa para expressão das suas perspectivas sobre a temática. A pesquisadora responsável por este estudo é Alexandra Sombrio Cardoso, sob a orientação da Profa. Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré – ambas são pesquisadoras vinculadas ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Essas assinam esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de

Saúde a qual trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa e pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia 010/2012.

Caso você opte em participar da pesquisa, você deverá preencher, com auxílio e intermédio da pesquisadora, um questionário sociodemográfico *online*, dividido em duas categorias. A primeira terá dados gerais, que questionarão sobre idade, nacionalidade, naturalidade, sexo, estado civil, e escolaridade. A segunda categoria terá questionamentos sobre sua formação e tempo de exercício da atividade de acolhimento espiritual no contexto hospitalar. Você levará aproximadamente 15 minutos para responder ao questionário.

Além do desenvolvimento do questionário, você também participará (caso aceite) de uma entrevista semiestruturada *online*, com dezesseis perguntas abertas, que questionarão sobre sua atividade em acolhimento espiritual em contexto hospitalar. O desenvolvimento da entrevista será por meio do aplicativo do *Zoom*. A entrevista levará em torno de 1hr até 1:30hr, e o questionário e a entrevista poderão ser realizados no mesmo dia, seguido um do outro. Toda a sua participação nesta pesquisa poderá levar entre 1:15hr até 1:45hr do seu tempo.

A participação das atividades descritas: questionário e entrevista, poderão propiciar os seguintes possíveis benefícios: 1) compartilhar sua experiência, refletindo sobre sua atividade de acolhimento espiritual em contexto hospitalar, 2) contribuir com informações que auxiliarão estudiosos na compreensão e melhor entendimento da atividade de acolhimento espiritual em contexto hospitalar, e 3) suas informações, por meio deste estudo, poderão propiciar visibilidade, compreensão e reconhecimento da atividade de acolhimento espiritual em contexto hospitalar.

Sua participação no questionário e na entrevista também poderão gerar possíveis desconfortos, como: 1) cansaço, constrangimento, aborrecimento ou mal-estar ao responder o questionário e a entrevista, e 2) desconforto e constrangimento durante as gravações de áudio pela plataforma do *Zoom*. No surgimento de qualquer sintoma conflitivo decorrente das

atividades, você deverá comunicar à pesquisadora. A mesma, que é psicóloga com registro ativo no Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina (CRP 12/08818), fará acolhimento e intervenção breves por meio de técnicas e ferramentas reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Além disso, também oferecerá informações de instituições públicas que disponibilizam suporte profissional *online* adequado. Estas informações serão disponibilizadas caso surja esta necessidade e se forem do seu interesse.

Cabe ressaltar que, durante todos os procedimentos de coleta de dados, você estará sempre acompanhado por uma das pesquisadoras, que prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, caso seja necessário. Você ainda poderá pedir informações a respeito da pesquisa à pesquisadora a qualquer momento (antes, durante e depois). Este pedido pode ser feito por e-mail, a partir dos contatos das pesquisadoras, constantes no final deste documento, ou você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (contato abaixo). Ainda se destaca que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado digitalmente pela pesquisadora e orientadora. No seu caso, como a pesquisa acontecerá de forma *online*, você receberá o presente Termo digitalmente e, após a leitura e aceite na participação, você deverá selecionar a opção: “Declaro que li e concordo em participar da pesquisa”, localizada abaixo da apresentação do TCLE *online*, acusando que leu e está de acordo com o TCLE apresentado. Uma cópia do Termo será encaminhada por e-mail (o e-mail mesmo descrito no preenchimento dos dados). Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Ressalta-se que você poderá desistir de participar a qualquer momento (antes e durante), sem ser prejudicado (a) por isso. Em relação às informações coletadas, as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do

sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. Assim, reitera-se que os dados fornecidos serão mantidos em sigilo e o mesmo ocorrerá quando esses forem utilizados em eventos e artigos científicos. Os dados ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e, após a data prevista, serão destruídos.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago(a) por participar desta pesquisa, conforme preconiza a legislação brasileira que não permite que haja qualquer compensação financeira por sua participação. Mas você será ressarcido(a) por despesas previstas ou imprevistas, que foram comprovadamente decorrentes da pesquisa. Fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Ressalta-se ainda que você terá acesso aos resultados da pesquisa após a sua conclusão, por meio de uma cópia do material finalizado, o qual será devidamente repassado pela pesquisadora, por meio do contato de e-mail disponibilizado por você.

As pesquisadoras responsáveis, as quais assinaram este documento digitalmente, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução [466/12 ou 510/16], que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Campus Universitário – Trindade - Florianópolis - SC

CEP: 88040-500

Fone/Fax: (0xx48) 3721-2435

E-mails: ppgp@contato.ufsc.br

Professora Orientadora: Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Email: xxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxxx

Assinatura da professora orientadora

Aluna e Pesquisadora Alexandra Sombrio Cardoso

Email: xxxxxxxx

Tel: xxxxxxxx

Assinatura da Aluna e pesquisa

Eu, _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a). Entendo que minha participação é totalmente voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Desta forma, concordo em participar deste estudo como sujeito da pesquisa.

Obs.: As informações abaixo serão usadas apenas para identificação de concordância com o TCLE, sendo garantidos os direitos ao sigilo e ao anonimato:

Nome do Participante:

CPF (se tiver):

Email

RG (se tiver):

Local e Data:

Assinatura:

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSHUFSC)

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis.

Telefone para contato: 3721-6094.

cep.propesq@contato.ufsc.br

tel: (48) 3721-6094

Apêndice B



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Filosofia das Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Pesquisa: CAPELANIA E ACOLHIMENTO ESPIRITUAL NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS: AS PERSPECTIVAS DE CAPELÃES QUE ATUAM JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR.

Pesquisadora responsável: Doutoranda Alexandra Sombrio Cardoso

Orientadora: Prof^a Dr^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Questionário sociodemográfico para os Capelães

Este questionário sociodemográfico tem por finalidade coletar informações gerais e dados sobre a atividade de acolhimento espiritual . Para isso, contamos com a sua colaboração, de forma espontânea, atenciosa e sincera, para responder aos itens abaixo. Desde já, agradecemos sua colaboração.

1) Dados Gerais

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

Estado civil

☐ Solteiro (a)

☐ Casado (a)

☐ Separado/divorciado (a)

☐ União estável

☐ Viúvo (a)

Escolaridade

☐ Ensino médio incompleto

☐ Ensino médio completo

☐ Ensino superior incompleto

☐ Ensino superior completo

Em caso, de ter ensino superior completo, por favor preencher abaixo

Pós-graduação:

☐ Sim

☐ Não

Especialização

☐ Sim

☐ Não

Se sim, () Em andamento () Concluído ()

Mestrado

() Sim

() Não

Se sim, () Em andamento () Concluído ()

Doutorado

() Sim

() Não

Se sim, () Em andamento () Concluído ()

2) *Dados sobre a atividade de acolhimento espiritual*

Você fez alguma formação para prestar acolhimento espiritual ?

() Sim

() Não

Se sim, qual? _____

Há quanto tempo você exerce acolhimento espiritual em contexto hospitalar?

Obrigada pelas informações! Essas são muito valiosas e contribuíram ao desenvolvimento da pesquisa.

Apêndice C



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Filosofia das Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Pesquisa: CAPELANIA E ACOLHIMENTO ESPIRITUAL NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS: AS PERSPECTIVAS DE CAPELÃES QUE ATUAM JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR.

Pesquisadora responsável: Doutoranda Alexandra Sombrio Cardoso

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Entrevista semiestruturada para os Capelães

Compreender o acolhimento espiritual no tratamento das doenças crônicas, nas perspectivas de capelães, que atuam junto às equipes de saúde no contexto hospitalar.

Questionamentos conforme os objetivos da pesquisa

- 1) O que você pensa que é saúde e doença?
- 2) O que significa para você religiosidade, espiritualidade e religião na sua prática enquanto capelão/ capelã no contexto hospitalar?
- 3) Em que momento na sua prática religiosa/espiritual a religiosidade e espiritualidade emergem como uma demanda no contexto hospitalar?

- 2.1) Em que momento você é convocado na sua prática religiosa no contexto hospitalar? (situações, eventos, familiares e/ou profissionais...)
- 3) Na sua prática de acolhimento espiritual, como você compreende as crenças do paciente e dos familiares em relação a doença?
 - 3.1) Você poderia me dar exemplos?
 - 3.2) Como você lida, no acolhimento espiritual, quando se depara com diferentes crenças religiosas? Seja dos pacientes, seja dos familiares.
- 4) Como você percebe o efeito da doença sobre a religiosidade do paciente e da família?
- 5) Quais são suas principais atribuições enquanto capelão/ capelã que presta acolhimento espiritual ?
- 6) O diagnóstico e prognóstico do paciente influencia na sua tomada de decisão frente ao acolhimento espiritual?
- 7) O posicionamento e a postura da equipe de cuidados em saúde influencia na sua tomada de decisão frente ao acolhimento espiritual ?
- 8) A dinâmica familiar do paciente influencia na sua tomada de decisão frente ao acolhimento espiritual ?
- 9) A pandemia da COVID-19 influenciou na religiosidade e espiritualidade dos pacientes com doenças crônicas e seus familiares? E como isso influenciou no acolhimento espiritual ?
- 10) Qual (is) é (são) sua (suas) facilidade (s) na utilização da religiosidade e espiritualidade no acolhimento espiritual no processo de tratamento das doenças crônicas?
- 11) Qual (is) é (são) sua (suas) dificuldade (s) na utilização da religiosidade e espiritualidade no acolhimento espiritual no processo de tratamento das doenças crônicas?

12) Quais possíveis estratégias que poderão ser adotadas pelo sujeito e seus familiares quando as crenças se esgotarem ou precisarem se modificar? Isso pode trazer facilidades ou dificuldades ao tratamento?

13) Você se deparou com dilemas éticos pessoais frente à religiosidade e espiritualidade no contexto de tratamento em saúde? Quais são esses dilemas éticos e como podem influenciar no tratamento das doenças crônicas?

14) Você se deparou com dilemas éticos profissionais frente a religiosidade e espiritualidade no contexto de tratamento em saúde? Quais são estes dilemas éticos e como esses podem influenciam no tratamento das doenças crônicas?

Como exercer a acolhimento espiritual influencia em sua vida pessoal?