



# **Acolher o transcendente no hospital: concepções de voluntários que promovem apoio religioso-espiritual**

*The transcendent in the hospital: conceptions of  
volunteers who promote religious-spiritual support*

MARIA GABRIELA BERNARDI FRANZINI<sup>a</sup> 

VIVIAN FUKUMASU DA CUNHA<sup>b</sup> 

FABIO SCORSOLINI-COMIN<sup>c</sup> 

## **Resumo**

Este estudo objetivou conhecer as concepções de voluntários que prestam apoio religioso-espiritual em um Hospital Geral acerca das relações entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e os processos de saúde-doença. Foram entrevistados 15 voluntários, a maioria cristã, com média de idade de 57,06 anos e de 8,06 anos de atuação. Esses participantes compreendem que a dimensão da R/E possui relações diretas com os desfechos positivos em saúde. Esses desfechos não necessariamente correspondem à cura, mas à possibilidade de acolhimento em um momento de forte mobilização emocional, bem como de construção de inteligibilidades sobre a morte, o morrer e o luto. Apesar do serviço retratado ser sustentado na diversidade religiosa, foram observadas ações que são produzidas por e voltadas para, em sua maioria, adeptos de religiões cristãs. Recomenda-se que as religiões não hegemônicas também possam estar efetivamente

---

<sup>a</sup> Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Mestre em Ciências, e-mail: gabibernardi@usp.br

<sup>b</sup> Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Doutora em Ciências, e-mail: vivianfcunha@usp.br

<sup>c</sup> Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Doutor em Psicologia, e-mail: fabio.scorsolini@usp.br

representadas, permitindo o acolhimento a pacientes que professam diferentes religiões/religiosidades/espiritualidades<sup>1</sup>.

**Palavras-chave:** Religião. Espiritualidade. Serviço religioso no hospital.

## *Abstract*

*The study aimed to know the conceptions of volunteers who provide religious-spiritual support in a General Hospital about the relationship between religiosity/spirituality (R/S) and health-disease processes. Fifteen volunteers were interviewed, most of them Christian, with a mean age of 57.06 years and 8.06 years of volunteering. These participants understand that the R/S dimension has direct relationships with positive health outcomes. These outcomes do not necessarily correspond to the cure, but the possibility of reception in a moment of strong emotional mobilization, as well as the construction of intelligibility about death, dying and mourning. Despite the service portrayed being sustained in religious diversity, actions were observed that are produced by and aimed at, mostly, adherents of Christian religions. It is recommended that non-hegemonic religions can also be effectively represented, allowing the reception of patients who profess different creeds and religious-spiritual conceptions.*

**Keywords:** Religion. Spirituality. Chaplaincy Service. Hospital.

## Introdução

Desde 1998 a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta um conceito de saúde que considera as dimensões biopsicossocioespirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1998), em que o ser saudável implica uma relação que promove e equilibra todas essas dimensões. Em específico, as necessidades religiosas e espirituais são indissociáveis das necessidades biológicas, sociais e psicológicas do ser humano, pois integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais que podem incluir sentimentos de esperança, conforto e paz interior, com profundas implicações no bem-estar (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUSA, 2014).

---

<sup>1</sup> Este artigo é derivado da Dissertação de Mestrado da primeira autora, orientada pelo terceiro autor, defendida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O estudo foi financiado pela CAPES, por meio de bolsa concedida à primeira autora.

Apesar da religiosidade e da espiritualidade se referirem a fenômenos distintos, muitas vezes são encontrados na literatura como sinônimos e/ou como noções intercambiáveis, a partir, por exemplo, do termo combinado religiosidade/espiritualidade (R/E) (CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019). A adoção do termo combinado, R/E, destaca que se tratam de fenômenos que apresentam uma sobreposição que, muitas vezes, é de complexa distinção. Na prática em saúde, essa diferenciação não tem se mostrado significativa (KOENIG; KING; CARSON, 2012), sobretudo quando consideramos os seus desfechos. O que se observa é que o termo espiritualidade parece ser mais bem aceito cientificamente. No entanto, é também o mais difícil de ser delimitado, pois tem mudado bastante ao longo dos anos.

O termo combinado adotado neste estudo reconhece as diferenças epistemológicas entre religião, religiosidade e espiritualidade, mas destaca as porosidades entre eles quando investigamos esses sentidos junto à população e mesmo com profissionais de saúde. Além disso, essa distinção acaba tendo importância reduzida quando priorizamos o estudo dos desfechos promovidos por essa dimensão na assistência à saúde (CUNHA; ROSSATO; SCORSOLINI-COMIN, 2021).

Pensando no campo da R/E na sua interface com a saúde, Gomes e Santo (2013) reconhecem que a abordagem religiosa-espiritual nessa área implica em desafios de ordem teórica e prática, pois se localiza entre diversas disciplinas, como Filosofia, Teologia, Psicologia, Antropologia, destacando o alto grau de subjetividade presente nessa experiência. A partir dessa consideração, o cuidado religioso-espiritual vem sendo compreendido como um vértice importante para muitos pacientes, sobretudo os que enfrentam rotinas de tratamentos que envolvem, em grande parte, a hospitalização.

A humanização do cuidado tem sido cada vez mais evocada, em que se segue o princípio da integralidade e de uma clínica ampliada, o que exige das ciências da saúde um papel de cuidado do ser humano nas suas diferentes dimensões, incluindo também a religiosa-espiritual (SALVIANO et al., 2016). Em situações de internação, por exemplo, alguns pacientes podem se beneficiar de um apoio religioso-espiritual, caso manifestem esse desejo.

Esse apoio constitui um componente que visa a permitir ao sujeito uma atenção mais integral e holística, contribuindo para o reconhecimento de

recursos, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e a vivência do adoecer de modo mais significativo e acolhedor. Buscando atender a essa necessidade, em 1999 foi publicado o Decreto nº 44395 que regulamentou a Lei nº 10.066 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa-espiritual nas entidades hospitalares públicas e privadas, civis e militares de internação coletiva. Assegurado em 2000 pela Lei n.º 9.982 (BRASIL, 2000), garante o acesso e a oferta do atendimento religioso-espiritual em hospitais das redes públicas e privadas.

O serviço se instala a partir da introdução de um capelão na instituição, que fica incumbido de dar essa assistência não só aos enfermos, mas aos seus familiares e profissionais da saúde. O papel do capelão é oferecer o apoio espiritual, social e emocional aos usuários desse serviço, caracterizando o serviço religioso-espiritual ou a capelania hospitalar (FRANCISCO et al., 2015; GENTIL; GUIA; SANNA, 2011), que vem restabelecer essa interação entre R/E e saúde.

De acordo com Francisco et al. (2015), em países como Estados Unidos e na Inglaterra, o capelão faz parte da equipe interdisciplinar de assistência ao paciente, tendo acesso, inclusive, ao seu prontuário médico, no qual registram suas visitas, avaliações, intervenções e as demais atividades de assistência religiosa-espiritual, uma realidade que não se constata no Brasil. De acordo com esses autores, os capelães nacionais ainda buscam o devido reconhecimento de sua profissão e encontram dificuldades de acesso a cursos e processos de formação e capacitação na área, mesmo com estudos que ratificam a eficácia e a importância da capelania no cuidar da saúde, comprovadas pela satisfação da população e dos profissionais da saúde envolvidos (COOPER, 2011; ROSSATO; ULLÁN; SCORSOLINI-COMIN, 2021).

A partir das dificuldades da implantação de uma organização ou instituição formal desses serviços (FRANCISCO et al., 2015; GENTIL et al., 2011), faz-se necessário compreender como se dá o apoio religioso-espiritual em equipamentos como os hospitais, assim como conhecer quais as dificuldades, facilidades e potencialidades que se colocam para os profissionais e/ou voluntários que realizam esse serviço. Há uma produção de estudos nessa área que é recente e restrita principalmente ao âmbito internacional, evidenciando

a escassez de estudos nacionais e que retratem realidades locais (GENTIL et al., 2011; KWORA; FREITAS, 2020).

Vale destacar que o serviço institucionalizado de apoio religioso-espiritual e/ou capelania fornece um modelo de cuidado que pode solucionar as lacunas no atendimento às necessidades religiosas-espirituais dos pacientes/familiares que não são atingidas pela equipe multiprofissional, seja pela falta de conhecimento em suas formações de graduação ou pela escassez de tempo e de recursos humanos para a oferta desse cuidado (MARQUES, 2017; McSHERRY; JAMIESON, 2013). A partir desse panorama, o objetivo deste estudo é conhecer as concepções de voluntários que prestam apoio religioso-espiritual em um Hospital Geral acerca das relações entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e os processos de saúde-doença.

## **Método**

### *Tipo de estudo*

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório e desenvolvido a partir da abordagem qualitativa. Para a realização deste estudo qualitativo foram observados os itens de verificação recomendados pelo Protocolo COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

### *Cenário do estudo*

Este estudo foi realizado com voluntários que prestam apoio religioso-espiritual em um Hospital Geral localizado em uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo. O grupo iniciou as suas atividades em 2011, estando ligado, em sua origem, à atuação no setor de cuidados paliativos. Os voluntários desse grupo são conhecidos como “mensageiros”, tendo como função promover o apoio religioso-espiritual à pessoa adoecida, aos familiares/cuidadores e à equipe de saúde, proporcionando suporte para lidar com questões existenciais, com o enfrentamento da finitude, da perda, do luto, acolhendo e apoiando nos dilemas apresentados.

Geralmente, esse serviço se dá a partir de dias e horários fixos para fazer a visitação, em que as equipes são divididas entre os setores do hospital. Essa visitação é realizada, em sua maioria, por duplas ou trios de mensageiros, que visitam todos os pacientes do andar, sem fazer proselitismo. Na visitação, o mensageiro geralmente lê uma mensagem selecionada para aquele encontro e faz uma reflexão acerca dela, além de fornecer sua escuta e acolhimento. Em 2022, há membros de 56 denominações religiosas diferentes que compõem esse grupo, todas com um representante pelo menos, e 222 mensageiros, aproximadamente, que trabalham voluntariamente nesse hospital. O capelão ajuda na coordenação dos grupos e sempre que a família ou enfermo solicitar algum representante religioso específico da sua crença, o mensageiro está apto a fazer o contato direto.

### *Participantes*

Foram convidados a participar do estudo os membros do grupo de apoio religioso-espiritual que desenvolve atividades no Hospital Geral. O recrutamento desses participantes aconteceu por meio do contato da coordenação do grupo que divulgou a pesquisa aos mensageiros, a pedido da pesquisadora, também indicando determinados membros considerados mais experientes. Os voluntários foram convidados a participar até o momento em que se atingiu o critério de saturação proposto por Turato (2013), em que as respostas se tornam repetitivas e nenhum conteúdo novo é apresentado a partir do momento em que se atinge o objetivo proposto. Buscou-se manter a diversidade de filiações religiosas entre esses voluntários, bem como a seleção de participantes que atuassem frequentemente no serviço (semanalmente, por exemplo), e não apenas esporadicamente. Ao final desse processo, a amostra foi constituída por 15 participantes, oito mulheres e sete homens.

### *Procedimento*

A coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora que é psicóloga, estudante de pós-graduação, com experiência prévia na realização de

entrevistas e que construiu um roteiro de entrevistas específico para esta investigação. A psicóloga tinha 26 anos de idade à época da coleta e autodeclara-se branca, bissexual e religiosa. As entrevistas ocorreram de modo remoto, por meio do *Google Meet*. Para a participação na pesquisa, todos os participantes estiveram de acordo com as condições descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido antes da realização da coleta. O termo foi apresentado pela pesquisadora, que se manteve à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas quanto a esse documento. Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio, além do recurso de gravação do próprio *Google Meet*, e transcritas na íntegra e literalmente. As entrevistas duraram entre 30 a 50 minutos. Esses registros transcritos das entrevistas compuseram o *corpus* analítico.

O *corpus* foi submetido à análise temático-reflexiva, que incorpora os valores do paradigma qualitativo. Os temas, padrões de significado compartilhados unidos por um conceito de organização central que também é baseado em significado não estão “nos” dados nem deles emergem passivamente, mas são construídos. Assim, o conhecimento obtido é vinculado ao contexto e não reflete uma verdade única, mas uma história contada, uma interpretação do pesquisador acerca do objeto de estudo, dependendo, portanto, de sua subjetividade – que é entendida como recurso (BRAUN; CLARKE, 2019) desde que haja, para a manutenção do rigor metodológico do estudo, reflexão crítica acerca do conhecimento produzido. A análise temática foi realizada por duas pesquisadoras, com a supervisão do terceiro autor, orientador do estudo. Após essa organização do *corpus* e a construção dos temas, os mesmos foram apresentados e interpretados a partir do referencial teórico no campo da R/E.

### *Considerações éticas*

O projeto que deu origem a este estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo (CAAE 30021520.3.0000.5393 e Parecer nº 4.262.715).

## Resultados e Discussão

Participaram do estudo 15 mensageiros, sendo oito mulheres e sete homens. Em relação às características desses participantes, nota-se que a idade variou de 45 a 70 anos, com média de 57,06 anos. Em termos da participação no serviço de apoio religioso-espiritual em tela, o engajamento nesse grupo variou de dois a 12 anos, com média de 8,06 anos.

A partir do modo como os participantes optaram por se autodeclararem em relação à religião/religiosidade/espiritualidade, três deles se reconhecem como espíritas e um como espiritualista. Quatro entrevistados se autodeclararam cristãos, quatro evangélicos, dois católicos e um Testemunha de Jeová. Mesmo com a tentativa de diversificar os mensageiros em função de suas denominações religiosas, a amostra foi composta por uma maioria cristã. A caracterização completa dos participantes está sumarizada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes em termos de sexo, idade, denominação religiosa e tempo de atuação no apoio religioso-espiritual.

Caracterização dos Mensageiros

Mensageiros	Sexo	Idade	Denominação Religiosa*	Tempo de Atuação na RAERP
MENSAGEIRO 1	Feminino	46 anos	Cristã	02 anos
MENSAGEIRO 2	Masculino	49 anos	Cristão	02 anos
MENSAGEIRO 3	Feminino	63 anos	Espiritualista	12 anos
MENSAGEIRO 4	Feminino	70 anos	Espírita	11 anos
MENSAGEIRO 5	Masculino	51 anos	Evangélico	11 anos
MENSAGEIRO 6	Feminino	59 anos	Católica	12 anos
MENSAGEIRO 7	Feminino	55 anos	Espírita	04 anos
MENSAGEIRO 8	Feminino	67 anos	Espírita	06 anos
MENSAGEIRO 9	Masculino	67 anos	Cristão	11 anos
MENSAGEIRO 10	Feminino	70 anos	Evangélica	05 anos
MENSAGEIRO 11	Masculino	45 anos	Evangélico	12 anos
MENSAGEIRO 12	Masculino	65 anos	Test. de Jeová	06 anos
MENSAGEIRO 13	Masculino	52 anos	Cristão	04 anos
MENSAGEIRO 14	Feminino	50 anos	Evangélica	11 anos
MENSAGEIRO 15	Masculino	47 anos	Católico	12 anos

\*É importante salientar que a classificação referente à religião de cada mensageiro foi nomeada pelo mesmo

Fonte: Elabora para pela primeira autora (2022).

Diante das respostas dos participantes, foi possível identificar a importância atribuída ao apoio religioso-espiritual no cenário de assistência à saúde, bem como a relação desse tema com a vida pessoal de cada mensageiro. A partir da análise temático-reflexiva foram produzidos quatro temas: Tema 1 – Percepções sobre o apoio religioso-espiritual; Tema 2 – Motivação para a oferta do apoio religioso-espiritual; Tema 3 – O elo com a finitude; Tema 4 – Pluralidade e intolerância. A seguir, esses temas serão apresentados e discutidos.

### *Percepções sobre o apoio religioso-espiritual*

Este tema foi construído a partir dos relatos dos mensageiros ante as suas percepções acerca do apoio que fornecem dentro desse equipamento de saúde. Neste tema, são evidenciadas as percepções acerca dos benefícios do apoio religioso-espiritual não somente para os usuários do serviço do hospital referido, mas também para o voluntário que o fornece.

Os mensageiros foram convidados a refletir sobre como a R/E se apresenta em suas dinâmicas profissionais e pessoais. Surgiram questionamentos, reflexões e novas interpretações acerca de suas experiências e possibilidades relacionadas ao trabalho dentro do hospital.

Nota-se que existe uma unanimidade entre os mensageiros sobre os benefícios do apoio religioso-espiritual dentro do equipamento de saúde em que atuam. Isso é destacado, por exemplo, pela Mensageira 6:

Sim, está relacionado à saúde. Bom, tem pesquisas que falam sobre isso, a questão da espiritualidade na saúde mental, então essa calma que eu falo que os pacientes sentem essa serenidade, de saber que não estão sozinhos, que tem uma equipe que mesmo não estando ali, somos em muitos e eles estão recebendo oração e saber que o hospital ele não oferece ali só parte clínica, mas essa parte espiritual, que tem esse suporte, porque, muitas vezes, eles entram no hospital e não sabem disso. Então, quando eles recebem, nos recebem e nos vê eles ficam satisfeitos, se completam. Então, a saúde mental penso que fica bem valorizada (Mensageira 6).

O Mensageiro 14 também se posiciona apoiando essa perspectiva quando expressa: *“Já foi comprovado em vários estudos tanto no Brasil como*

*fora, que a fé ajuda muito no estabelecimento de um cliente que esteja internado*". As possíveis repercussões positivas do acolhimento religioso-espiritual por parte desses voluntários são referidas a partir das próprias experiências, ou seja, de percepções sobre a prática e seu cotidiano, mas também se ancoram na evocação de um discurso científico.

Aventa-se que a menção às pesquisas científicas desenvolvidas nesse campo pode se dar por diversos motivos, como: acesso efetivo a estudos dessa natureza por parte dos voluntários; tentativa de construir uma argumentação baseada em saberes científicos, haja vista que a entrevista foi concedida no contexto de produção de uma pesquisa de mestrado; tentativa de legitimação do apoio religioso-espiritual a partir de sua aproximação com a pesquisa científica, em uma espécie de validação dos seus benefícios ou da sua recomendação; proximidade desse contexto de atenção com a universidade – sendo que o Hospital Geral se situa dentro do *campus* de uma universidade pública, na qual esses estudos podem ter maior receptividade.

Esse discurso científico ou que visa a “tornar científico” o acolhimento religioso-espiritual também se sustenta na coordenação do serviço, conduzida por uma profissional de saúde e pesquisadora da área. Para esses voluntários, o diálogo com pesquisas e pesquisadores nesse campo parece ser bem frequente, compondo uma característica específica desse serviço no equipamento de saúde. Embora essa característica possa sugerir a tentativa de “tornar científico o que é religioso-espiritual”, como se estas fossem naturezas imiscíveis, é importante retomarmos o discurso que integra as dimensões biopsicossociais e espirituais na produção do conceito de saúde (WHO, 1998).

Os voluntários referem que foi muito importante o próprio hospital direcionar o olhar para a dimensão espiritual dentro do contexto da saúde e notar a importância de se oferecer um cuidado humanizado, incluindo também a dimensão religiosa-espiritual em sua rede multidisciplinar. Depoimentos como esses são de extrema importância para comprovar o quanto o olhar integrado e humanizado faz a diferença em momentos de dificuldade: “[...] *a gente vai tirar o foco dele da dor, da doença, da falta de esperança, o que a gente faz é isso*” (Mensageira 6).

As estratégias de enfrentamento com base na R/E incluem o seu uso para lidar com o estresse e os problemas cotidianos. A R/E atribui significado à

experiência de adoecimento. Muitas vezes, os mensageiros são o único apoio encontrado para a compreensão e o enfrentamento das dificuldades impostas pelos sintomas e as formas de manejo das situações de estresse (THIENGO *et al.*, 2019). Nota-se essa afirmação na fala da Mensageira 7, que ressalta:

Muitos pacientes do hospital eles ficam sozinhos, eles não têm acompanhante até por conta de situações difíceis, às vezes eles não são daqui, às vezes a família não tem condições de ficar aqui com ele, porque trabalham. Então, nós somos aquele amigo temporário, aquele familiar temporário que às vezes em alguns dias, alguns momentos vai lá pra conversar um pouquinho, para falar alguma coisa boa ou para ouvi-los principalmente, naquilo que eles querem falar. Então, eu acho que é muito importante, muito significativo, acho que humaniza, né? (Mensageira 7).

Um papel importante assumido por esses profissionais, segundo podemos depreender do depoimento da Mensageira 7, é o fato de estarem muito próximos aos pacientes, sobretudo em um momento de maior vulnerabilidade representado pelo adoecimento e pela internação. Assim, o papel de acolhimento passa a ser desempenhado por esses voluntários não em termos exclusivos de aspectos religiosos-espirituais, mas de possibilidade de escuta, de presença, de uma postura genuína de interesse pelo sujeito e sua experiência de adoecimento. Esse papel, desse modo, não se torna exclusivo dos profissionais de saúde, mas atravessa o fazer dos mensageiros, compondo um elemento importante na construção do serviço de capelania para além do vértice religioso-espiritual.

O enfrentamento religioso é uma estratégia importante e regula a resposta emocional causada diante de um processo de adoecimento, por exemplo (THIENGO *et al.*, 2019). As situações de sofrimento, bem como a hospitalização, podem permitir que o sujeito se conecte com a sua fé para compreender a experiência do adoecimento. A presença dos mensageiros, nesse contexto, promove como efeito, para alguns voluntários, a confirmação dessa fé: *“Esse é o nosso objetivo é a pessoa falar sobre esse sentimento que ela está, e a gente de alguma forma levar através da palavra, daquilo que a gente conhece da nossa religião levar esse conforto para ela”* (Mensageira 7).

A oferta da palavra, descrita pela Mensageira 7, acaba promovendo um acolhimento pelo fato de conferir esperança em relação aos desfechos de

saúde. Isso é sustentado a partir de elementos religiosos-espirituais que são promotores de conforto e que podem disparar respostas de enfrentamento e também de aceitação, a depender da condição clínica da pessoa internada.

Assim, o principal sentido descrito neste primeiro tema parece ser a possibilidade de a R/E acolher o sujeito a partir de uma escuta ofertada por pessoas que também expressam sua R/E nessa atividade voluntária. A R/E partilhada entre quem cuida e quem recebe o apoio religioso-espiritual parece compor um vínculo capaz de promover identificação, confiança, respeito e também desfechos considerados positivos em saúde, segundo a percepção desses voluntários.

### *Motivação para a oferta do apoio religioso-espiritual*

Um elemento que se destacou durante as entrevistas foi a motivação dos mensageiros para a atuação no serviço de capelania do hospital. A maioria deles traz alguma situação de angústia ou dificuldade pessoal que contribuiu para que se tornassem mensageiros. Muitos chegaram a passar por situações difíceis, de enfermidades, que despertaram a necessidade de olhar para seu divino, para seu transcendente.

O relato trazido pelo Mensageiro 2 destaca uma situação de angústia vivida por ele e sua esposa (Mensageira 1). Nesse momento de extrema dor e angústia, o despertar para o cuidado religioso-espiritual estava surgindo, como demonstra no trecho a seguir:

Nós temos o caso aqui praticamente igual, em 2017 minha mãe teve câncer generalizado [...] e ela estava em [nome do Estado], quando teve aquele acidente com um avião. Eu estava pra lá porque minha mãe estava internada no hospital e ali começou a voltar em mim aquela vontade de ajudar. [...] A gente confortava muita gente lá dentro e a Mensageira 1 falou: se amanhã ou depois eu for fazer um trabalho, será um trabalho assim, da gente fazer visitas em hospitais e trazer uma palavra de conforto, uma palavra pra ajudar as pessoas, tanto pra pessoa internada e tanto pra pessoa que tá ali de acompanhante que não vai embora, fica internada dentro do hospital; o acompanhante que fica tem uma dificuldade muito grande em digerir tudo o que está acontecendo com seu ente querido e quando chega uma pessoa de fora e conversa com ela, ouve ela desabafar, renova a pessoa automaticamente (Mensageiro 2).

Assim, o casal composto pelos Mensageiros 1 e 2 desenvolveu primeiramente o trabalho de apoio religioso-espiritual em outro equipamento de saúde. Essa experiência os mobilizou para que pudessem realizar um trabalho semelhante no hospital em tela. Em meio a uma experiência de dor pelo adoecimento da mãe, o Mensageiro 2 compreendeu que naquele momento ele também poderia confortar outras pessoas que estavam passando pelo mesmo problema. Essa experiência de vivência de angústia diante do adoecimento de um familiar promoveu a motivação para o conforto a pessoas que passam por situações semelhantes, gerando identificação e empatia diante da hospitalização, do adoecer e do sofrimento presente nesse itinerário.

Já a Mensageira 10 passou por um câncer e, de sua experiência como enferma, surgiu o desejo de estar com o outro de formas diferentes. Aos poucos começou a participar como voluntária do apoio religioso-espiritual:

Então, eu tive um câncer vai fazer seis anos mais ou menos, e aí eu comecei, né, fui para o hospital, comecei o tratamento, né, aí eu vi aquelas pessoas ali sentadas, tristes, sabe? E eu falava “Jesus deve ter alguma coisa para me alegrar esse coração, sabe?” [...] E aí eu peguei uns folhetinhos, com mensagem assim alegre, né, coisa falando coisas boas, e aí eu comecei até a fazer isso. Quando a gente faz quimio e rádio, você fica com aquela pele que parece verde, amarela, sabe? Não sei... Comecei a passar um blush, sabe? Um batom, para tirar aquele amarelo, para mim, né, não mostrar assim uma feição triste para ela (pessoa), eu queria mostrar uma coisinha alegre para ela [...] eu falei “nossa eu quero fazer esse trabalho aqui dentro do hospital” (Mensageira 10).

É importante salientar a sensibilidade dos mensageiros diante da angústia não só do outro, mas a própria. O Mensageiro 2 destacou a experiência de acompanhar a mãe enferma em uma hospitalização prolongada e a Mensageira 10 destacou a experiência do próprio adoecer como disparadora de reflexões não só sobre o seu sofrimento, como o vivenciado por pessoas em situações ou momentos semelhantes. A identificação e a empatia aqui relatadas compuseram o desenvolvimento de recursos para a oferta de apoio religioso-espiritual às demais pessoas, ressignificando a própria experiência diante do sofrimento.

Por mais sensíveis que os mensageiros se fizeram diante das situações de enfermidades – vivenciadas por eles ou por seus familiares – esses

voluntários não receberam apoio religioso-espiritual em tais circunstâncias, assim como seus familiares adoecidos. O ponto chave desse tema é, justamente, a movimentação que esses voluntários fizeram ante a essas situações, sentindo a necessidade de entrar em contato com o transcendente e, a partir disso, contribuir para que outras pessoas também pudessem se beneficiar desse recurso de modo mais sistemático. Isso fica evidente na fala da Mensageira 8, que destaca:

Eu me ponho no lugar... se você está num hospital sozinha, passando com dores, tratamento intensivo, é tão bom passar alguém e falar "Olha eu vim aqui te ver, como é que você está?". Sabe, eu acho que qualquer pessoa, não é só porque eu vou lá eu acho que se estivesse no lugar deles eu gostaria de receber uma pessoa que viesse conversar comigo, me dar o amparo de que isso vai passar, de que eles vão sair dali então é muito importante, eu acho (Mensageira 8).

Algo importante recuperado na fala da Mensageira 8 refere-se ao sentido que o apoio religioso-espiritual adquire: trata-se de um acolhimento, da partilha de um momento de maior mobilização emocional. Neste trecho a participante não menciona quaisquer elementos religiosos-espirituais que balizariam a sua prática, mas a sua capacidade de se sentir afetada pela experiência do outro e a disponibilidade de desenvolvimento de uma postura de interesse, de confiança e de aconselhamento para ofertar ao outro.

Como abordado neste tema, os mensageiros passaram por situações de sofrimento que os colocaram diante da possibilidade de ajudarem pessoas que, como eles e seus familiares, também já haviam necessitado de consideração, de carinho, de afeto, de presença diante de uma situação complexa e de forte mobilização emocional. Essas experiências despertaram o sentimento de fazer algo pelo outro, de se engajarem em uma ação voluntária ligada à R/E. A partir do desenvolvimento desse apoio religioso-espiritual passaram a buscar outros significados no adoecimento, inclusive como possibilidade de experienciar a empatia, o cuidado com o outro e a travessia compartilhada desse momento de sofrimento representado pela hospitalização.

## *O elo com a finitude*

Em diversas situações, os voluntários se deparam com a morte, oferecendo um acolhimento para quem está morrendo e para aqueles que estão em luto. O grupo de apoio religioso-espiritual, conforme destacado anteriormente, surgiu diretamente ligado aos cuidados paliativos, de modo que essas reflexões orientam o fazer dessa equipe desde as suas primeiras atividades.

Em seu relato, o Mensageiro 9 traz um destaque para a questão da morte e do morrer. Para ele, todos somos seres finitos passando por cuidados paliativos em graus diferentes:

Então no paliativo eu costumo dizer para eles uma coisa curiosa, de que todos nós estamos no paliativo, alguns estão num grau maior e outro no grau menor, porque querendo ou não todos nós estamos caminhando para um final ou será que eu não posso entender que cada dia é um paliativo para minha vida porque a cada dia estou mais próximo de acabar? (Mensageiro 9).

Este voluntário reflete, também, sobre o benefício do cuidado religioso-espiritual para o momento da morte: *“E quando tem o apoio espiritual eles passam a aceitar, ou seja, não que aceitam, mas eles passam a enfrentar aquele momento, aquela situação de uma forma mais compreensível, eles são muito beneficiados com isso.”* (Mensageiro 9). Ao explicitar que todos estamos em cuidados paliativos, esse mensageiro busca desconstruir a associação inequívoca entre esse campo (de cuidados paliativos) e a morte. Ao considerar que todo ser humano caminha para a morte, recupera que o morrer faz parte da experiência que também é viver, em uma forma de explicar aos pacientes como podemos nos posicionar diante da possibilidade iminente de morrer, o que se intensifica nos cuidados paliativos.

O Mensageiro 11 traz alguns relatos de sua prática ante as situações do morrer, bem como a importância de sua presença, como capelão e membro do grupo de apoio religioso-espiritual:

Às vezes as pessoas acham que você precisa falar, né... “O que eu vou dizer nesse momento?”. Eu lembro de um fato de um casal, eu conversei com eles pela manhã, o filho não estava bem, estava muito grave e quando foi por volta de

uma e pouco da manhã o filho veio a óbito. A equipe me ligou dizendo “Olha, nós convidamos os pais para virem ao hospital e gostaríamos que você tivesse junto, você teve esse acompanhamento”. E eu lembro que quando eu estou subindo o elevador eu subi com a família junto no elevador. Eu já sabia do óbito da criança. Eles ficaram felizes de me verem subindo, falaram: “Ah, que bom que o senhor tá aqui, a equipe nos chamou para conversar. Será que o senhor não vai lá orar pelo nosso filho?”. E mesmo sabendo que o filho, que a criança já havia ido a óbito, eu disse: “Sim, nós podemos orar por ele”. Aí fomos na sala e o pessoal deu a notícia, eles ficaram muito tristes com isso, a equipe conseguiu controlar e aí nós perguntamos se eles queriam ver o bebê... Eles disseram que sim e nós entramos juntos na UTI. Eles tiveram o tempo deles, eles choraram ali e eu apenas me aproximei, abracei e como eu havia prometido que nós iríamos orar, eu disse “podemos agora orar?”. Nós conversamos sobre isso e ali eu fiz uma oração, pedindo que Deus estivesse dando conforto a eles naquele momento e então assim, é você saber que estar junto faz toda a diferença, né, então assim, como mensageiro é ser esse envelope. De levar a mensagem, levar o conforto e o alento às pessoas, mesmo que não sejam palavras (Mensageiro 11).

O exemplo recuperado pelo Mensageiro 11 revela que a morte e o morrer estão envoltos em interditos que podem promover movimentos como a culpabilização dos pais, a insuficiência diante da provisão de cuidados para curar o filho, o contato com a morte precoce, no caso de crianças, e mesmo a impossibilidade de o apoio religioso-espiritual promover mudanças diante de um quadro (KOVÁCS, 2005; MORELLI; SCORSOLINI-COMIN, 2016). Assim, o Mensageiro 11 se posiciona como alguém que pode estar junto, que pode oferecer conforto, que pode ouvir, aconselhar, estar junto diante da morte de um filho, por exemplo. Suportar essas situações complexas e mostrar-se continente é um desafio referido pelo voluntário.

Esses voluntários, desse modo, acabam ocupando esse lugar, sobretudo no momento de maior mobilização emocional representado pela revelação da notícia da morte ou, ainda, acompanhando os cuidados paliativos. Nota-se a importância de se estar amparado em momentos de sofrimento diante da perda a partir da fala do Mensageiro 15:

Na minha cabeça eu ia dar Assistência Religiosa para os Católicos e quando me deparei com meu primeiro atendimento, a Assistente Social me chamou, e acolhi uma mãe com um filho acidentado e trauma importante e possivelmente com morte encefálica e eu acolhi, mas não no sentido religioso, eu queria acolher, eu até paguei hospedagem até ela saber os resultados, se era mesmo morte encefálica e na hora de receber a notícia ela me chamou, chorando, porque teve

a notícia de que o filho estava morto e o pessoal da doação já estava em diálogo com ela pra saber se doariam os órgãos e fiquei do lado. Até que ela me perguntou o que eu pensava sobre doação de órgãos e me veio a primeira impressão do que era a Capelania: acolher a dor do outro (Mensageiro 15).

Novamente, aqui, o apoio religioso-espiritual acaba sendo significado como o acolhimento da dor do outro. Esse sentido de acolhimento, embora também possa se sustentar do ponto de vista religioso-espiritual, ultrapassa a dimensão da R/E, referindo um sentido de acompanhamento, de ser com o outro, de mostrar-se presente, continente à dor do outro e a uma experiência de sofrimento. Obviamente que esses sentidos também podem dialogar diretamente com a dimensão da R/E, embora os entrevistados nem sempre recorram a dogmas, preceitos e inteligibilidades de suas crenças religiosas para falarem desse acolhimento no presente estudo.

A capacidade humana de refletir e fazer discurso sobre a morte, que caracteriza e qualifica o ser humano, impõe, também, um pesado fardo existencial, pois, à medida que alcança a consciência de sua provisoriedade, deve encontrar elementos que tornem inteligível a sentença de morrer. Por isso a certeza da morte é um dos efeitos produzidos a partir da reflexão sobre a transitoriedade (FARBER et al., 2021). Aceitar que somos finitos é um processo muito complexo e, muitas vezes, acabamos banindo do nosso cotidiano o pensar em morrer. Valorizamos a jovialidade, a saúde, a imortalidade e, por diversas vezes, ocultamos a morte e a negamos o tempo todo (KOVÁCS, 2005; MORELLI; SCORSOLINI-COMIN, 2016; OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2020).

É importante, no entanto, recuperar que esse apoio não se destina apenas às pessoas que estão vivenciando o processo de morrer ou acompanhando essa experiência junto a um familiar ou ente querido. É mister que, como referido pela Mensageira 3, o apoio religioso-espiritual não seja “reduzido” a situações de terminalidade, mas acompanhar um processo de acolhimento que deve permear toda experiência de hospitalização e de adoecimento. Ao potencializar a conexão do sujeito com a sua R/E o mensageiro permite uma experiência de acolhimento, de significado, de possibilidade de evocação de um recurso para auxiliar no enfrentamento de uma situação complexa e dolorosa, o que não está comprometido, exclusivamente, com a cura e com a vida, mas também com o adoecer e o morrer.

## *Pluralidade e intolerância*

Um dos diferenciais desse grupo de apoio religioso-espiritual é justamente o pluralismo, havendo entre os membros a representação de 56 denominações religiosas. Alguns mensageiros relatam estranheza em estar trabalhando com alguém de outra denominação religiosa, mas, quando vão a campo trabalhar, percebem o quão rico e benéfico é estar em contato com o diferente, como no relato a seguir:

Olha, a rede de apoio espiritual ela abriu portas nesse sentido, sabe, portas que outrora eram fechadas, não por nada, mas por desconhecimento do trabalho que poderia ser desenvolvido por cada religião e seus membros ou por cada religião naquele trabalho coletivo, mesmo que eu falei que não é identificada qual denominação que está sendo professada ali, né (Mensageiro 13).

Outra observação trazida pelos mensageiros é a recepção dos enfermos e familiares quando o apoio religioso-espiritual é oferecido por uma pessoa ligada a uma religião diferente da professada por essas pessoas. Alguns não aceitam receber esse acolhimento por preconceitos referentes à diversidade religiosa. Isso fica claro nas falas do Mensageiro 12 e da Mensageira 8, a seguir:

Mas acredito que talvez no início quando o paciente recebia a visita de apoio espiritual, ele relaciona isso com uma determinada religião, então ele ficava meio recuado ali, mas quando ele começou a observar que o vizinho dele recebia uma visita aí e como ele se sentia depois da visita, aí que começaram a se interessar mais (Mensageiro 12).

Passamos por rejeição, sabe? Que você fala assim "Olha, a gente veio fazer uma oração, vocês aceitam? Nós somos do apoio espiritual, viemos fazer uma oração, vocês aceitam?". "Ah não, eu não quero." Tem uns que são mais revoltados, que estão bravos, aí tem dois, porque o quarto são de dois, aí o outro fala "eu quero", aí a gente vira para o outro lado lá na cama dele e faz, aí o outro até sai do quarto, mas são situações delicadas porque a gente entende que é assim mesmo, mas isso a gente já passou vários assim (Mensageira 8).

Esses relatos evidenciam preconceitos e mesmo intolerância religiosa de alguns pacientes em relação a algumas religiões/religiosidades/espiritualidades e suas expressões. Esse dado pode e deve ser compreendido a partir de diferentes prismas. Um deles é aventado pelo Mensageiro 12, que evoca a

possibilidade de certo desconforto advindo do desconhecimento em relação ao apoio religioso-espiritual e a sua não vinculação exclusiva a uma religião. Outra chave de compreensão refere-se não a uma intolerância religiosa necessariamente, mas à escolha de não receber esse tipo de apoio. Embora os voluntários pareçam manejar adequadamente esses episódios, é importante explorar de modo mais detido em outros estudos os motivos para essa recusa por parte dos pacientes.

Mas e como os mensageiros se situam em relação às possíveis divergências entre as diferentes religiões quando precisam trabalhar de modo colaborativo? Apesar de ser um trabalho em que o pluralismo religioso é valorizado, alguns poucos mensageiros trazem falas que podem indicar um preconceito velado sobre determinadas denominações religiosas, como nos relatos a seguir:

Se eu fosse receber, ou estivesse lá numa condição de paciente... Eu preferiria que fosse alguém da minha doutrina, eu preferiria que fosse, mas se chegasse alguém e falasse "Olha, eu sou de uma outra doutrina, mas de uma doutrina cristã, eu não fujo da doutrina cristã". Eu não discrimino, né, eu ia receber aquela pessoa também, mas eu preferiria que fosse da minha doutrina (Mensageiro 13).

Então são muitos casos que a gente pegou, parentes de familiar que o pai é evangélico e a filha é espírita, mas não espírita tipo candomblecista, né, afro-religião, então eles se contradizem entre eles. Então a gente faz um apoio neutro (Mensageiro 5).

É importante salientar que, quando nos deparamos com as denominações religiosas presentes nesse grupo, o cenário é predominantemente de religiões cristãs, como pode ser observado na Tabela 1. Em nenhum momento são citadas as religiões de matrizes africanas, como a umbanda e o candomblé. O sincretismo, embora seja defendido como algo acolhedor, pode mascarar a intolerância em relação a determinadas religiões/religiosidades. Existe um peso sobre determinadas religiões tidas como não hegemônicas que vai desde preconceitos ao racismo religioso, e, no contexto da saúde, não seria diferente. Nos discursos apresentados há indícios de um preconceito velado dos mensageiros, o que nos mostra que ainda estamos longe de uma integração humanizada dessas denominações religiosas.

Incluir as múltiplas manifestações das religiosidades/espiritualidades no cuidado em saúde é respeitar não apenas a diversidade e a diferença, mas também promover uma escuta que considere o outro, suas ancestralidades, ancoragens e representações de vida, de ser humano, de mundo e também de saúde. Em outras palavras, trata-se do respeito por quem o outro é, sua identidade, seu pertencimento. Ter a R/E acolhida genuinamente é vislumbrar um cuidado que não viole o sujeito (SCORSOLINI-COMIN, 2018, p. 3).

### *Síntese analítica*

Ao longo do estudo, os próprios mensageiros, em suas falas, demonstram entender a importância de se oferecer um apoio religioso-espiritual dentro do ambiente hospitalar e do quanto isso faz a diferença dentro de um tratamento para alguma enfermidade, para o familiar de quem está passando pela hospitalização e também da equipe que cuida de ambos, mostrando as relações entre R/E e saúde.

É importante salientar que muitos mensageiros passaram por situações de extrema dificuldade, seja por enfermidades que afetaram a si próprios, seja por enfermidades que acometeram familiares e pessoas próximas. Ao atravessarem esses momentos, também referiram que não receberam apoio religioso-espiritual. Mesmo não recebendo esse acolhimento, mobilizaram-se no sentido de se voluntariarem para esse trabalho. Assim, começaram com pequenas ações dentro do cenário que estavam vivenciando, despertando a vontade de ampliar essa escuta. Foi desse modo e a partir dessas experiências que muitos dos entrevistados se tornaram mensageiros.

Esse grupo de apoio religioso-espiritual tem seu diferencial de trabalho na escuta, acolhimento e na união das 56 denominações religiosas diferentes, que trabalham por esses objetivos juntos, sem oferecer um proselitismo aos usuários de seu serviço, mostrando que é possível deixar as diferenças de lado por um bem maior. Porém, é importante destacar que predominam nesse grupo voluntários ligados a religiões cristãs. Apesar de um discurso de aceitação das diferentes religiões/religiosidades, observamos também resquícios de posicionamentos que podem ser associados à intolerância religiosa, sobretudo quando consideramos as religiões de matriz africana. Isso revela a necessidade de que essa diversidade possa realmente ser corporificada nesse grupo não apenas a partir da representatividade de

diferentes religiões/religiosidades, mas de uma cultura de diálogo, de respeito e de problematização desses aspectos no desenvolvimento das atividades desse grupo.

Por fim, é importante destacar a ausência de uma reflexão mais interdisciplinar quando abordamos o conceito biopsicossocial e espiritual de saúde apregoado pela Organização Mundial de Saúde. O apoio religioso-espiritual foi centralizado, neste estudo, nos mensageiros que realizam esse cuidado de modo voluntário. Os profissionais de saúde, por exemplo, não foram mencionados como parte dessa rede de cuidados religiosos-espirituais.

Isso fica claro em posicionamentos expressos, por exemplo, pela Mensageira 7: *“A equipe de enfermagem não tem a disponibilidade, porque ela não tem mesmo, o propósito dela ali é outro”*. Embora esteja se referindo à divulgação do trabalho do grupo, quando se compreende que essa atribuição/responsabilidade não pode ser compartilhada com “profissionais não mensageiros”, como os enfermeiros, promove-se uma leitura mais estrita do que é o cuidado religioso-espiritual. Essa percepção talvez se sustente na existência de um grupo específico para esse tipo de cuidado no equipamento estudado, mas pode também revelar uma visão ainda fragmentada do cuidado, com destaque para a especialização e para uma atuação que ainda não se revela, de fato, disponível e engajada na e para a integralidade.

A partir dessa reflexão, também podemos considerar que o apoio religioso-espiritual oferecido no serviço de capelania não está apartado do que compreendemos como assistência à saúde. A capelania se corporifica a partir de vértices do cuidado, incluindo ações como a escuta, a consideração positiva pelo outro, a empatia, a proximidade afetiva e a presença em um cenário marcado, muitas vezes, pela solidão e pelo isolamento. Os mensageiros, ao promoverem a escuta empática, por exemplo, não estão identificados exclusivamente com uma atuação apregoada pela capelania, mas que atravessa o fazer em saúde, que humaniza a experiência do cuidar. Assim, recomendamos que a capelania possa ser estudada em investigações vindouras a partir desse imbricamento com a atuação mais formal em saúde, permitindo-nos uma leitura a partir das porosidades entre esses campos.

Por fim, os elementos aqui compartilhados a partir dos relatos dos mensageiros também podem indiciar diferentes sentidos sobre a capelania e

o modo como ela se apresenta em nosso contexto. As reflexões aqui presentes nos conduzem, ainda, à necessidade de compreendermos diferentes cenários em que a capelania hospitalar se faz presente. Como esses serviços se estruturam? Quais as orientações oferecidas aos seus voluntários? Como esses serviços são avaliados e integrados aos equipamentos de saúde e às equipes multiprofissionais? A promoção da inclusão da R/E no cuidado em saúde e da própria estruturação da capelania devem estar orientadas a partir do reconhecimento desse serviço, de sua maior visibilidade, mas também atenta à diversidade e à tolerância com diferentes religiosidades/espiritualidades, por exemplo, achado este evidenciado no presente estudo.

## **Considerações finais**

Baseado nos relatos compartilhados, evidenciamos a dimensão religiosa-espiritual na assistência em saúde a partir de uma atividade de escuta e de acolhimento realizada pelos diferentes voluntários. Esses participantes compreendem que a dimensão da R/E possui relações diretas com o campo da saúde, expressando concepções que associam a oferta desse apoio religioso-espiritual a desfechos positivos em saúde. Esses desfechos não necessariamente correspondem à cura, mas à possibilidade de acolhimento em um momento de forte mobilização emocional, bem como de construção de inteligibilidades sobre a morte, o morrer e o luto, por exemplo.

Sabemos que existem limitações neste estudo, como não poder ter acesso ao campo para realizar as entrevistas, bem como não poder acompanhar o trabalho dos mensageiros de perto, o que era proposto inicialmente, antes da pandemia da COVID-19. Além disso, a literatura científica produzida a respeito do tema deste estudo ainda pode ser considerada escassa para o estabelecimento de comparações com outros serviços existentes, sobretudo quando tomamos o contexto brasileiro.

Ainda, é fundamental que a análise dessas entrevistas também possa acenar para aspectos que tradicionalmente são escamoteados quando buscamos retratar um serviço tão relevante como o aqui abordado. A construção de uma escuta acolhedora no campo das religiões/religiosidades/espiritualidades não significa, necessariamente, o

compromisso com a produção de um sistema que combata a intolerância religiosa. É preciso, portanto, que a conscientização sobre esse processo possa ser refletida junto a esses mensageiros, posicionando-os, de fato, no sentido de uma cultura de respeito, de inclusão, de tolerância e de valorização de diferentes religiões/religiosidades/espiritualidades em uma sociedade ainda desigual e violenta no campo religioso.

Outra recomendação analítica refere-se à exploração de um cuidado religioso-espiritual não promovido exclusivamente pelos mensageiros, mas compreendendo como essa escuta também é ou pode ser promovida pelos profissionais de saúde, por exemplo. Essa consideração talvez possa ser melhor corporificada em investigações conduzidas diretamente com os profissionais de saúde acerca do trabalho desenvolvido pelos mensageiros, por exemplo. Triangular essas compreensões pode ampliar as inteligibilidades nesse campo.

Outra recomendação importante é o aprofundamento em torno da noção de capelania e de suporte religioso-espiritual em contextos de saúde. Se no exterior encontramos diversas descrições e estudos, no Brasil esse movimento ainda é incipiente. Aventamos que esse movimento ocorra justamente pelo fato de ainda corporificarmos o modelo biomédico em diversas facetas do cuidado, o que nos afasta, inequivocamente, da real consideração da R/E nos espaços formais de atenção à saúde. A capelania emerge como uma possibilidade de, efetivamente, representar um lugar para a R/E no cuidado em saúde. No entanto, a R/E deve atravessar todo o cuidado, não estando circunscrita exclusivamente à capelania.

Também é importante destacar que a presente investigação foi conduzida em um grande hospital geral e de referência estadual. Pensar sobre a composição de serviços de capelania em hospitais menores e de referência local também emerge como uma recomendação para estudos futuros. Os sentidos construídos em outros serviços de capelania seriam divergentes ou próximos dos que acessamos no presente estudo? Retratar diferentes modelos de capelania existentes também é uma pauta premente nesse contexto de investigação científica. Essas recomendações, para além de pesquisas, podem contribuir também para o desenvolvimento de novas

propostas de capelania e de valorização desses serviços em hospitais e demais equipamentos de saúde.

Apesar disso, consideramos que a realização e publicação dos resultados desta investigação poderão trazer avanços: (a) em relação à temática do apoio religioso-espiritual em equipamentos de saúde; (b) em relação à descrição de um serviço pioneiro dentro de um equipamento de saúde de referência; (c) como fomento à discussão sobre a composição de serviços de capelania semelhantes em outros equipamentos; (d) para a reflexão acerca do acolhimento da R/E não apenas a partir da capelania e do apoio religioso-espiritual formal, mas a partir da escuta e do engajamento dos diferentes profissionais de saúde envolvidos nesses cenários de cuidado.

Estudos como este precisam, cada vez mais, ser evidenciados no contexto das ciências da saúde para que possamos oferecer, de fato, um cuidado integral e humanizado, englobando a dimensão religiosa-espiritual como uma das ferramentas para a assistência em saúde. Recomendamos que novos estudos possam aprofundar os pontos aqui referidos como limitadores, em busca da construção de inteligibilidades sobre o fenômeno em tela.

## Referências

ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011.

BRASIL. Lei n. 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa da União*. 2000.

BRASIL. Lei n. 10.066, de 21 de julho de 1998. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva situada no território do Estado. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 1998.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, v. 11, n. 4, p. 589-597, 2019.

CASTELO-BRANCO, M.; BRITO, D.; FERNANDES-SOUSA, C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*, Bogotá, v. 14, n. 1, p. 100-108, 2014.

COOPER, R. S. Case study of a chaplain's spiritual care for a patient with advanced metastatic breast cancer. *Journal of Health Care Chaplain*, v. 17, n. 1-2, p. 19-37, 2011.

CROOK-LYON, R. E.; O'GRADY, K. A.; SMITH, T. B.; JENSEN, D. R.; GOLIGHTLY, T.; POTKA, K. A. Addressing religious and spiritual diversity in graduate training and multicultural education for professional psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, v. 4, n. 3, p. 169-181, 2021.

CUNHA, V. F.; ROSSATO, L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. *Relegens Thréskeia: Estudos e Pesquisas em Religião*, v. 10, n. 1, p. 143-170, 2021.

CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosity/Spirituality (R/S) in the Clinical Context: Professional Experiences of Psychotherapists. *Trends in Psychology*, Ribeirão Preto, v. 27, n. 2, p. 427-441, 2019.

FARBER, S. S.; SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R. Tanatologia: A vivência do luto como reconquista do sentido da vida. Ensino em Saúde Volume II. *Revista Humanidades e Inovação*, v. 8, n. 45, p. 381-388, 2021.

FRANCISCO, D. P. et al. Contribuições do serviço de capelania ao cuidado de pacientes terminais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 212-219, 2015.

GENTIL, R. C.; GUIA, B. P.; SANNA, M. C. Organização de Serviços de Capelania Hospitalar: Um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 1, p. 89-105, 2011.

GOMES, A. M. T.; SANTO, C. C. E. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 21, n. 2, p. 261-264, 2013.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. *Handbook of Religion and Health*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

KWORA, E. I.; FREITAS, M. H. Relações entre religiosidade e saúde mental na concepção de capelães. *REVER*, São Paulo, v. 20, n. 2, 2020.

MARQUES, L. F. Religiosidade/espiritualidade na educação e na saúde: Ensino e extensão. *Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral*, v. 9, n. 1, p. 189-203, 2017.

McSHERRY, W.; JAMIESON, S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses's perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, v. 22, n. 21-22, p. 3170-82, 2013.

MORELLI, A. B.; SCORSOLINI-COMIN, F. Repercussões da morte do filho na dinâmica conjugal de casais religiosos. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 565-577, 2016.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SILVA, B. C. A.; SANTOS, J. H.; LOTÉRIO, L. S.; ACCORONI, A. G.; SANTOS, M. A. The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19

pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 28, e3361, 2020.

ROSSATO, L.; ULLÁN, A. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. *Journal of Religion & Health*, v. 60, n. 2, p. 1-17, 2021.

SALVIANO, M. E. M. et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 6, p. 1240-45, 2016.

SCORSOLINI-COMIN, F. É como mexer em um vespeiro: a consideração das religiões afro-brasileiras no cuidado em saúde. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-5, 2018.

THIENGO, P. C. S.; GOMES, A. M. T.; MERCÊS, M.C.; COUTO, P. L. S.; FRANÇA, L. C. M.; SILVA, A. B. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 24, e58692, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Healthcare*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Genève: World Health Organization, 1998.

RECEBIDO: 23/02/2022  
APROVADO: 28/11/2022

RECEIVED: 02/23/2022  
APPROVED: 11/28/2022