

Marcelo Saad¹
Roberta de Medeiros²
Mario Fernando Prieto Peres³

¹Associação Médico Espírita de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

²Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil

³Hospital Israelita Albert Einstein e Instituto de Psiquiatria HCFM/USP, São Paulo/SP, Brasil

✉ **Marcelo Saad**
Rua Lima Barros 143
CEP 04503-030
São Paulo/SP, Brasil
✉ msaad@uol.com.br

RESUMO

A relação entre religiosidade-espiritualidade e a saúde física e mental adquire uma importância maior para pacientes internados em um hospital. Assim, os serviços de internação devem investir em ações que possam apoiar os recursos religiosos-espirituais e buscar formas para atender estas necessidades especiais. A assistência religiosa-espiritual hospitalar (AREH) se refere à atenção profissional aos mundos espirituais e religiosos subjetivos dos pacientes, mundos compostos de percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação do sagrado com sua doença, hospitalização e recuperação ou possível morte. Há pelo menos cinco razões para que uma instituição invista em um programa de AREH: 1. o bem-estar religioso-espiritual é prioritário durante uma internação; 2. a apreciação religiosa-espiritual é um padrão para a acreditação hospitalar; 3. pode desfazer mal-entendidos religiosos-espirituais que afetariam o tratamento; 4. os pacientes querem uma perspectiva religiosa-espiritual da instituição; e 5. os custos poderiam ser reduzidos com apoio religioso-espiritual. As formas de se oferecer AREH podem ser de modo individual ou coletivo; pode ser focado em uma denominação religiosa específica ou ser multifé. O apoio em um nível básico pode ser da alçada dos profissionais de saúde e, em um nível crescente de especialização, pode ser oferecido por um voluntário treinado, por um ministro religioso da comunidade ou por um capelão hospitalar. O público-alvo da AREH inclui não apenas o paciente internado, mas também seus familiares, seus cuidadores e os profissionais de saúde. Apesar da existência de leis que garantam o acesso do interno ao apoio religioso, o Brasil não possui regulamentação para a profissionalização desta atividade. O presente artigo explora todos os conceitos anteriores e descreve o que se espera de um programa de AREH.

Palavras-chave: Assistência Religiosa; Serviço Religioso no Hospital; Religião e Medicina; Espiritualidade; Humanismo.

ABSTRACT

The relationship between religiosity-spirituality and physical and mental health assumes greater importance for hospital inpatients. Thus, inpatient services should invest in actions that can support religious-spiritual resources and seek ways to address these special needs. Religious-spiritual hospital care (assistência religiosa-espiritual hospitalar - AREH) refers to the professional attention to the subjective spiritual and religious worlds of patients, worlds composed of perceptions, assumptions, feelings and beliefs about the relationship of the sacred with his/her illness, hospitalization and recovery or possible death. There are at least five reasons for an institution to invest in an AREH program: 1. Religious-spiritual well-being is yet higher priority during hospitalization; 2. Religious-spiritual appreciation is a standard for hospital accreditation; 3. It can undo religious-spiritual misunderstandings that would affect treatment; 4. Patients want a religious-spiritual perspective from the institution; and 5. Costs could be reduced with religious-spiritual support. The forms of offering AREH can be as individual or collective way; can be focused on a specific religious denomination or be multi-faith. Support at a basic level may be the responsibility of health professionals and, as the level of complexity increases, may be provided by a trained volunteer, community religious minister, or hospital chaplain. The target audience of the AREH includes not only the inpatient, but also their relatives, caregivers and health professionals. Despite the existence of laws that guarantee the inpatients access to religious support, Brazil does not have regulations for the professionalization of this activity. This article explores all the above concepts and describes what is expected from an AREH program.

Key-words: Religious Support; Hospital Religious Service; Religion and Medicine; Spirituality; Humanism

Submetido: 09/02/2019
Aceito: 28/05/2019

INTRODUÇÃO

Antes de começar a abordar o assunto específico deste artigo, é necessário que o leitor esteja familiarizado com alguns conhecimentos derivados de publicações científicas nas últimas décadas, listados abaixo. As referências bibliográficas sobre a associação entre bem-estar religioso-espiritual seriam muitas, mas uma opção de acesso aberto é Saad e De Medeiros (2017) que serão usados para familiarizar o leitor com alguns conhecimentos derivados de publicações científicas das últimas décadas:

Religiosidade e espiritualidade não são sinônimos, mas suas relações e sobreposições as juntam quando a questão se refere a significado, propósito, conexão e transcendência.

O bem-estar religioso-espiritual está associado positivamente a diversos parâmetros de saúde física e mental, colaborando para melhor qualidade de vida e maior longevidade.

Uma crise de saúde tem potencial para desafiar o sistema de crenças ou a visão da vida de uma pessoa e leva-la a pensar em fatos não cotidianos, como a própria mortalidade.

O enfrentamento religioso-espiritual é o uso construtivo de crenças ou práticas durante um momento adverso para reduzir o sofrimento, ou para ressignificar a situação.

Seu oposto é o sofrimento religioso-espiritual, a incapacidade de integrar significado e propósito à situação, gerando sentimentos negativos e comportamentos defensivos.

Este sofrimento pode ser derivado de necessidades especiais não satisfeitas e tem potencial para afetar a qualidade de vida e criar barreiras para aceitação do tratamento clínico.

Os fatos acima se referem a situações universais, mas adquirem uma importância maior para pacientes internados em um hospital. O simples fato de estar nesta situação pode afetar a capacidade da pessoa para lidar com uma doença, independentemente do impacto da própria doença em si. Os internos estão afastados de seus pilares de fé, têm contato reduzido com a família e entes queridos, estão despersonalizados no ambiente hospitalar e desconectados de sua rotina na comunidade. Assim, não conseguem empregar seus métodos tradicionais de enfrentamento religioso, como recorrer a literatura ou artefatos sagrados, trocar experiências, apreciar a natureza, ou desfrutar de momentos de silêncio e privacidade. Assim, os serviços de internação devem investir em ações que possam apoiar os recursos religiosos-espirituais e buscar formas para atender estas necessidades especiais. Isto pode fazer com que os pacientes tenham elementos para uma estratégia de enfrentamento eficiente (SAAD; DE MEDEIROS, 2012).

Para os propósitos deste artigo, foi adotado o termo "assistência religiosa-espiritual hospitalar" (AREH) dentre diversos outros que podem ser encontrados na literatura clínica em português (HEFTI; ESPERANDIO, 2016): conforto espiritual, cuidado das necessidades espirituais, dimensão espiritual do cuidado, assistência espiritual, espiritualidade na prática do cuidar, aspectos espirituais do cuidado,

espiritualidade no cuidado, cuidado na dimensão espiritual, intervenção espiritual, pastoral e cuidado pastoral. A AREH se refere à atenção profissional aos mundos espirituais e religiosos subjetivos dos pacientes, mundos compostos de percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação do sagrado com sua doença, hospitalização e recuperação ou possível morte (VANDECREEK, 2010).

Em muitos trechos deste artigo optou-se pelo termo "assistido" para se referir ao beneficiário da AREH. Isto se deve ao fato de que o público-alvo deste serviço não se resume apenas aos pacientes, mas também a seus familiares, seus cuidadores e também os profissionais de saúde da instituição. Também conceitualmente, o presente artigo usa em alguns trechos o termo "ofertador do serviço". Comumente a AREH é associada à figura do capelão, mas aqui não será focado apenas esta atuação, já que há diversas possibilidades de oferecer AREH. Os capelães são praticantes de cuidados espirituais, mas nem todos os praticantes de cuidados espirituais são capelães.

Este artigo tem por objetivo organizar o conhecimento atual sobre AREH. Os aspectos destacados são a importância da AREH, o que se pode esperar dela, como idealmente deve ser oferecida, as formas possíveis, e a situação deste campo no Brasil e no mundo.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Entre 2009 e 2011, o primeiro autor deste artigo coordenou o Comitê de Espiritualidade do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo, Brasil). O objetivo deste Comitê era preparar o Hospital para a certificação Planetree (uma entidade norte-americana que reconhece hospitais humanizados, com atendimento centrado no paciente). Este autor recolheu evidências de diversas fontes para embasar cientificamente a iniciativa. Após a certificação, este autor continuou engajado em promover este campo também fora da instituição, juntamente com os colaboradores que aqui são co-autores. As contínuas atualizações científicas coletadas sobre o assunto renderam diversas iniciativas, como conferências em congressos e publicações de alto nível. O presente artigo é derivado deste conhecimento cultivado ao longo de mais de 10 anos, e usa as referências obtidas para todos estes fins.

IMPORTÂNCIA DA AREH

Há pelo menos cinco razões para que um hospital invista em um programa de apoio religioso-espiritual (SAAD; DE MEDEIROS, 2016): 1. o bem-estar religioso-espiritual é prioritário durante uma internação; 2. a apreciação religiosa-espiritual é um padrão para a acreditação hospitalar; 3. pode desfazer mal-entendidos religiosos-espirituais que afetariam o tratamento; 4. os pacientes querem uma perspectiva

religiosa-espiritual da instituição; e 5. os custos poderiam ser reduzidos com apoio religioso-espiritual. Estes argumentos serão desenvolvidos a seguir.

O bem-estar religioso-espiritual é prioritário durante uma internação: as crenças religiosas-espirituais podem ter influência importante sobre a saúde mental e física das pessoas, particularmente em momentos críticos da vida. Para superar essas dificuldades, muitos pacientes utilizam estratégias de enfrentamento religioso-espiritual para reduzir o sofrimento de eventos estressantes, ou para dar-lhes um sentido e torna-los mais toleráveis. Alguns pacientes podem desenvolver sofrimento espiritual, associado com as necessidades espirituais não atendidas, que podem ter um impacto negativo no tratamento clínico e na qualidade de vida. As emoções negativas vivenciadas e expressas durante o sofrimento espiritual incluem: choque, ruptura, raiva, desesperança, ressentimento, culpa e abandono. Portanto, os hospitais devem ver os interesses religiosos-espirituais de seus pacientes como potenciais aliados ao tratamento médico. Com este foco, a assistência religiosa-espiritual também deve ser vista como um componente da assistência integral à saúde. Com base nessa premissa, muitos hospitais já passaram a integrar estes aspectos na rotina.

Apreciação religiosa-espiritual é padrão de qualidade para acreditação hospitalar: o respeito às crenças do paciente e o atendimento a suas necessidades especiais tem se tornado um item na avaliação do padrão de qualidade de hospitais. A *Joint Commission International* (JCI), por exemplo, tem como um de seus padrões a frase: "O hospital presta cuidados que respeitam os valores e crenças pessoais do paciente e responde a solicitações relacionadas a crenças espirituais e religiosas" (JCI, 2014, p. xxx). Esta organização criou vários padrões que exigem atenção religiosa-espiritual personalizada, com sugestões de ações citadas a seguir (GREENE, 2018). Os hospitais devem respeitar os valores, crenças e preferências culturais e pessoais dos pacientes, e acomodar os direitos dos pacientes de acordo com isto. Todos na equipe de cuidado interdisciplinar, em algum grau, são responsáveis por cumprir este padrão. Os hospitais fariam bem em usar um método padronizado para identificar quais pacientes e familiares que se beneficiariam mais de um serviço de AREH. O processo de avaliação espiritual pode mudar com base no diagnóstico ou prognóstico do paciente.

Pode desfazer mal-entendidos religiosos-espirituais que afetariam o tratamento: culturas, costumes e crenças religiosas afetam a interpretação das pessoas sobre o mundo, as experiências e os relacionamentos - e o que eles esperam quando buscam saúde e bem-estar. Às vezes, a informação clínica é passada de uma forma que, inadvertidamente, amedronta, ofende ou confunde o paciente. Em outras vezes, os valores religiosos do paciente podem ter potenciais conflitos com o tratamento proposto. Decisões sobre final de vida podem ser afetadas por algumas interpretações religiosas nas quais a vida é o valor derradeiro, sendo a qualidade de vida secundária. Um serviço de AREH pode avaliar como valores religioso-espirituais do paciente ou de um familiar podem

interferir com suas decisões sobre cuidados médicos, além de ajudar no processo de enfrentamento em tempos de incerteza. O AREH também pode mediar o diálogo entre pacientes, familiares e equipes clínicas, fazendo uma ponte entre o mundo religioso-espiritual e a cultura hospitalar. Isto pode ser útil para que cada lado tenha uma compreensão mais sutil da cultura do outro. A AREH pode criar um terreno comum, onde o respeito mútuo pode ser cultivado e aprimorado (HARRIS, 2018).

Os pacientes desejam uma perspectiva religiosa-espiritual da instituição: este item e o próximo são particularmente interessantes para gestores hospitalares. A AREH pode aumentar a disposição do paciente em recomendar o hospital, e os pacientes que recebem esta assistência ficam mais satisfeitos com seus cuidados gerais (MARIN *et al.*, 2015). Abordar as necessidades religiosas-espirituais não só impacta positivamente a satisfação geral do paciente, mas também aumenta a confiança na equipe médica (WILLIAMS *et al.*, 2011). Por outro lado, quando estas necessidades não são satisfeitas, a avaliação dos pacientes quanto à satisfação com os cuidados, bem como a qualidade do atendimento recebido, é significativamente menor (ASTROW *et al.*, 2007).

Os custos poderiam ser reduzidos com apoio religioso-espiritual satisfatório: o AREH é um recurso importante quando o paciente e os familiares precisam fazer escolhas relacionadas aos cuidados paliativos, *hospices* de longa permanência ou cuidados de fim de vida. Quando aqueles que enfrentam estas escolhas recebem cuidados religiosos-espirituais, eles são mais propensos a escolher cuidados de conforto em vez de cuidados agressivos. Pacientes que recebem apoio religioso-espiritual menor do que o adequado resultam em custos de cuidados mais altos, já que passam menos tempo em cuidados paliativos e mais tempo em cuidados agressivos, incluindo permanência exagerada na unidade de terapia intensiva (BALBONI *et al.*, 2011). A economia pela redução dos custos é ainda maior para pacientes pertencentes a minorias sociais e para pacientes que tendem a se apoiar no enfrentamento religioso positivo (BALBONI *et al.*, 2010).

COMO IDEALMENTE DEVE SER OFERECIDA

As descrições a seguir tiveram como base diversas referências da literatura sobre o assunto (WHO, 2002; SAAD; DE MEDEIROS, 2012a; SAAD; DE MEDEIROS, 2012b; MASSEY *et al.*, 2015; SAAD; DE MEDEIROS; MOSINI, 2017; SAAD *et al.*, 2017). O ofertador do serviço, ao apresentar-se, deve definir o seu papel como assistente e declarar os limites de sua atuação. Com treinamento para reconhecer o sofrimento religioso-espiritual em todas as suas formas, ele faz uma avaliação em profundidade. Seu recurso é a escuta empática ativa, com a qual demonstra hospitalidade, interesse e preocupação, ao mesmo tempo em que reafirma respeito, aceitação e compaixão. Com uma compreensão abrangente da pessoa em

angústia, promove uma atenção que independa das crenças do assistido, mesmo naqueles sem uma crença específica. Sendo uma presença calmante, procurará transmitir uma sensação de paz que poderá ajudar o assistido a se sentir reconfortado. Porém, não se omite de discutir e explorar preocupações e frustrações, dilemas éticos e conflito de valores, e sentimento de isolamento ou de falta de dignidade. O derradeiro objetivo envolve ajudar o assistido a encontrar significado e propósito, cultivar a esperança e a aceitação, reconhecer suas limitações e suas forças.

Durante a avaliação, vai explorar o bem-estar, as necessidades e os recursos do assistido. Também vai identificar como os valores culturais e religiosos do assistido impactam em suas escolhas. Com o paciente, ele vai discutir mecanismos de enfrentamento, incentivar o autocuidado e identificar suas relações de apoio. Firmado o relacionamento, o ofertador também presta companhia de apoio ou consultoria ética. O ofertador do serviço deve desenhar um plano de cuidado religioso-espiritual, que posteriormente vai ser discutido com a equipe multiprofissional. O objetivo é incorporar os valores e as necessidades culturais e religiosas do paciente ao plano de tratamento clínico. Se necessário, o ofertador do serviço pode educar a equipe de saúde sobre diversidade cultural e religiosa.

Neste processo de reafirmação de fé, deve fornecer ou encontrar itens e recursos que possam atender às suas necessidades religiosas-espirituais do assistido. Isto pode incluir sugerir músicas e leituras ao assistido, garantir seu acesso a um local calmo, compartilhar uma oração escrita ou acompanhar uma oração privada. Se o ofertador tem ordenação religiosa, ele pode também liderar cultos e ministrar sacramentos. Se não, ele vai contatar o clérigo da comunidade e coordenar as ações que serão oferecidas por ele, acompanhando o assistido em sua prática religiosa-espiritual longe de sua congregação de fé. De qualquer forma, o ofertador do serviço se propõe a caminhar com o assistido durante sua jornada clínica, aliviando sua angústia contribuindo para o bem-estar e a saúde global.

O ofertador do serviço pode facilitar a comunicação entre o paciente ou o familiar e a equipe de saúde, comunicar as necessidades e preocupações do assistido a outras pessoas. Se necessário, pode discorrer sobre conceitos de religiosidade-espiritualidade. Durante uma crise, as intervenções podem incluir deter a escalada de uma situação emocionalmente carregada ou ajudar a consertar relações rompidas. Em casos de extrema gravidade clínica, vai facilitar a preparação para o fim da vida, mediar a tomada de decisões e o planejamento de cuidados, incluindo diretivas antecipadas. Com o paciente, vai encorajar a autorreflexão e a revisão da vida e mediar sacramentos diversos. Com familiares, vai acompanhá-los no processo de luto, incluindo atividades em grupos de recuperação, ou promovendo um serviço memorial.

Em resumo, o ofertador vai ajudar o assistido a acessar seus próprios recursos de fé, mesmo ecléticos e diversos, para encontrar significado e conforto durante o período de doença. A prática ética deve guiar todo o processo, com elementos

como garantia de confidencialidade e respeito à diversidade. Com tudo isto, espera-se melhorar a satisfação do assistido, impactando os resultados clínicos e possivelmente poupando recursos neste processo.

FORMAS DE AREH

Individualmente X coletivamente: o serviço pode ser oferecido a um indivíduo por vez, com privacidade e customização, ou para grupos pequenos de apoio a pessoas com características comuns (como pacientes com o mesmo diagnóstico ou familiares enlutados). Uma variação coletiva inclui palestras abertas no hospital sobre temas relevantes (como a terminalidade da vida). Uma das vantagens da assistência individual é o anonimato de que muitos indivíduos precisam para declarar algumas de suas crenças e afiliações diferentes, longe do viés de desajustabilidade social, livre de julgamentos e preconceitos.

Denominação religiosa específica X ecumênico X interfé: uma recente pesquisa nacional (PERES *et al.*, 2018) encontrou uma distribuição de denominações religiosas muito similar às de outras fontes: católicos romanos 44%; evangélicos/protestantes 19,1%; nenhuma afiliação 12,4%; outras religiões 12,2%; espíritas 8,6%; religiões afro 2,2%; budistas 0,8%; judeus 0,7%. A AREH é frequentemente associada à imagem do ministro ordenado oferecendo rituais religiosos à beira do leito. Quando o clérigo é de uma denominação e o paciente de outra, porém ambos cristãos, o diálogo ecumênico é possível, pelas similaridades de conceitos. Mais além, nas sociedades pluralistas, surgiu também a figura da assistência interfé, para responder às necessidades universais de pacientes com qualquer religião. Estes profissionais passam por um programa de treinamento mais amplo, para que eles sejam capazes de cumprir um papel multifé, se solicitado. A limitação deste atendimento genérico é que ele não oferece rituais e sacramentos de uma fé diferente da sua. A vantagem é que no modelo interfé, o AREH deixa de ser um serviço periférico, aplicável apenas aos poucos pacientes religiosos, para ser um elemento disponível para mais pacientes (LEE, 2002).

AREH no agnosticismo ou mesmo no ateísmo: algumas pessoas não expressam sua espiritualidade através de religiões formais ou de crenças tradicionais. Estas pessoas sem afiliação a uma crença poderiam parecer candidatos improváveis a AREH. Mas elas ainda podem ter crenças espiritualistas não-religiosas, como acreditar em uma força superior. Outras ainda podem nutrir sua dimensão espiritual com elementos como a prática de ações éticas ou o contato com a natureza. As pessoas que se descrevem como "espirituais, mas não religiosas" podem ter questionamentos sobre significado e propósito que exigem reconhecimento e apoio. O reconhecimento da diversidade e a abertura para a versatilidade é importante para o ofertador do serviço nestes casos. Se a ação não for por uma vertente religiosa-espiritual, pode ser por argumentos da filosofia ou mesmo de uma denominação não-teísta, como o Budismo, com suas práticas contemplativas e meditativas.

Oferecido por profissionais da saúde da equipe institucional: o cuidado centrado no paciente requer que toda a equipe considere a dimensão espiritual ao decidir a melhor forma de promover a qualidade de vida do paciente. Enfermeiros, médicos e outros membros podem fazer uma avaliação geral das necessidades religiosas-espirituais e atender aquelas que forem mais mundanas, mas o cuidado aprofundado está fora de seu escopo tradicional de prática. O papel do clínico é avaliar as necessidades religiosas-espirituais que se relacionem com os cuidados de saúde, através de uma breve triagem, e depois acionar um recurso de AREH se necessário. Desta forma, pode-se dizer que o clínico é o generalista no cuidado religioso-espiritual e o capelão é o especialista (HANDZO; KOENIG, 2004).

Oferecido por voluntários especialmente treinados: o modelo laico de prestação de cuidado espiritual representa o surgimento de uma prática secularizada a partir de uma prática de base religiosa, com respeito ao pluralismo do cuidado contemporâneo da saúde. "Espiritual" é um rótulo estrategicamente empregado para estender o domínio de relevância ao sistema de crenças de qualquer paciente, independentemente de sua afiliação religiosa. O voluntário pode conectar o paciente ou o familiar a seu próprio referencial espiritual, não impondo nem doutrinando sobre nenhuma tradição específica. Assim, pode-se prestar cuidado espiritual a pessoas de qualquer tradição religiosa e até para aquelas que não possuam nenhuma.

Oferecido por líderes religiosos da comunidade: são um elo bem-vindo e crucial para visitar seus próprios fiéis no hospital, e podem oferecer cuidados pastorais a partir de sua tradição específica, fornecendo aconselhamento doutrinário e ritos apropriados. O clérigo da comunidade é ordenado ou autorizado por um corpo religioso para realizar rituais, ensinar, pregar e representar sua comunidade religiosa. Ele fornece cuidados que permitem que os pacientes e suas famílias permaneçam fiéis a crenças e práticas religiosas específicas enquanto enfrentam uma crise de saúde. Porém, eles não possuem instrução formal na área da saúde e não têm experiência em criar um plano de cuidado hospitalar. Eles podem não estar comprometidos com um código de ética que obrigue o respeito à diversidade e proíba o proselitismo. O clérigo da comunidade tende a não conhecer a literatura científica relacionada à espiritualidade e à saúde.

Oferecido por um capelão hospitalar: apesar do fato de que o termo "capelania" vir originalmente de uma herança católica, atualmente existem capelães de várias denominações religiosas. No campo médico-científico mundial, o termo capelania transcendeu as fronteiras da Igreja Católica. Apenas para ficar em alguns exemplos, em outros países é possível encontrar capelães judeus, islamitas e hindus. Ademais, os capelães hospitalares podem ou não ser clérigos ordenados. Eles são profissionais treinados teologicamente e clinicamente, com educação pastoral clínica e treinamento para o ambiente de cuidado à saúde. O capelão tem um vínculo formal com o hospital onde está especificamente comissionado para uma carga horária semanal. A necessidade de disponibilidade pode

exigir turnos de plantões entre diferentes indivíduos. Um diferencial positivo é que o capelão é um membro da equipe multidisciplinar; como tal, espera-se que ele faça anotações em prontuário e que participe das reuniões clínicas, oferecendo perspectivas sobre o estado religioso-espiritual dos pacientes.

Tendo como público-alvo os pacientes e seus familiares: muitas vezes o grau de sofrimento religioso-espiritual do paciente não tem uma relação direta com a gravidade clínica. Não é raro que um paciente com prognóstico favorável tenha um enfrentamento desfavorável, e vice-versa. Assim, é sempre útil diferenciar queixa principal de inquietação principal (em inglês, *chief complaint X chief concern*). Os pacientes que geralmente têm as maiores necessidades religiosas-espirituais tendem a ser aqueles com falta de vitalidade, com falta de apoio em diversas dimensões, e com falta de sustentação pela fé (WINTER-PFÄNDLER *et al.*, 2011). Um estudo com 369 pacientes ambulatoriais de oncologia em Nova York (ASTROW *et al.*, 2007) mostrou que suas necessidades religiosas-espirituais principais eram: encontrar significado na vida; encontrar esperança; superar medos; falar sobre o significado da vida; falar sobre a morte e o morrer; e encontrar paz de espírito. Situações terminais com pacientes em condição peri-óbito criam um grupo particular de pessoas necessitadas de apoio religioso-espiritual, incluindo familiares em processo de luto.

Tendo como público-alvo os profissionais de saúde: a religiosidade-espiritualidade do profissional de saúde costuma ser um tema negligenciado. Porém, o assunto deveria ser mais explorado, já que estas características podem afetar o exercício da profissão de várias maneiras: 1. a importância dada à religiosidade do paciente depende do nível de religiosidade do médico (VOLTMER *et al.*, 2014); 2. as orientações religiosas-espirituais do médico podem influenciar sua tomada de decisões clínicas (RAMONETTA *et al.*, 2011); 3. é um potencial recurso para controlar estresse, prevenir *burnout*, evitar comportamentos desajustados (SALMOIRAGO-BLOTCHER *et al.*, 2016). O serviço de AREH pode colaborar com o bem-estar religioso-espiritual do profissional de saúde, dando-lhes apoio em seus encargos estressantes, e aliviando suas tarefas ao servir como intermediário no diálogo entre os pacientes e a equipe clínica.

SITUAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

No Brasil, a Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, garante o direito da prestação da assistência religiosa-espiritual nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Em resumo, ela assegura aos religiosos de todas as confissões o acesso aos hospitais para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais. Pela Lei, os religiosos chamados a prestar assistência deverão, em suas atividades,

acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar. Cada estado possui também suas leis regionais. Por exemplo, no estado de São Paulo, a Lei nº 10.066, de 21 de julho de 1998, dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva, e é regulamentada pelo Decreto nº 44.395, de 10 de novembro de 1999.

Apesar destas leis garantirem o acesso à assistência religiosa-espiritual, elas não especificam como isto deve ser feito. No Brasil, não existe a regulamentação legal da atividade de capelão como exercício profissional. No passado já foi tentado regulamentar a profissão de capelão cristão pelo Projeto de Lei Federal nº 6.817-A, de 2006, mas algumas inadequações da proposta levaram à rejeição do projeto pela Câmara dos Deputados. Assim, a atividade de capelania hospitalar no Brasil não conta com a estruturação profissional e legal que existe em outros países. Na América do Norte, por exemplo, existe a figura do capelão profissional de saúde. Como pré-requisito, ele deve ter uma educação teológica ou equivalente, com endosso por uma comunidade religiosa. Então, passa por uma educação pastoral clínica em formato de pós-graduação (em 1 ano, cumpre 100 horas teóricas e 300 horas práticas) (VANDECREEK; BURTON, 2001). Ao receber sua certificação, ele adere ao código de ética dos capelães profissionais. Periodicamente, ele passa por uma recertificação, onde deve demonstrar crescimento profissional através de atividades de educação continuada.

Pela falta de regulamentação no Brasil, os autores (citar autores) sugerem a seguir alguns valores que poderiam guiar qualquer serviço de AREH:

Missão: promover apoio humanitário, conforto e bem-estar ao paciente internado, usando valores espirituais universais para o fortalecimento da fé, otimismo, esperança e paciência.

Visão: ser, para o paciente internado, um lembrete do potencial da fé para sustentar, guiar e aliviar, durante a doença e seu tratamento.

Garantias: gratuidade (nenhum valor cobrado do assistido); sigilo (proteção das informações); humanismo (o assistido em primeiro lugar); neutralidade (não-interferência nas condutas clínicas); respeito (às normas do hospital e às limitações derivadas da internação).

PERSPECTIVAS E CONCLUSÕES

A associação entre bem-estar religioso-espiritual e saúde física e mental é particularmente importante durante uma internação hospitalar. Assim, o cuidado da saúde destes pacientes deve idealmente contemplar as dimensões física, mental, social e espiritual. Como pode haver diversas expressões religiosas ou não-religiosas da espiritualidade, a AREH deve ser customizada às necessidades presentes. Alguns pacientes podem estar em sofrimento religioso-espiritual por impactos negativos da doença, da incapacidade

e da perspectiva da morte. Isto pode ser contrabalanceado pelos impactos positivos da AREH. Importante lembrar que os clientes do apoio espiritual não são apenas os pacientes, mas também seus familiares e os profissionais de saúde. As formas de fornecer assistência religiosa-espiritual podem ser bem variadas: pode focar uma denominação religiosa específica ou ser interfé; pode ser ofertado por um ministro religioso ou por um voluntário treinado; pode vir de um capelão da instituição ou de um visitador externo.

O papel do hospital é atender a estas necessidades dentro de um programa abrangente de cuidado centrado no paciente, num conceito de humanização da experiência da internação. Alguns gestores ainda relutam em implantar um serviço de AREH, geralmente por experiências negativas do passado ou por temor de que isto prejudique a rotina clínica. Porém, devem entender que a visita ocasional de um clérigo da comunidade tem muitas limitações e não substitui uma iniciativa institucional. Os gestores devem ser informados de que a assistência religiosa-espiritual hospitalar tem relação com a satisfação do paciente e com padrões de qualidade. Os médicos também precisam entender que prestar atenção aos valores culturais e às crenças de fé dos pacientes, e adaptar a abordagem terapêutica às necessidades identificadas, é boa medicina.

Os autores do presente artigo esperam que estas informações fomentem ações que aproximem o Brasil de modelos de AREH já existentes em outros países. A profissionalização desta atividade pode ser um caminho para o avanço do oferecimento deste serviço. Sem desmerecer os esforços do trabalho filantrópico bem-intencionado, a assistência especializada e devidamente remunerada combina melhor com o padrão de qualidade esperado de um hospital. O curso ideal para a formação destes ofertadores deverá combinar conhecimentos originados de congregações de fé e de institutos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ASTROW, A. B.; WEXLER, A.; TEXEIRA, K.; KAI, H. M.; SULMASY, D. P. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? **Journal of Clinical Oncology**, v. 25; n. 36; p.5753-5757, dec. 2007.
- BALBONI, T. A.; PAULK, M. E.; BALBONI, M. J.; PHELPS, A. C.; LOGGERS, E. T.; WRIGHT, A. A.; BLOCK, S. D.; LEWIS, E. F.; PETEET, J. R.; PRIGERSON, H. G. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. **Journal of Clinical Oncology**, v. 28, p.445-52, 2010.
- BALBONI, T.; BALBONI, M.; PAULK, M. E.; PHELPS, A.; WRIGHT, A.; PETEET, J.; BLOCK, S.; LATHAN, C.; VANDERWEELE, T.; PRIGERSON, H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. **Cancer**, v. 117, n. 23, p.5383-91, dec. 2011.

- GREENE, A. Body, Mind, Spirit: Hospital Chaplains Contribute to Patient Satisfaction and Well-Being. **The Source for Joint Commission Compliance Strategies**, v. 16, n. 1, p. 6-12, jan. 2018.
- HANDZO, G.; KOENIG, H. G. Spiritual Care: Whose Job Is It Anyway? **Southern Medical Journal**, v. 97, n. 12, p. 1242-1244, 2004.
- HARRIS, S. Chaplains' Roles as Mediators in Critical Clinical Decisions. **AMA Journal of Ethics**, v. 20, n. 7, p. E670-674. 2018.
- HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual – Uma Abordagem Holística de Cuidado ao Paciente. **Horizonte - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 14, n. 41, p. 13-47, jan./mar. 2016.
- JCI - Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5a edição. 2014.
- LEE, S. J. C. In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education. **Health Care Analysis**, v. 10, n. 4, p. 339-356, 2002.
- MARIN, D. B.; SHARMA, V.; SOSUNOV, E.; EGOROVA, N.; GOLDSTEIN, R.; HANDZO, G. F. "Relationship between chaplain visits and patient satisfaction." **Journal of health care chaplaincy**, v. 21, n. 1, p. 14-24, 2015.
- MASSEY, K.; BARNES, M. J.; VILLINES, D.; GOLDSTEIN, J. D.; PIERSON, A. L. H.; SCHERER, C.; LAAN, B. V.; SUMMERFELT, W. T. What Do i Do? Developing a Taxonomy of Chaplaincy Activities and Interventions for Spiritual Care in Intensive Care Unit Palliative Care Palliative Care. **BMC Palliative Care**, v. 14, p.10, apr. 2015.
- PERES, M. F. P. et al. Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. **SSM - population health**, v. 6, p. 85-90, sep. 2018.
- RAMONETTA, L.; BROWN, A.; RICHARDSON, G.; URBAUER, D.; THAKER, P. H.; KOENIG, H. G. et al. Religious and spiritual beliefs of gynecologic oncologists may influence medical decision making. **International journal of gynecological cancer**, 2011, v. 21, n. 3, p.573-81.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Spiritual-Religious Coping – Health Services Empowering Patients' Resources. In: Saad, Marcelo (editor): *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. InTech Publisher, Rijeka, Croatia. 2012a.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Alinhamento entre crenças religiosas do paciente e tratamento hospitalar. **Educação Continuada em Saúde Einstein**, v.10, n. 1, p. 36-7, 2012b.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Programs of religious/spiritual support in hospitals - five "Whies" and five "Hows." **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 11, n. 1, p. 5, 2016.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Implications for public health of the religiosity-longevity relation. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 63, n. 10, p.837-841, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.10.837>.
- SAAD, M. et al. Coalizão Inter-Fé em Saúde e Espiritualidade: uma experiência de diálogo inter-religioso. **Caminhos de Diálogo**, [s.l.], v. 5, n. 7, p.27-30, 13 dez. 2017. Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R.; MOSINI, A. C. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". **Medicines**, v. 4, n. 4, p. 79. 2017.
- SALMOIRAGO-BLOTCHER, Elena., FITCHETT, George; LEUNG, Katherine; VOLTURO, Gregory; BOUDREAU, Edwin; CRAWFORD, Sybil; OCKENE, Ira; CURLIN, Farr. An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. **Preventive medicine reports**. 2016, v. 3, p. 189-195.
- VANDECREEK, Larry, BURTON, Laurel. A White Paper. Professional chaplaincy: its role and importance in healthcare. **Journal of Pastoral Care**; v. 55, n. 1, p. 81-97. 2001.
- VANDECREEK, Larry. Defining and advocating for spiritual care in the hospital. **Journal of Pastoral Care & Counseling**; v. 64, n. 2, p. 1-10, 2010.
- VOLTMER, Edgar; BUSSING, Arndt; KOENIG, Harold G & ZABEN, Faten. Religiosity/Spirituality of German doctors in private practice and likelihood of addressing R/S issues with patients. **Journal of Religion and Health**, v. 53, n. 6, p. 1741-1752, 2014.
- WHO - World Health Organization (2002) Pastoral Intervention Codings, International Classification of Diseases. Geneva, ICD-10-AM. V. 10, 3rd Edition
- WILLIAMS, Joshua A., MELTZER, David; ARORA, Vineet; CHUNG, Grace & CURLIN, Farr A. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. **Journal of general internal medicine**, v. 26, n.11, p. 1265-1271. jul. 2011.
- WINTER-PFÄNDLER, Urs, MORGENTHALER, Christoph. Who needs chaplain's visitation in general hospitals? Assessing patients with psychosocial and religious needs. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 65, n. 1-2, p. 1-9, 2011.